



Ente Ospedaliero Cantonale

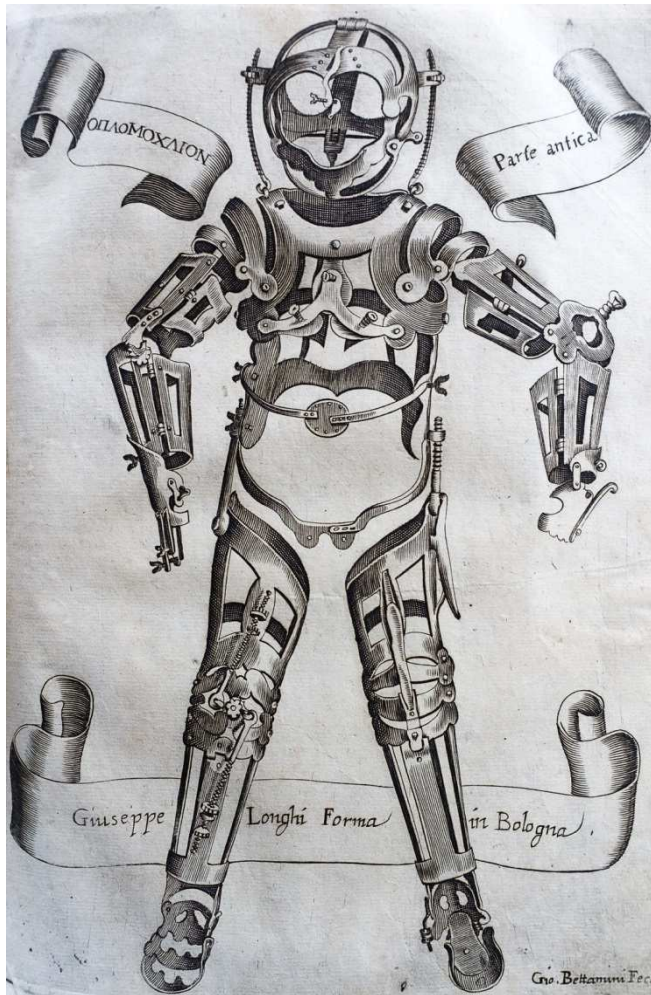
La contenzione in medicina tra rischio e sicurezza

Simposio COMEC 2018

Bellinzona, 22 maggio 2018

eoc

Pierluigi Quadri
Servizio sottocenerino di geriatria
Ospedali regionali di Mendrisio e Lugano
pierluigi.quadri@bluewin.ch





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Costituzione federale della Confederazione svizzera

del 18 aprile 1999 (Stato 1° gennaio 2018)

Art. 7 : La dignità della persona va rispettata e protetta.

Art. 10²: Ognuno ha diritto alla libertà personale, in particolare all'integrità fisica e psichica e alla libertà di movimento.

Art. 12 : Chi è nel bisogno e non è in grado di provvedere a sé stesso ha diritto d'essere aiutato e assistito e di ricevere i mezzi indispensabili per un'esistenza dignitosa.

Misure restrittive della libertà

Coercizione :

- misura applicata in ambito medico contro la volontà espressa del paziente o nonostante una sua opposizione

Restrizione della libertà di movimento :

- **meccanica**, farmacologica, psicologica
- ulteriori misure restrittive della libertà

Trattamenti coercitivi

Ricovero a scopo di assistenza / permanenza coatta di persone ricoverate volontariamente :

- reparto psichiatrico chiuso, aperto; ospedale; istituto di accoglienza

Il dilemma etico e i rischi clinici 1

Rispetto
dell'autonomia

Principi dell'assistenza
e
del non nuocere



Il dilemma etico e i rischi clinici 2

Evans LK et al. 1989; De Santis J et al. 1997; Hamers JP et al. 2005; Ouslander JG, 1991

Fragilità del paziente

Età avanzata

Delirium (1° predittore in ospedale per acuti)

Deterioramento cognitivo: sintomi psichici e comportamentali

Disabilità (alta dipendenza nelle ADL, instabilità posturale)

