



Il Codice Deontologico: una guida per l'agire del professionista

Articolo 30

La contenzione, evento davvero straordinario?

Ermellina Zanetti

Codice deontologico dell'Infermiere

Articolo 30

- ▶ L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009



Cosa è e cosa non è contenzione fisica

E' definito "contenzione fisica" ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo.

Financing Administration, 1992

Health Care Financing Administration (1992) Proposed changes to the long term care facility (SNF and NF) requirements. Federal Register 57 (24), 4517.



Cosa è e cosa non è contenzione fisica



C'era una volta la città dei matti

Cosa è e cosa non è contenzione fisica

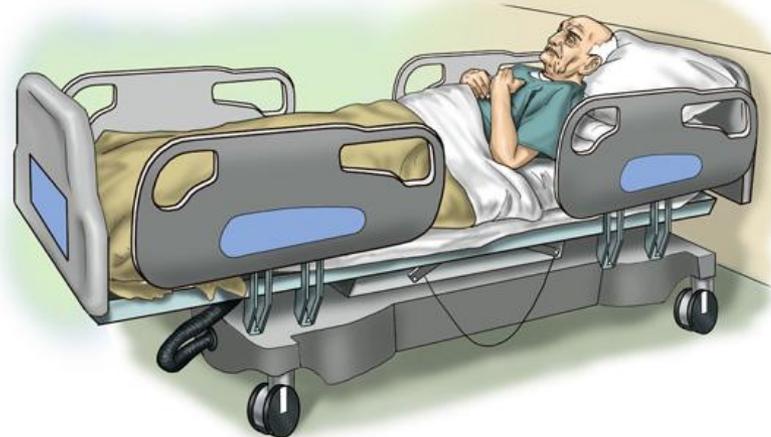


Cosa è e cosa non è contenzione fisica

- ▶ Non sono inclusi gessi ortopedici, bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa, dispositivi d'allarme al letto o alle porte, protezioni in velcro, speciali serrature a scatto e le spondine che proteggano metà o tre quarti del letto.



Cosa è e cosa non è contenzione fisica



La distinzione operata tra spondine che coprono tutta la lunghezza del letto o solo metà o tre quarti deriva dalla stessa definizione di contenzione adottata dalla HCFA.



Cosa è e cosa non è contenzione fisica

► Fryback (1998) suggerisce di utilizzare due semplici domande per discriminare cosa è e cosa non è contenzione:

- 1. il dispositivo limita il movimento individuale?**
- 2. l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare il dispositivo?**

se la risposta è **sì** ad entrambe le domande, il dispositivo può essere considerato come un mezzo di contenzione

Fryback J. (1998) Counting, Using and Reducing Physical Restraints. Department of Health and Family Services, Wisconsin

(http://www.dhfs.state.wi.us/rl_ds1/NHs/NH98-003.htm).



Cosa è e cosa non è contenzione fisica

- ▶ Appare evidente che le spondine che lasciano libera metà o tre quarti della lunghezza del letto, secondo quanto proposto da Fryback...

non sono da considerare mezzo di contenzione



Cosa è e cosa non è contenzione fisica

- ▶ Tuttavia è importante sottolineare che a questa considerazione debba seguirne, nella pratica clinica, un'altra riferita alle capacità cognitive del soggetto: ovvero la persona potrebbe non avvedersi della possibilità di scendere dal letto utilizzando lo spazio non protetto dalla spondina e tentare comunque di scavalcarla esponendosi ad un rischio di caduta.
- ▶ Ciò richiama la necessità di un'accurata valutazione della persona prima di qualsiasi decisione assistenziale, anche se si tratta “solo di alzare una spondina”.



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Nei **reparti per acuti** tra il 3,4% e il 21% (una media del 10%) dei pazienti è soggetto ad alcune forme di contenzione fisica durante la degenza. La durata della contenzione varia da una media di 2.7 giorni fino a 4.5 giorni.

Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Negli ospedali per acuti uno studio italiano (Degan, 2004) ha rilevato una prevalenza del 15,8%.

M.Degan et al Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004;23:68-75



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Nelle **strutture residenziali**, la percentuale dei residenti contenuti varia dal 12% ad un massimo di 47% (una media del 27%).

Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Nelle **Residenze per anziani** uno studio italiano (Sirchia et al, 2001) ha rilevato una prevalenza del 21,2%.

Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, Campari M, Bertolini A (2001) Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. *Tendenze Nuove*, (1):4-19



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Ricerca IPASVI 2010

All'indagine, condotta nel mese di giugno 2010, ha partecipato un campione di convenienza costituito da **39 presidi ospedalieri** (3281 posti letto di medicina, chirurgia, geriatria, ortopedia, e terapia intensiva) e **70 RSA** (6829 posti letto in nuclei ordinari e Alzheimer).



Collegio Interprovinciale
IPASVI Milano-Lodi- Monza e Brianza

Il Collegio di Aosta



Quanto è utilizzata la contenzione fisica

Ricerca IPASVI 2010

Nel periodo di rilevazione il **15,8%** dei pazienti ricoverati nelle unità operative ospedaliere e il **68,7%** dei residenti delle RSA era contenuto.

Zanetti E et al L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza L'infermiere 2-2012 e29-e38



Perché (e chi) si contiene

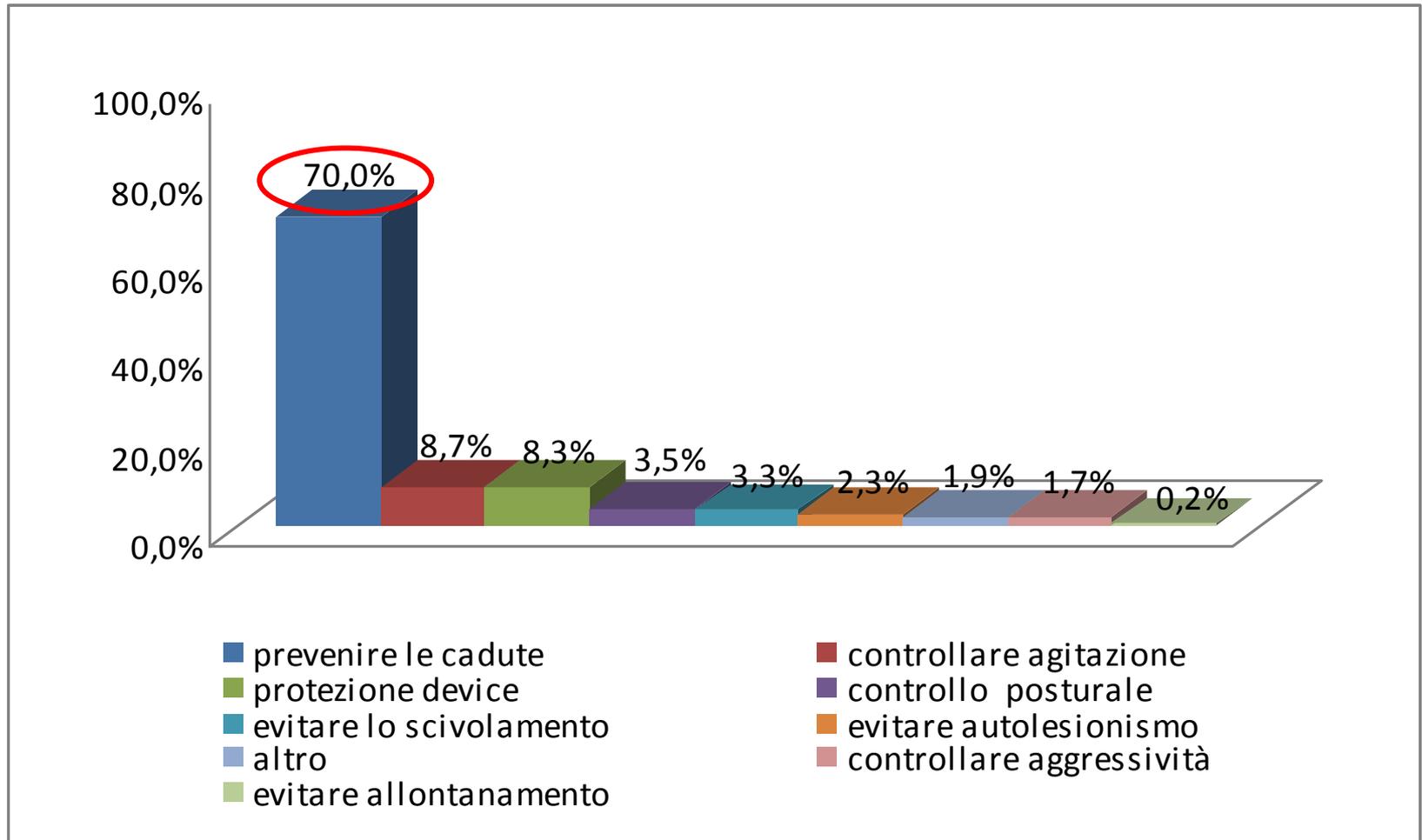
in ospedale

La principale motivazione addotta a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica è la **prevenzione delle cadute** che era indicata nel 70% dei pazienti contenuti in **OSPEDALE**



Perché (e chi) si contiene

in ospedale



Perché (e chi) si contiene

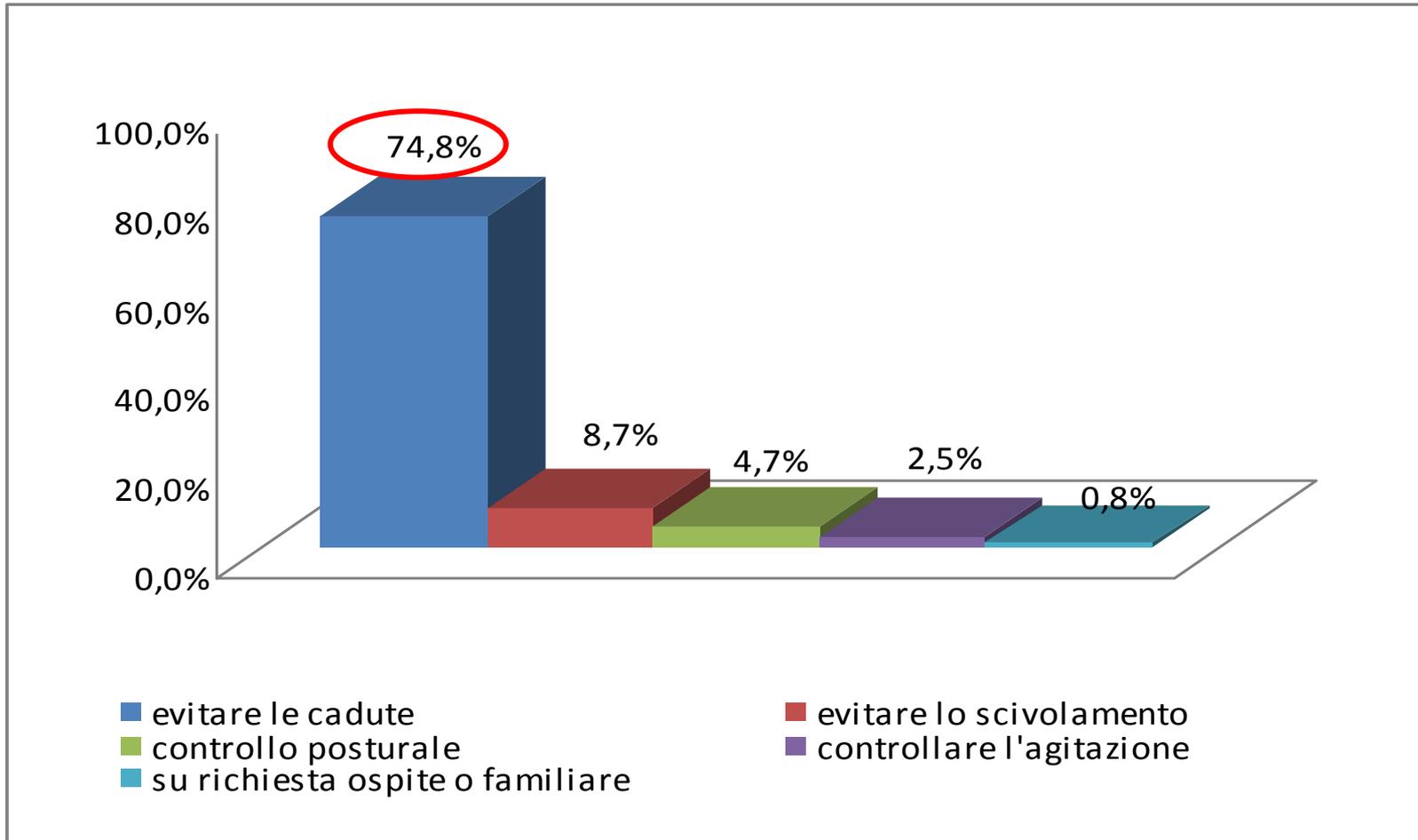
in casa di riposo

La principale motivazione addotta a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica è la **prevenzione delle cadute** che era indicata nel 74,8% degli ospiti delle **RSA.**



