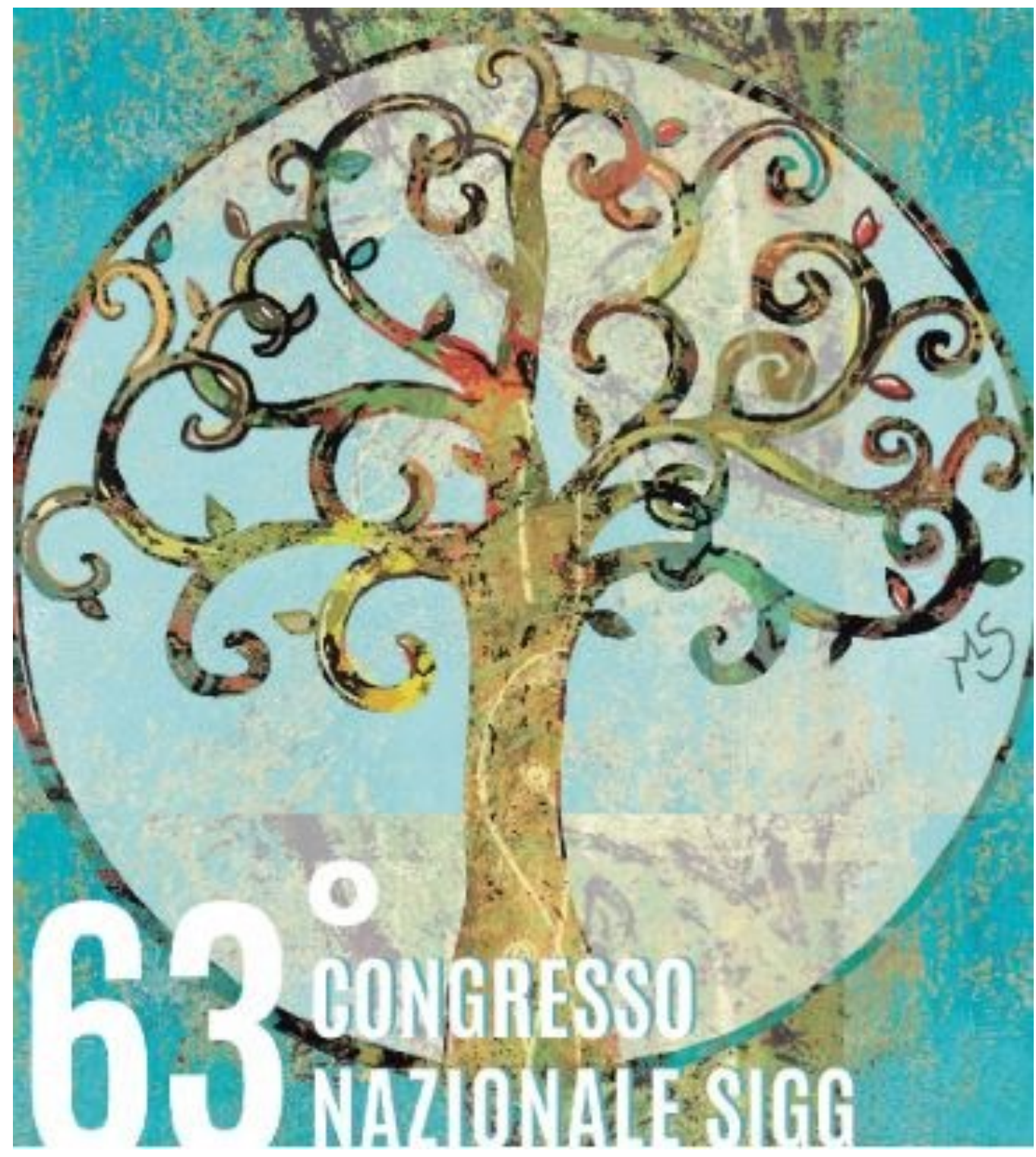




63° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

R O M A

28 Novembre - 1 Dicembre 2018
AUDITORIUM DELLA TECNICA
Viale Umberto Tupini, 65, 00144 Roma

GLI ANZIANI:
LE RADICI DA
PRESERVARE

Contenzione fisica in RSA: Minimizzazione Versus Abolizione *Free and Safe Project (FreSaP)*



Fausto Spadea², Alba Malara^{1,2}, Giuseppe Andrea De Biase², Francesco Ceravolo², Amedeo Gabriele², F. Praino², Vincenzo Rispoli², Vincenzo Settembrini², Michele Garo², Paolo Moneti³, Sebastiano Capurso⁴, Vincenzo Latini⁴, Gianluigi Pirazzoli⁵, Irene Bruno⁵, Ivonne Capelli⁵, Patrizio Paonessa⁵, Andrea Po⁵

¹Fondazione ANASTE-Humanitas. ²ANASTE Calabria; ³ANASTE Toscana, ⁴ANASTE Lazio, ⁵ANASTE Emilia Romagna.