Prognosi riservata, fragilità

Fragilità istituzionale

Preoccupazione di evitare implicazioni legali

Disponibilità di mezzi di contenzione

Attitudini dello staff

Staff insufficiente o poco preparato

Principi dell'assistenza

Potenziali complicanze

Disturbi comportamentali

Declino cognitivo e funzionale

Cadute

Abilità nella marcia

Decubiti / Contratture

Decesso

Incerto quadro legislativo

Federale

Cantonale



Il dilemma etico e i rischi clinici 3

*Miles SH, Irvine P 1992; Parker K, Miles SH 1997, Shrret RI 2002;
Cotter VT 2005; Wang WW, Moyle W 2005; Terranova C et al 2012*

Protezione da/di

Incidenti e traumi

Autolesionismo e altre forme di messa in pericolo di sé

Presidi terapeutici

Aggressività verso terzi

Disturbo di terzi

... despite desire to use physical restraint for protection there is no scientific evidence that physical restraint actually protects residents against injuries





2015



1999 ... 2013 ... 2017

Concetti fondamentali e condizioni giuridiche quadro

Pazienti capaci di discernimento

Le misure coercitive mediche **non** sono ammesse

Eccezioni:

- *ricovero a scopo di assistenza* (l'incapacità di discernimento non indispensabile)
- misura penale
- legge sulle epidemie / disposizione cantonale

MAI misure mediche che agiscono sull'integrità fisica

Pazienti incapaci di discernimento

In soggetto inconsapevole, *coercizione solo se restrizioni della libertà in contrasto con volontà presumibile del soggetto.*

Non c'è coercizione per *misure urgenti*, quando non è possibile reperire informazioni circa le presunte volontà del paziente, *in assenza di una sua opposizione.*

Trattamenti coercitivi praticabili *anche in caso di resistenza* se non è possibile accertare una precedente manifestazione di volontà in senso contrario e se rappresentante legittimato ha dato consenso.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

La curatela: misura di protezione dell'adulto

Nuovo diritto di protezione degli adulti, 01.01.2013

Rappresentanza in caso di provvedimenti medici

In mancanza di direttive del paziente, quando una persona diventata incapace di discernimento necessita un intervento terapeutico, il medico curante lo definisce in collaborazione con la persona che ha il diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici....

Il diritto di rappresentanza per trattamenti medici è regolato con precisione e le norme legali indicano la gerarchia delle persone che possono dare o rifiutare il consenso per provvedimenti ambulatoriali o stazionari in favore di una persona incapace di discernimento. Nell'ordine i familiari con diritto di rappresentanza sono il coniuge o il partner registrato che vive in comunione domestica con la persona incapace o le presta personalmente regolare assistenza, la persona convivente che le presta personalmente regolare assistenza, i discendenti, i genitori, i fratelli e le sorelle, se prestano personalmente regolare assistenza.

In presenza di più persone con diritto di rappresentanza, occorre informare il medico della circostanza, perché altrimenti può ritenere in buona fede che ognuna di loro agisce con il consenso delle altre. La persona con diritto di rappresentanza decide secondo le istruzioni contenute nelle direttive del paziente, e se queste non esistono secondo la volontà presumibile e nell'interesse della persona incapace di discernimento.

Principi di applicazione

Principi generali

Rispetto dell'autodeterminazione

- se la coercizione è giustificata, si tenga comunque conto delle preferenze del paziente

Proporzionalità e sussidiarietà

- restrizione della libertà solo se misure meno incisive sono o appaiono a priori insufficienti

