

GERIATRIA

BIMESTRALE - Suppl. al VOL. XII N. 5 - Settembre/Ottobre 2000 - Sped. in Abb. Post. 45% art. 2
comma 20/B Legge 662/96 - Filiale di Roma

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI (S.I.G.O.)

CONVEGNO GERIATRICO

*CONSERVAZIONE
DELL'EFFICIENZA*

*LA CITTÀ PER
GLI ANZIANI*

ATTI

Bologna, 25 - 27 Ottobre 2000
Centro Congressi CNR



C.E.S.I.

ISSN: 1122-5807

LA CONTENZIONE FISICA DEL PAZIENTE ANZIANO NELL'OSPEDALE PER ACUTI: DALL'IMPROVVISAZIONE ALLA DEFINIZIONE DI LINEE-GUIDA

Davoli M.L., Bellesia G., Dallari A., Davoli D.
Gelmini G., Ghirelli L., Franco A., Vecchi O., Ferrari A.

Dipartimento Medico, II° Unità Operativa di Geriatria,
Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

PREMESSA

L'uso della contenzione fisica nelle divisioni ospedaliere viene spesso affrontato senza la consapevolezza che la prescrizione di tale pratica rappresenta un atto medico a tutti gli effetti, con indicazioni, controindicazioni ed effetti collaterali sanciti da numerose evidenze scientifiche.

Tale (mal)pratica può essere rivolta a tutti i degenti ma è tradizionalmente più frequente nei confronti dei pazienti portatori di deficit cognitivi e motori e in particolare verso gli anziani, che rappresentano i clienti più deboli e meno garantiti nel sistema sanità.

Tuttavia anche gli operatori, se non adeguatamente informati e istruiti, possono incorrere facilmente in comportamenti legalmente perseguibili, oscillanti fra il sequestro di persona e l'omissione di assistenza.

L'incidenza della contenzione varia considerevolmente a seconda del paese e del tipo di struttura, anche se i dati disponibili riguardano più frequentemente strutture long term.

In Italia l'incidenza nelle case di riposo varia dal 25 all'86%, mentre negli ospedali per acuti oscilla dal 7 al 24% circa.

Le motivazioni addotte per giustificarne l'uso comprendono: prevenzione di traumi e cadute, minore difficoltà nell'attuazione di terapie, controllo di comportamenti disturbanti come l'aggressività e il vagabondaggio, scarsa disponibilità del personale di assistenza. Tuttavia i dati che emergono dalla letteratura dimostrano che la contenzione non riduce il numero e

la gravità delle cadute ma ne aumenta il danno, non riduce i tempi di assistenza ma li aumenta, non controlla l'aggressività e l'agitazione ma l'aumenta, produce danni specifici e incrementa la mortalità.

Abbiamo pertanto ritenuto indispensabile, sia dal punto di vista scientifico che deontologico, riconsiderare l'uso della contenzione in ospedale con l'obiettivo di:

- ridurre l'incidenza di tale pratica, riservandone l'uso a casi definiti da linee guida condivise;
- individuare strumenti fisici e modalità organizzative per un'alternativa efficace all'uso della contenzione;
- considerare l'intervento contenitivo come ogni altro intervento terapeutico, con responsabilità definite nella prescrizione e nel controllo;
- raccogliere sempre il consenso informato.

PROGETTO

Poiché esistono convincenti evidenze scientifiche che la riduzione dell'uso della contenzione fisica si può ottenere attraverso interventi informativi e formativi (validità A), si è progettato un intervento volto a diffondere la conoscenza dei dati sul tema fra tutti gli operatori coinvolti ed a regolamentare tale pratica secondo criteri condivisi.

Il progetto comprende diverse fasi:

1. rilevazione di incidenza, tipo, motivazioni, modalità di prescrizione e di controllo dei mezzi di contenzione e delle caratteristiche del paziente contenuto in tutte le divisioni con letti di degenza ad

esclusione della pediatria-neonatologia, mediante compilazione di un questionario per ogni paziente contenuto nel corso del turno cui si riferisce la rilevazione. La rilevazione è effettuata in un turno mattutino, pomeridiano e notturno, scelti in giorni diversi della settimana e comunicati al personale infermieristico solo al termine del turno stesso.

2. Incontro informativo, a cui sono invitati almeno un medico, un infermiere professionale e un operatore tecnico o terapeuta di ogni divisione interessata, riguardante gli aspetti teorici del problema (evidenze in letteratura, aspetti legali, alternative) e la discussione dei dati emersi dalla rilevazione del questionario.
3. Costituzione di un gruppo di progetto per la definizione di linee guida e di interventi organizzativi ed ambientali attuabili nel conteso delle divisioni per acuti e di terapia intensiva.
4. Conferenza di consenso, diffusione e applicazione nelle Unità operative interessate.
5. Verifica dei risultati dell'intervento dopo 6 mesi, con rilevazione mediante questionario come nella fase 1).