Perché (e chi) si contiene

in casa di riposo



Perché (e chi) si contiene

in ospedale

Pazienti contenuti **445** pari al **15,8%**

▶ Età media di **79,2** anni ($Ds \pm 13,1$)

80 anni in medicina

81 anni in chirurgia e ortopedia

85 anni in geriatria

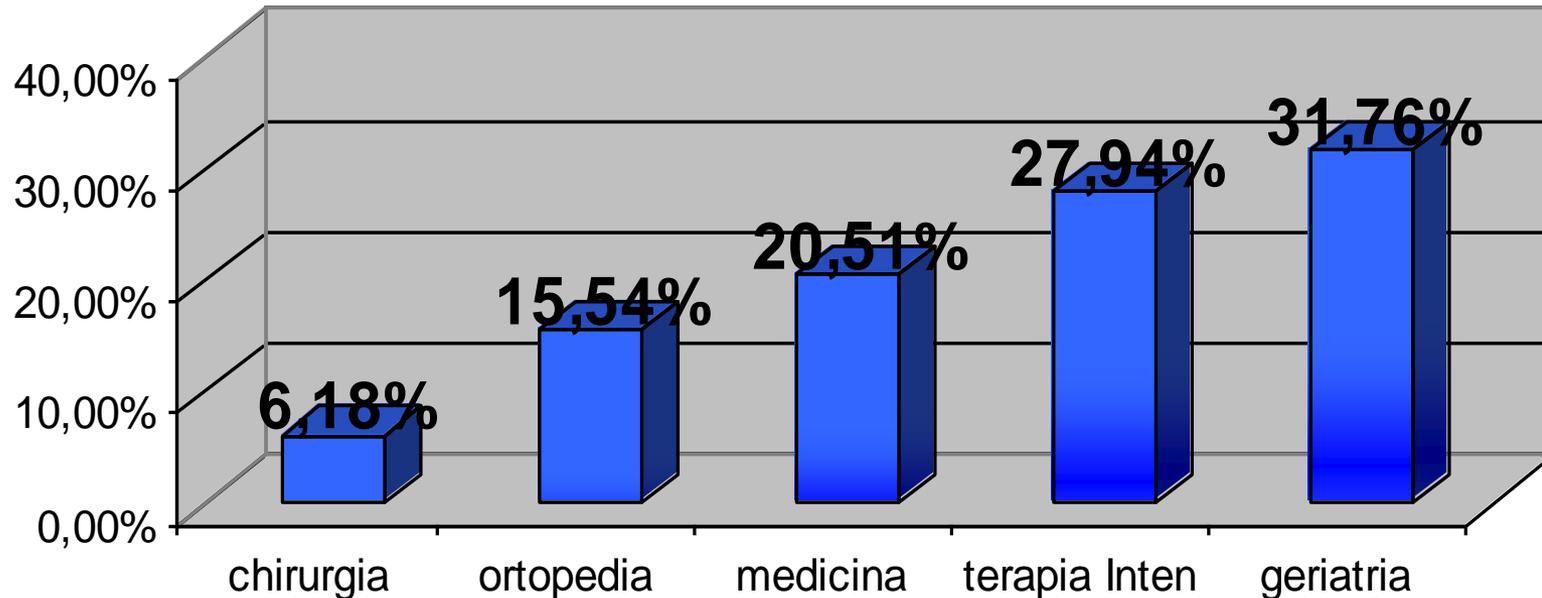
60 anni in Terapia intensiva



Perché (e chi) si contiene

in ospedale

Prevalenza pazienti contenuti per tipologia UO



Perché (e chi) si contiene

in casa di riposo

- ▶ I pazienti contenuti sono 4599 pari al **68,7%**
- ▶ Età media 85,1 anni ($Ds_{\pm} 8,7$).