Ambiente idoneo

- spazi, risorse, competenze

Comunicazione e documentazione

Pazienti con malattie somatiche

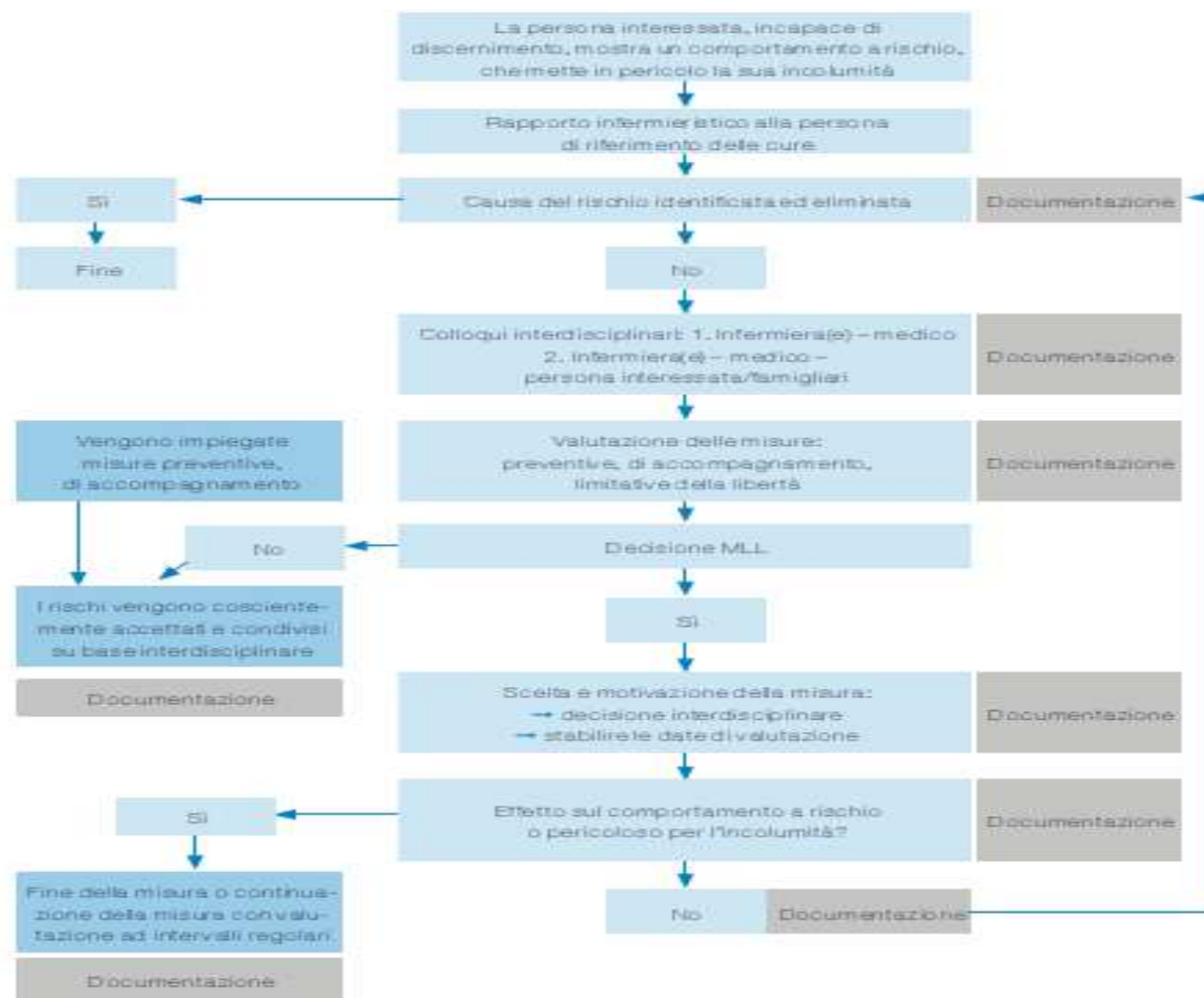
Processi decisionali

- Accertamento della capacità di discernimento, ricerca volontà dichiarata precedentemente o presumibile, individuazione di una eventuale persona con diritto di rappresentanza
- Orientare la decisione alla volontà presumibile e all'interesse del paziente (non necessariamente la terapia più indicata dal punto di vista medico !)

Attuazione

- Strumento che consente di raggiungere il risultato migliore con il minore grado di invasività
- Spiegazioni al soggetto
- *Monitoraggio e documentazione*
- Informazione dei congiunti

Prevenzione (delirium !)