Indicatori di risultato:

- definizione di linee guida aziendali;
- definizione di un modulo di autorizzazione/prescrizione, di un modulo per il consenso informato e istituzione di un registro dei casi di contenzione;
- riduzione del 50% dei casi di contenzione impropria.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Il progetto è giunto alla fase 3), essendo ormai terminata la stesura delle linee-guida e della modulistica.

Per quanto riguarda i dati preliminari, relativi alla fase 1), è significativo notare che su 20 divisioni interpellate solo 5 sono state disponibili alla rilevazione mediante questionario (Geriatrics, Neurologia, Ortopedia, Recupero e Rieducazione Funzionale e Chirurgia Room). Inoltre meno del 10% degli operatori che hanno partecipato alla fase formativa era costituito da

personale medico. Ciò evidenzia una chiara sottovalutazione del problema, non ritenuto prioritario in un ospedale per acuti, né di competenza del medico.

Nelle 5 divisioni valutate, l'incidenza della contenzione era in media del 22.7% (range 8.3-34.3).

In accordo con i dati della letteratura l'incidenza è risultata maggiore durante il turno notturno (mattino 17.9% - notte 29.9%), inversamente correlato al rapporto operatori in servizio/pazienti (mattino: Medici/pz. 11.7, IP/pz 7.8, OTA/pz. 16.7 - notte: M/pz 30;7, IP/pz 15.3, OTA/pz 41). Il mezzo di contenzione era prevalentemente costituito da 2 spondine (74.1%) o da sedia con piano di appoggio fisso (11.8%), solo nel 3.5% dei casi da bracciali per polsi e caviglie o cintura per carrozzina.

Le motivazioni dichiarate consistevano per la maggior parte nella prevenzione di traumi o cadute (76.5%) o per supporto posturale (24.7%). Nel 15% dei casi l'obiettivo era il controllo dello stato confusionale, dell'agitazione o dell'aggressività e in circa il 13% per soddisfare una richiesta dei familiari.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti, l'età media dei contenuti era significativamente più elevata rispetto alla popolazione complessiva (77.6 vs. 65) ed il motivo del ricovero era costituito prevalentemente da ictus cerebrale e frattura femorale. Oltre il 51% dei pazienti era contenuto nei primi 9 giorni di degenza. Nella maggior parte dei casi si trattava di un paziente vigile (76.2%) e tranquillo (81%) ma temporaneamente confuso o demente (68.7%). Infatti il punteggio del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) era compreso tra 10 e 8 in circa il 47% dei pazienti e tra 7 e 3 nel 38.8%. Nell'8% dei casi non era eseguibile per compromissione dello stato di coscienza. Dal punto di vista funzionale oltre il 96% era non deambulate o deambulava con aiuto.

Il 73% circa presentava da 3 a 6 funzioni perse alla scala di Kats per le A.D.L.

Il 75% dei pazienti presentava incontinenza sfinterica episodica o permanente e

solo il 31% poteva contare stabilmente sulla presenza del caregiver.

Per quanto riguarda i tempi di controllo, il 54.4% dei pazienti contenuti veniva controllato più frequentemente e nessun paziente era controllato meno frequentemente per il fatto di essere contenuto.

Solo nell'1.2% dei casi la decisione di applicare un mezzo di contenzione, il tipo e la durata veniva presa dal medico, mentre nella maggior parte dei casi la decisione partiva dall'infermiere professionale o dall'OTA, da soli o nell'ambito dello staff assistenziale. Solo nel 9.4% era il paziente a chiederne l'applicazione, specie come supporto posturale.

In nessun caso comunque la prescrizione veniva registrata nella cartella clinica, ma talora solo genericamente segnalata nel diario infermieristico.

In 2 casi la contenzione veniva riconosciuta come causa di trauma cranico con ferita lacero-contusa.

L'indagine svolta, sebbene abbia coinvolto solo una parte dei pazienti complessivamente degenti, sembra confermare anche per il nostro ospedale i dati emersi dalla letteratura circa l'incidenza, i fattori di rischio di contenzione, i comportamenti dello staff assistenziale, i danni possibili dell'uso di tale pratica e rafforzare l'ipotesi che sia utile istituire un percorso formativo e riorganizzativo volto a ridurre l'incidenza.

D'altronde programmi di riduzione della contenzione ben strutturati hanno diminuito il ricorso a questo strumento dal 18.9% al 0.6% in Unità di terapia intensiva e dal 41% al 4% nelle Nursing home.