



MEDICAL EVIDENCE

La Contenzione fisica

5-12-2024



FORMAZIONE
OSS Operatore Socio Sanitario

Relatore: Dott. Gaetano Romigi



WEBINAR

Cos'è la contenzione fisica

ATTO SANITARIO-ASSISTENZIALE CON CUI, UTILIZZANDO MEZZI FISICI, CHIMICI, PSICOLOGICI O AMBIENTALI APPLICATI DIRETTAMENTE O VICINO AL CORPO, SI LIMITA IL MOVIMENTO VOLONTARIO, IN TUTTE QUELLE SITUAZIONI IN CUI VI E' UN PERICOLO PER SE STESSI E PER GLI ALTRI



Efficacia o inefficacia della contenzione fisica ?

Chiariamo oggi:

- Indicazioni*
- Normative*
- Competenze e responsabilità*
- Chi la applica*
- Quali strumenti e modalità*
- Quali tempi*
- Quale documentazione e osservazione*
- Quali rischi/vantaggi*



1) Stato di necessità

2) Principio di proporzionalità



Origini della contenzione fisica



Nei manicomi

Per la sicurezza sociale

Art.60 del RD n.615 del 1909



La Costituzione

Art. 13

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dalla autorità giudiziaria nei soli casi e modi previsti dalla legge.”

Art. 32

“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»



Il Codice Penale

- Art. 54 comma 1 «Stato di necessità»
- Art. 589 «Omicidio colposo»
- Art. 590 «Lesioni personali colpose»
- Art. 591 «Abbandono di minori o incapace»
- Art. 593 «Omissione di soccorso»
- Art. 605 «Sequestro di persona»



L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'équipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Quando applicare la contenzione



Molti operatori affermano che la contenzione viene praticata per lo più allo scopo di evitare cadute, specie negli anziani e che è una pratica molto diffusa nelle RSA, come pure in Ospedale (circa il 70% degli ospiti).

Attualmente è praticata molto anche a domicilio dei malati, specie se soli e fragili, per ignoranza e superficialità di operatori non formati, per convenienza dei familiari, anche spesso da caregiver e badanti ignari dei possibili rischi e delle probabili conseguenze.

Quando serve effettivamente ?

Purtroppo è una pratica «abusata» e non «eccezionale» come invece dovrebbe essere.



In alcuni casi riguarda addirittura il 90% dei pazienti.

Molto diffusa in alcuni contesti e in certe tipologie di pazienti (psichiatria, geriatria, terapie intensive)

La durata media supera tempi «ragionevoli» (es. > 1 mese).

Zanetti E., Muttillio G., Castaldo A., Miceli R., Magri M., Mariani L., Gazzola M., Gobbi P., Carniel G., Capodiferro P., *Indagine multicentrica su uso contenzione fisica in Ospedali e case di cure*, ex Ispasvi Brescia, Milano e Aosta, Fondazione IRCCS Istituto nazionale Tumori, AO Legnago, PO Abbiategrasso, 2012

Destinatari

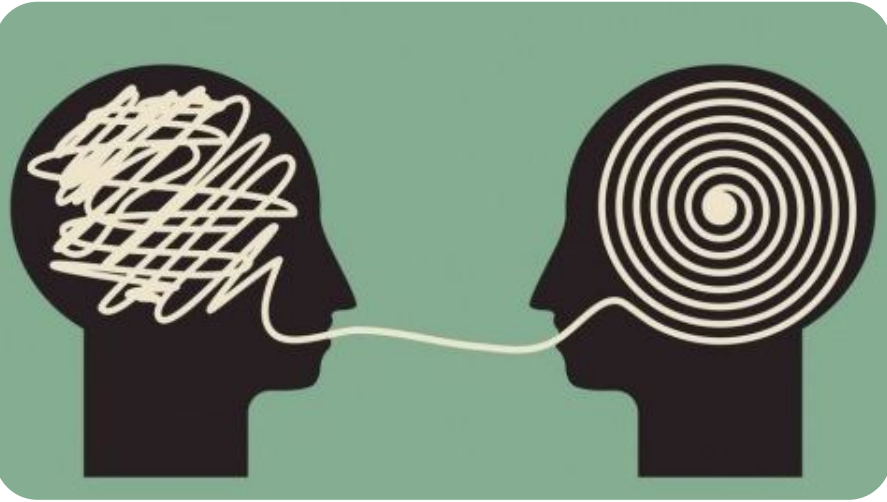


- ❖ Pazienti con malattie del sistema nervoso come sindrome di Alzheimer oppure morbo di Parkinson
- ❖ Pazienti affetti da cirrosi epatica
- ❖ Pazienti anziani in stato confusionale
- ❖ Sindromi da astinenza (alcool, stupefacenti)
- ❖ Malattie psichiatriche gravi
- ❖ Paziente agitato in terapia intensiva
- ❖ Delirium post-operatorio

Sara Saltarelli e Silvia Vicchi, *Contenzione o protezione?*, Maggioli, S.Arcangelo di Romagna (RN), 2014



Efficacia o inefficacia della contenzione ?