8.3 Formulario di supporto decisionale a favore o contro le misure di limitazione della libertà (MLL)

Istituzione	Nome ospite:				
	Data:				
	Visto cure infermieristiche:				
Comportamento rischioso/pericoloso per la sicurezza <small>(possibile contrassegnare più punti)</small>	<input type="checkbox"/> Irregolarità psicomotoria	<input type="checkbox"/> Rischi di fuga	<input type="checkbox"/> Messa in pericolo di sé/stessi		
	<input type="checkbox"/> Comportamenti aggressivi	<input type="checkbox"/> Messa in pericolo di altre persone			
	<input type="checkbox"/> Altro				
Cause del comportamento pericoloso per la sicurezza, p. es.	<input type="checkbox"/> Dolore	<input type="checkbox"/> Infrazione	<input type="checkbox"/> Nuovo medicamento	<input type="checkbox"/> Nuovo ambiente	
	<input type="checkbox"/> Altro				
Misure di prevenzione o di accompagnamento	<input type="checkbox"/> Assistenza individuale (familiari, persone aggraviate)		<input type="checkbox"/> Illuminazione adeguata		
	<input type="checkbox"/> Orientare la struttura della giornata in base all'ospite		<input type="checkbox"/> Materiali/lopidi con sensori di contatto		
	<input type="checkbox"/> Rilevamento/terapia del dolore		<input type="checkbox"/> Materasso a memoria di schiuma		
	<input type="checkbox"/> Verifica della terapia		<input type="checkbox"/> Non perdere di vista i ospiti		
	<input type="checkbox"/> Validation		<input type="checkbox"/> Caffè notturno		
	<input type="checkbox"/> Bilancio ap partì liquidi		<input type="checkbox"/> Altro		
	<input type="checkbox"/> Controlli furboni visive e uditive				
	<input type="checkbox"/> Allentamento dell'attività				
Decisione: nessuna adozione di MLL	Motivazione	Data	Visto medico	Visto cure infermieristiche	Famigliari/persone di fiducia e ospite informati da
Regolare documentazione e del decoro nel rapporto infermieristico dal					

© 2010 SGG 2011

8.3 Formulario di supporto decisionale a favore o contro le misure di limitazione della libertà (MLL), pagina 2

	Data	Visto medico	Visto cure infermieristiche	Famigliari/persone di fiducia e ospite informati da		
Decisione in favore di una o più MLL						
<input type="checkbox"/> Sponde al letto su un lato, due lati, o giorno, di notte, sempre						
<input type="checkbox"/> Coperte fissi Zewa nel letto di giorno, di notte, sempre						
<input type="checkbox"/> Contenzione al letto/vedere arrotale						
<input type="checkbox"/> Blocco della sedia rotelle con spiedi (non misura fermapiedi)						
<input type="checkbox"/> Allontanamento del campanello del paziente (ammesso solo in caso d'uso senza senso)						
<input type="checkbox"/> Somministrazione di medicamento al sena di una MLL						
<input type="checkbox"/> Messaggio/risposta con sensori di contatto						
<input type="checkbox"/> Sistema elettronico di sorveglianza						
<input type="checkbox"/> Altro						
Motivazione						
Regolare documentazione e del decoro nel rapporto infermieristico dal						
Valutazione prevista il <small>(doc. nel rapp. infermieristico)</small>	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Revoca della misura o introduzione della MLL						
quale/misura/e permanente/i						

© 2010 SGG 2011

Situazione d'urgenza

Il medico è autorizzato ad attuare le misure terapeutiche necessarie senza ottenere preventivamente il consenso del paziente incapace di discernimento o della persona con diritto di rappresentanza

Se persona con diritto di rappresentanza non sembra agire nel miglior interesse del paziente occorre rivolgersi all'ARP

AUDIT CLINICO SULL'APPROPRIATEZZA D'USO

DELLA CONTENZIONE FISICA:

INDAGINE SULLA PREVALENZA D'USO E SULLA PERCEZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA TRA GLI OPERATORI DI DUE SERVIZI DI GERIATRIA ACUTA