Perché (e chi) contiene

Terapia intensiva. Ore 3 di notte. Non cessa di suonare il monitor del numero 6. E' un ragazzo giovane, alto e magro. Una caduta in moto, trauma cranico e fratture multiple. Coma farmacologico, come da prassi. Ma si agita, il tubo endotracheale che gli permette di respirare non gli va giù. "Fermo giovanotto che combini? Se ti strappi il tubo saremo costretti a rimetterlo. Su da bravo". Niente da fare. Come da procedura condivisa conteniamo. Polsi legati.

Ore 5 ancora agitato. Scalcia. Caviglie legate. Il medico aumenta la sedazione, meglio non rischiare.

Ore 6 controllo parametri. Tutto ok. Ti guardo immobile sul letto verde, mani e piedi legati come nostro Signore sulla Croce. "Dottore, che dice, possiamo togliere le contenzioni?"



Perché (e chi) contiene

Era una vecchina vispa, la malattia di Alzheimer le aveva tolto la consapevolezza del pericolo. Vagava senza meta: ogni porta era una tentazione troppo forte, l'apriva e via... Cadde una, due volte. Grande spavento, nessuna grave conseguenza, ma non si poteva continuare così. Quando eravamo impossibilitate a controllarla, d'accordo con il medico della struttura, la legavamo con una apposita morbida cintura su una poltrona comoda, un po' di musica di sottofondo, qualche volta cantilenava e si cullava, altre volte si agitava e cercava di liberarsi. Una pena vederla così. La proteggiamo, dicevamo tra di noi. Poi, forse ci siamo abituate. Era "normale" contenerla. Ha vissuto il resto della sua vita, 3 anni, contenuta su una poltrona per il rischio di perdersi.



La contenzione fisica è:

efficace?

La **prevenzione delle cadute**, che è la principale causa di contenzione, non trova alcun riscontro negli studi condotti: al contrario gli studi che hanno valutato l'incidenza di cadute nei programmi di riduzione della contenzione hanno riportato che **la significativa riduzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione non si associa ad un aumento delle cadute.**

Powell C,1989; Shadlen F. 1991; Kramer J. 1994; Werner P,1994; Dunbar JM, 1997; Neufeld RR, 1999.



La contenzione fisica è:

efficace?

Altri studi hanno valutato l'impatto della contenzione sulle **lesioni traumatiche** e hanno osservato o nessun cambiamento significativo in relazione all'uso o al non uso della contenzione o una riduzione delle lesioni più gravi e l'aumento di quelle lievi in relazione ad una significativa riduzione della contenzione.

Powell C,1989; Shadlen F. 1991; Kramer J. 1994; Werner P,1994; Dunbar JM, 1997; Neufeld RR, 1999.



La contenzione fisica è:

efficace?

Anche il **controllo dell'agitazione** mediante l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica non trova riscontro in letteratura: uno studio osservazionale riporta un aumento dell'agitazione nei soggetti contenuti.

Werner P, Cohen Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989;37(12):1122-6.



La contenzione fisica è:

efficace?

I clinici giustificano il ricorso alla contenzione fisica per **somministrare trattamenti** necessari alla sopravvivenza del paziente. In particolare Tubo endotracheale e sondino nasogastrico,

ma

- ▶ i pazienti che si **estubano** (3-16%) sono anche quelli contenuti, sedati o entrambe;
 - ▶ i pazienti che si **sfilano il sondino** (34-67%) sono quasi sempre contenuti.
-



La contenzione fisica è:

sicura?

La revisione di Evans propone di suddividere le lesioni associate a contenzione in due gruppi:

- ▶ **danni diretti:** causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione che può risultare in lacerazione, abrasione o compressione;
- ▶ **danni indiretti:** nei quali sono comprese tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da decubito, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione)

Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



Se la conosci...

...la eviti!!!

L'obiettivo principale di una rivalutazione della pratica della contenzione è volto a **ridurre il ricorso** sebbene ciò non si prospetti nè immediato nè facile, poiché richiede uno sforzo non indifferente e dei cambiamenti culturali, organizzativi e professionali notevoli e che coinvolgono tutta l'organizzazione.

Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.