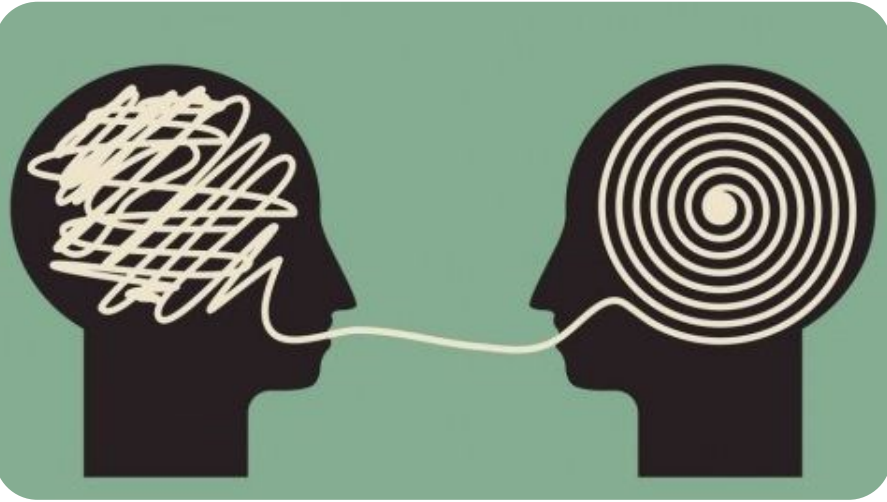
In letteratura non esiste evidenza scientifica che dimostri che la contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute.

I mezzi di contenzione meccanica possono provocare invece effetti indesiderati psicologici e fisici diretti ed indiretti.

La contenzione va riservata a casi eccezionali, mai utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, sostenuta dalla prescrizione, da valutazioni periodiche del personale infermieristico.



Efficacia o inefficacia della contenzione ?



Vi si ricorre solo dopo aver adottato qualsiasi strategia assistenziale alternativa che prevede interventi relazionali, sull'ambiente, il coinvolgimento del paziente laddove possibile, del nucleo familiare, caregiver, favorendo presenza, partecipazione e collaborazione.

La scelta della contenzione deve essere limitata nel tempo.

La contenzione va documentata puntualmente in cartella.



Strumenti per la contenzione



Si può parlare di:

1) contenzione *a letto* con **spondine, fasce o cinture**;

2) *in carrozzina* con **cintura pelvica, corpetto, divaricatore inguinale, tavolino**;

3) mezzi di contenzione *di segmenti corporei* come **cavigliere, polsiere, bracciali**;

4) mezzi di contenzione *con postura obbligata*, quali **carrozze basculanti, poltrone basse, cuscini anatomici**.





ACCESSORI DEL LETTO OPERATORIO

POSIZIONATORI, CUSCINI, REGGI SPALLE, CINTURE, COSCIALI, REGGI-ARTI, FERMA CAPO ecc

Contenzione fisica anche nei bambini



PROBLEMA MOLTO DELICATO CHE COINVOLGE OBBLIGATORIAMENTE I GENITORI CHE DEVONO FORNIRE LORO ASSENSO DA RISERVARE A CASI SPECIFICI

La contenzione NON cura

Spesso **peggiora** la situazione;

Quasi sempre **aumenta** l'agitazione e la confusione;

Innesca il desiderio e **l'istinto di muoversi e di liberarsene**;

Non ha indicazioni terapeutiche e pertanto dovrebbe essere prescritta solo in casi eccezionali



Effetti negativi della contenzione



COMPLICANZE

- Lesioni del plesso brachiale
 - Lesioni ischemiche
 - Fratture sternali
 - Morte per asfissia
- Morte per strangolamento

DANNI PSICOLOGICI

Confusione, disistima e depressione



Si può associare a:

- 1) Incontinenza urinaria e/o fecale**
- 2) Lesioni da decubito**
- 3) Danni osteo-artro-muscolari da immobilizzazione**

Esiti di cadute e lesioni risultano più gravi nelle persone contenute rispetto alle persone non contenute

Con la contenzione fisica aumentano:

- Giorni di degenza
- Infezioni
- Sofferenze per pazienti e familiari
- Mortalità
- Carico assistenziale per gli operatori
- Costi delle cure



ESISTE ANCHE LA “CONTENZIONE FARMACOLOGICA”

Una grossa fetta di anziani (più dell'11% degli ultra 75) assume dai 5 ai 10 farmaci giornalmente.

Questi possono rendere l'anziano ancora più fragile!

Molti sono ansiolitici, sedativi, neurolettici e sostanze psicotrope usate per controllare il comportamento o favorire il sonno.



La responsabilità della prescrizione è medica, ma quella della preparazione e somministrazione coinvolge direttamente il personale infermieristico e in alcuni casi anche gli OSS

E' ausicabile non ricorrere mai all'uso di tali farmaci come espediente per ottenere una forma alternativa di contenzione, specie se non prescritti.