Gruppo di Lavoro

¹Ospedale Regionale della Beata Vergine, CH-Mendrisio e

²Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (sede Acquarossa), CH-Bellinzona

³Istituto di Ricerche Farmacologiche "M. Negri"; I-Milano

M. Luisoni Baumgartner¹; D. Consoli Bravosi¹; M. Doninelli¹; A. Nobili³; P.

Quadri¹; E. Schiantarelli²,

M. Tettamanti³

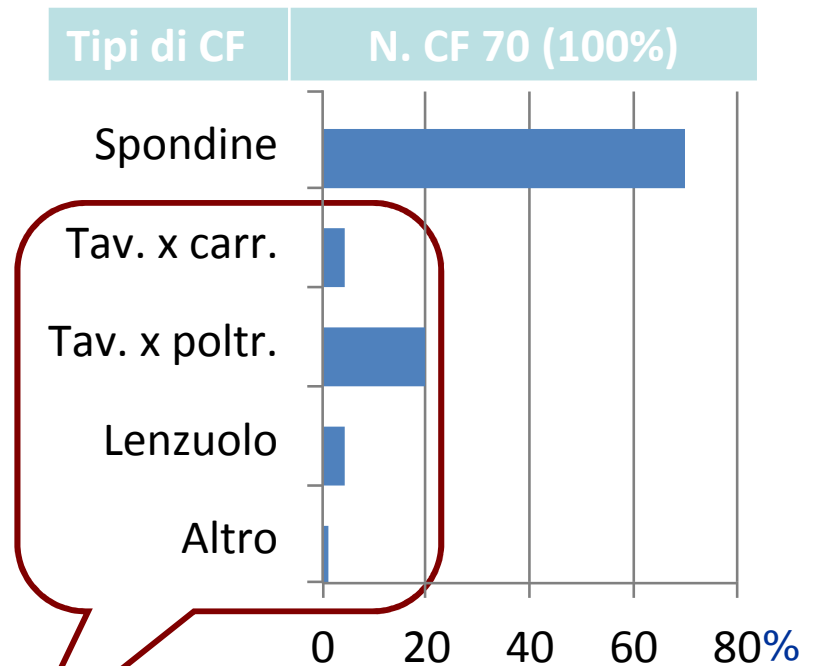
Obiettivi

Misurare la **frequenza d'uso**, le **tipologie dei mezzi impiegati** e le principali caratteristiche dei pazienti sottoposti a contenzione fisica (CF) in due unità di degenza per cure acute di geriatria.

- Valutare **l'appropriatezza d'uso** rispetto agli standard attualmente disponibili.
- Valutare tra gli operatori la **percezione e il grado di conoscenza del problema CF** (questionario della percezione).
- Valutare l'opportunità di pianificare/implementare interventi specifici mirati al **miglioramento dell'appropriatezza d'uso della CF**.

Risultati 1:
Prevalenza della contenzione fisica (CF) (N=115)

	N (%)
Soggetti in CF	
sì	42 (35)
no	73 (65)



N.=21(30%) / 18 pz. (15.6%)

Risultati 2:
Motivi e durata della contenzione fisica (N=70)

Motivo della CF	N (%)
rischio cadute	29 (42)
richiesta paziente	10 (14)
aiuto spostamenti	1 (1)
agitazione	2 (2)
non noto	28 (40)

Durata	N (%)
24/24h	5 (7)
notte	16 (23)
giorno	12 (17)
al bisogno	29 (41)
non noto	8 (11)

Risultati 3:

La protocollizzazione della contenzione fisica (N=70)

	N (%)
Prescrittore	
medico	28 (40)
infermiere	13 (18)
prescrizione assente /?	29 (41)
Rivalutazione definita	
sì	7 (10)
no/?	63 (90)
Sospensione definita	
sì	4 (6)
no/?	66 (94)

	N (%)
Parere paziente	
sì	13 (19)
no/?	57 (81)
Parere famigliari	
sì	41 (59)
no/?	29 (41)
	N=42 (100%)
Eventi avversi:	
stato confusionale	1 (2)
agitazione psico- motoria	3 (7)