Scopo: Vi è una crescente attenzione rispetto all'uso della contenzione fisica nelle strutture residenziali. La contenzione fisica è un intervento volto a garantire la sicurezza del paziente in specifiche e circostanziate condizioni cliniche, è rigorosamente soggetta a prescrizione medica che ne indica la modalità, ne limita la durata e soprattutto ne proibisce gli interventi "al bisogno". Le indicazioni presenti in letteratura sull'uso della contenzione fisica sono contraddittorie e sono stati proposti diversi approcci volti alla minimizzazione della contenzione in diversi setting assistenziali. Alcuni studi hanno dimostrato che la formazione specifica sul team di cura e gli interventi di counseling da parte di esperti hanno determinato una riduzione del 56% nell'uso della contenzione in un periodo di 12 mesi, mentre la formazione da sola ha prodotto una riduzione del 23%. Questa diminuzione non è stata accompagnata dall'incremento del numero dello staff, dall'uso degli psicofarmaci o da gravi lesioni da caduta^{1,2}. La Fondazione ANASTE-Humanitas, nell'ambito del Free and Safe Project (FreSaP), vuole valutare l'impatto di programmi di minimizzazione della contenzione sulla qualità dell'assistenza residenziale. Il progetto, attualmente in corso di svolgimento, origina da una survey point pilota condotto su 4 regioni, Calabria, Toscana, Emilia Romagna e Lazio, di cui si riportano i risultati preliminari.

Materiali e Metodi: è stato valutato un campione di 339 anziani (66,07% F e il 33,92% M; età media 85 ±7anni) ricoverati in strutture residenziali in Calabria (il 31,8%) in Emilia Romagna (il 23,5%), nel Lazio (l'11,5%) e in Toscana (il 33,03%). E' stata valutata la prevalenza dell'uso di mezzi di contenzione (spondine, fasce inguinali, cintole pelviche per carrozzina, pettorine) nella popolazione residenziale. Sono state valu-

tate alcune caratteristiche cliniche dell'utenza, in particolare la diagnosi di demenza (secondo i criteri del DSMIV), la presenza di disturbi del comportamento (deficit dell'attenzione, agitazione psicomotoria, affaccendamento, wandering), lo stato funzionale e l'uso di farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale (Antidepressivi, Benzodiazepine, Neurolettici atipici e antiepilettici). Il FreSaP è strutturato su tre strategie fondamentali. 1) *L'approccio organizzativo:* operato da esperti che lavorano con il team di cura per aiutare la pianificazione e la rimozione della contenzione fisica secondo un programma di addestramento avanzato su campo, che fornisce supporto e supervisione durante il processo di minimizzazione. I programmi per la minimizzazione della contenzione utilizzano protocolli di gestione interdisciplinare che specificano le condizioni per le quali la contenzione può essere utilizzata, solo come ultima risorsa, e documentano gli outcome desiderati. 2) *L'Implementazione di un modello unico di prescrizione:* il medico prescrittore, dopo aver ottenuto il consenso informato da parte del paziente, familiare e/o tutore legale, indica la motivazione, i tempi e le modalità dell'uso di mezzi contenitivi. La prescrizione prevede anche l'attivazione di una scheda di monitoraggio da parte del personale di assistenza che ha il dovere di rimuovere il mezzo di contenzione ogni 2h e consentire la mobilitazione e il cambio postura del paziente. 3) *L'Intervento di minimizzazione della contenzione:* implementazione degli interventi possibile e alternativi alla contenzione per specifiche situazioni cliniche; individuazione e gestione di specifiche popolazioni a rischio di essere contenute in particolare persone affette da demenza, con wandering o agitazione psicomotoria, persone con elevato rischio di caduta o con grave disabilità motoria. Le

strategie alternative includono cambiamenti ambientali, sicurezza nel letto, supporti per la postura e la posizione seduta, modifiche nell'assistenza infermieristica, strategie comportamentali e psicosociali di gestione dei disturbi del comportamento associati alla demenza, sistemi di allarme a letto o alla sedia.

Risultati: I risultati riportati di seguito si riferiscono alla survey-point, non sono ancora disponibili dati relativi alle altre fasi del progetto. Il 45,7% del campione è risultato affetto da Demenza con disturbi del comportamento: il 51,9% ha disturbi dell'attenzione, il 40,4% agitazione psicomotoria, 13,9% affaccendamento, il 5,3% wandering. Il 74,6% del campione ha una grave compromissione dello stato funzionale (nessuna o una sola funzione conservata alle ADL). Il 48,7% fa uso di spondine di protezione al letto, il 20,6% fa uso di fasce inguinali e/o fasce posturali per carrozzina e di questi il 5,4 % fa uso di pettorine. Il 61,06% di tutti i pazienti che fa uso di mezzi di contenzione fa anche uso di farmaci attivi sul SNC. L'analisi di correlazione secondo Spearman ha evidenziato una correlazione significativa tra contenzione e agitazione psicomotoria (0.162).

Conclusioni: La contenzione fisica può essere ridotta con sicurezza in ambito residenziale, le modalità operativa con cui ridurre l'uso passano necessariamente attraverso la formazione del personale, l'individuazione delle popolazioni a rischio e l'implementazione di strategie alternative alla contenzione. FreSaP ha l'ambizione di minimizzazione, fino ad abolire, l'uso della contenzione nelle strutture residenziali, valutando l'impatto di un'assistenza senza contenzione sugli esiti degli ospiti delle strutture residenziali, garantendone sempre la sicurezza e la qualità di vita.

Bibliografia

1. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M., 2002, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review* No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
2. NHMRC, 1999, *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*, Canberra, NHMRC.