DECALOGO SULLA CONTENZIONE FISICA PER GLI OPERATORI

- Utilizzare la contenzione solo quando altri sistemi non hanno funzionato;
- Informare della decisione presa e del suo significato il soggetto da contenere (se in grado di comprendere) e i familiari. L'informazione coinvolge sempre tutta l'equipe
- L'indicazione alla contenzione è principalmente un atto medico prescrittivo in cui occorre valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali;
- In caso di emergenza assicurarsi che la prescrizione sia fornita almeno 12 ore dall'applicazione e che venga rinnovata giornalmente;
- Rivalutare ogni 4 ore circa la necessità oppure secondo protocolli condivisi che possono essere diversi da struttura a struttura;
- Assicurarsi che le contenzioni degli arti siano applicate fermamente, ma sempre senza bloccare la circolazione sanguigna;
- Ricoprire con imbottiture atraumatiche le prominenze ossee (polso, caviglie) per evitare danni come ad esempio abrasioni da strofinamento diretto.

DECALOGO SULLA CONTENZIONE FISICA PER GLI OPERATORI

- Utilizzare sistemi con nodi che non si stringano se tirati (ad esempio nodo a mezzo occhiello);
- Se la posizione del letto è mobile non bloccare mai i sistemi di contenzione a sbarre o spondine fisse;
- Controllare a intervalli regolari la contenzione (in genere ogni 4 ore circa);
- Valutare l'integrità cutanea ogni 2 ore circa;
- Effettuare esercizi passivi e cura della cute al momento della rimozione dei sistemi di contenzione;
- Valutare le motivazioni comportamentali che rendono necessaria la contenzione;
- Interrompere la contenzione quanto prima possibile;
- Evitare di associare i vari tipi di contenzione fisica, ambientale, farmacologica.

DECALOGO SULLA CONTENZIONE FISICA PER GLI OPERATORI

- Durante la contenzione provvedere comunque ai bisogni di base quale nutrizione, idratazione, igiene, eliminazione urinaria e fecale, esercizi mobilizzazione;
- Quando un mezzo di contenzione è rimosso mai lasciare solo il malato;
- Riferire agli infermieri e documentare sempre qualsiasi arrossamento o trauma cutaneo sottostante;
- Ai primi segni di cianosi, pallore, raffreddamento arti, formicolio, dolore riferire all'Infermiere in turno;
- Applicare i mezzi di contenzione a paziente in posizione anatomica normale in modo che in caso di emergenza possano essere velocemente rimossi;
- Rassicurare il paziente utilizzando tecniche di rilassamento, supporto emotivo, uso di musica, parole, profumi, contatto fisico.

DECALOGO SULLA CONTENZIONE FISICA PER GLI OPERATORI

- Dare priorità alle alternative meno traumatizzanti;
- Ricordarsi prima di applicarla di ottenere il consenso. Qualora il paziente non sia in grado di comprendere avvisare famiglia o rappresentante legale;
- Per stabilire la «proporzionalità» valutare caso per caso considerando tra i criteri età e capacità di intendere e volere;
- Nel valutare il pericolo grave tener conto che le «misure coercitive adottate» in caso di pericolo per la persona stessa sono ammesse solo in caso di incapacità di intendere e volere;
- Nel momento in cui la situazione di emergenza che ha indotto la contenzione fisica termina i sistemi vanno rimossi e il paziente va immediatamente liberato.

in conclusione l'OSS deve.....

- 1) Comprendere significato, scopi e applicazione della Contenzione
- 2) Conoscere le norme giuridiche e deontologiche riguardanti la Contenzione
- 3) Conoscere le Raccomandazioni/Linee Guida
- 4) Conoscere, se esistono, i protocolli in uso nella struttura in cui si lavora

SEGNALAZIONE DEL BISOGNO e RICHIESTA INTERVENTO

Posizionamento, controllo, rimozione



Contenzione o meglio “protezione” ?

Attenzione al problema dell'**abuso** !

Tener presente il “**principio del doppio-effetto**”cioè atto finalizzato al bene (prevenzione rischi) con conseguenze però negative (limitazione della libertà e complicanze)

La contenzione andrebbe accompagnata da una riflessione dell'equipe sui principi di «**Autonomia**» (libertà), «**Beneficialità**» (Terapia), «**Giustizia**» (solidarietà)

Valutare la **proporzionalità** e il **pericolo grave** sempre probabili anche in base ad età, stato cognitivo e fragilità

APPUNTAMENTO AL PROSSIMO EVENTO

Martedì 17 dicembre 2024 ore 18.30

Parleremo delle nuove normative che revisionano il Profilo dell'OSS, istituiscono la figura dell'Assistente Infermiere e rendono obbligatoria la formazione permanente come già accade per gli altri operatori





Pillole per OSS, Webinar per Operatori Socio Sanitari di Medical Evidence –
Divisione di MeTMi Srl Provider standard dal 2012
Strada della Moia 1, 20044 Arese (MI)
Mail: formazioneoss@mei.it
Segreteria: +39 02 38073 652
Redazione e Publishing: +39 02 38073 617