1. La C.F. nel paziente ospedalizzato previene l'auto-rimozione da parte del paziente dei presidi di cura (es. cateteri, vie venose, etc.).
2. I farmaci sono una valida alternativa alla C.F.
3. I pazienti sottoposti a C.F. hanno un maggior rischio di essere ospedalizzati e di una degenza più lunga.
4. Gli anziani che vengono ricoverati in reparti di geriatria hanno una maggiore necessità di essere sottoposti a C.F.
5. I pazienti che vengono sottoposti a C.F. capiscono e sono consapevoli della necessità di utilizzare questa pratica.
6. E' necessario rivalutare quotidianamente con i colleghi dell'équipe multidisciplinare la necessità di mantenere o proseguire la C.F.
7. Se c'è l'approvazione del medico a interrompere la C.F., ciò porta a essere più facilmente d'accordo nel rimuovere i mezzi di contenzione.
8. Una maggior conoscenza dei benefici e dei rischi della C.F. può determinare un cambiamento nella pratica d'uso della C.F.
9. L'uso routinario della C.F. può proteggere non solo il paziente, ma anche la propria attività professionale.
10. L'uso della C.F. previene le cadute nell'anziano e la possibilità di autolesionismo.
11. La C.F. se usata correttamente non rappresenta un rischio per il paziente anziano.
12. Poiché molti anziani hanno seriamente compromesse le funzioni cognitive, il paziente anziano, sottoposto a C.F. non soffre nessun effetto psicologico negativo in seguito all'uso della C.F.
13. L'uso della C.F. nel paziente anziano agitato, riduce i disturbi del comportamenti.
14. I programmi di riduzione dell'uso della C.F. richiedono un aumento del personale di cure e assistenza, sono costosi e necessitano di interventi molto complessi.

Risultati 4: Gli operatori dei due reparti (N=32)

		N (%)	Media (DS)
Sesso	uomini	9 (28)	
	donne	23 (72)	
Età: anni			36 (8.8)
Anni servizio			8.1 (7.1)
Qualifica			
infermieri diplomati		22 (71)	
infermieri spec. geriatria		5 (16)	
assistenti di cure		3 (10)	
personale in formazione		1 (3)	

Risultati 5: I punti deboli

2. I farmaci sono una valida alternativa alla C.F.

Vero Falso **48 % errati !**

3. I pazienti sottoposti a C.F. hanno un maggior rischio di essere ospedalizzati e di una degenza più lunga.

Vero Falso **61 % errati !**

10. L'uso della C.F. previene le cadute nell'anziano e la possibilità di autolesionismo.

Vero Falso **72 % errati !**

11. La C.F. se usata correttamente non rappresenta un rischio per il paziente anziano.

Vero Falso **78 % errati !**

14. I programmi di riduzione dell'uso della C.F. richiedono un aumento del personale di cure e assistenza, sono costosi e necessitano di interventi molto complessi.

Vero Falso **62 % errati !**

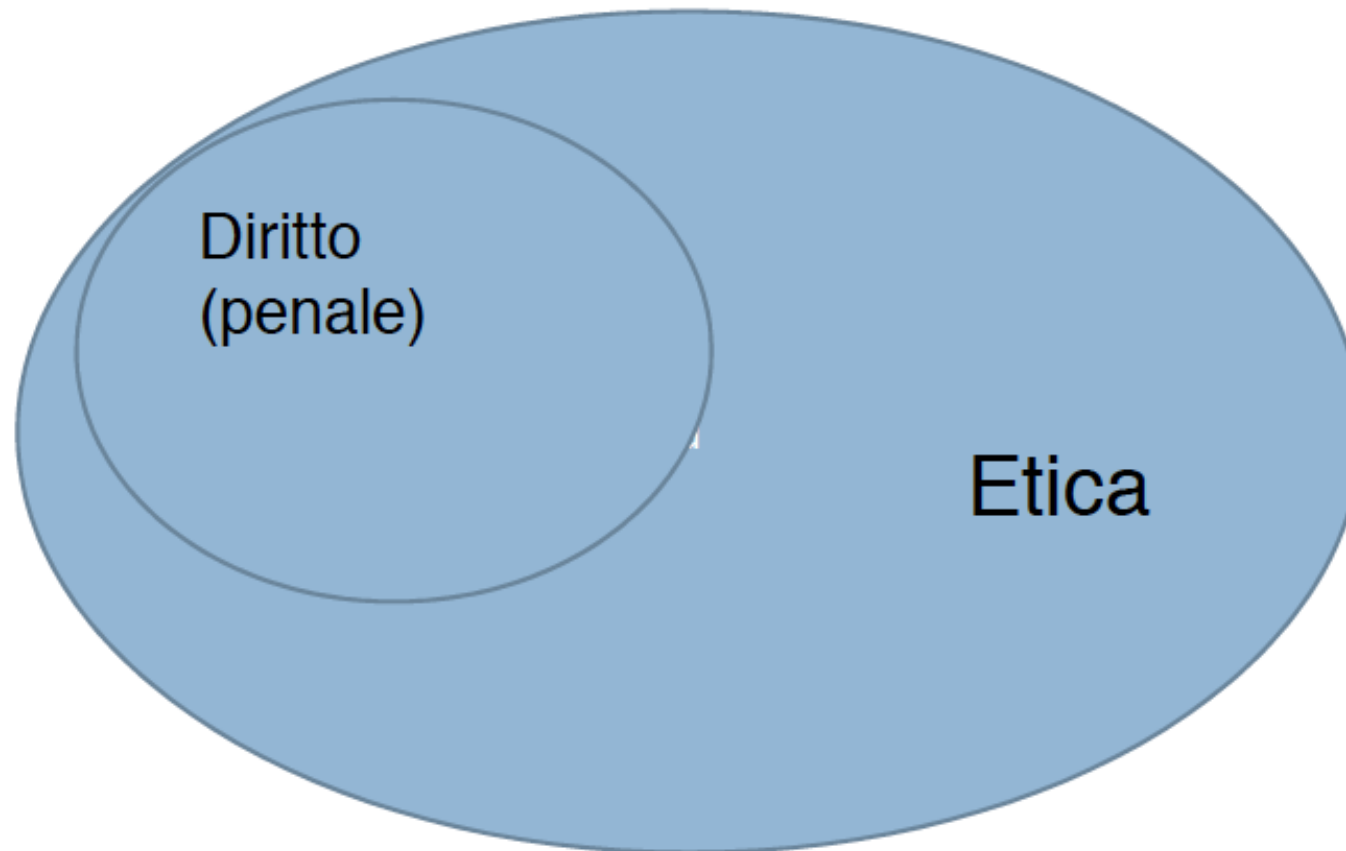
Conclusioni

- **Uso appropriato della CF (prevalenza d'uso, eventi avversi).**
- **Criticità: carente protocollizzazione/documentazione dell'uso della CF (motivi e prescrittore, definizione della data di rivalutazione e di sospensione, insufficiente coinvolgimento dei familiari).**
- **Alti livelli di percezione errata dei problemi legati alla CF: necessità di formazione continua.**

*“Ricordo l’ospedale universitario di-non so dove.
Mi sono agitato a tal punto che hanno dovuto legarmi.
Dio mio, che orrore! Ero talmente su di giri e
agitato che penso di essermi anche fatto male. Tiravo calci,
urlavo, facevo tutto sbagliato. È dura se sei tu stesso a
fare quest’esperienza, specialmente se le persone
non comunicano con te. Non si davano molto la pena di
spiegare cosa loro dovevano fare e di farlo con garbo.
Insomma mi trattavano solo come un caso clinico.
E ricordo quella notte come una delle peggiori
in assoluto della mia vita.”*

Smith Henderson, Cary. *“Visione parziale: Un diario dell’Alzheimer.”* Milano: Federazione Alzheimer
Italia in collaborazione con l’associazione Gofredo De Banflied 2002. p.88

Etica e diritto



Grazie per l'attenzione

