

Carissimo/a collega

in questa newsletter troverai un breve riassunto relativo alla partecipazione di ANIMO alla Consensus Conference organizzata dall'A.I.O.S.S. – Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomatoterapia al fine di produrre **“Linee Guida Gestione Infermieristica PEG/PEJ”**. Troverai inoltre, un articolo scritto da un’infermiera forense sulla **contenzione**, una problematica molto attuale e sentita, e che speriamo possa essere spunto di riflessione e occasione per rivedere la pratica assistenziale anche nel tuo contesto lavorativo. Approfittiamo di questo contatto, per rinnovarti l’invito all’**11° Congresso Nazionale ANIMO** che si svolgerà a **Roma il 14-15 maggio 2016**. Un importante evento per i temi trattati e soprattutto una preziosa occasione, che come ogni anno, ci consentirà di incontrarci, scambiare esperienze e costruire una rete solida e forte tra di noi. Per ulteriori informazioni e per iscriverti puoi visitare il nostro **sito web**. Ti ricordiamo anche di visitare il sito dell’associazione, all’interno del quale troverai informazioni inerenti **la vita associativa, gli eventi formativi regionali** ed il nuovo **evidence report sul cateterismo venoso periferico**. Siamo aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: info@associazione-animo.it. Con la speranza di incontrarti a Roma, ti auguriamo una buona lettura!

Claudia Gatta Presidente Animo e il Direttivo Animo
Letizia Tesei Referente Newsletter Animo

Sommario:

Presentazione

Spazio Vita associativa

- **Consensus Conference su “Linee Guida Gestione Infermieristica PEG/PEJ” a cura di L. Tesei**

Spazio Focus

- **L’uso della contenzione è un indicatore di buona pratica assistenziale e di buona cultura? a cura di S. Diberardino**

Approfondimenti Bibliografiche

NEWS dall’associazione

- **Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni**

Spazio Vita associativa

Consensus Conference su “Linee Guida Gestione Infermieristica PEG/PEJ” a cura di Letizia Tesei



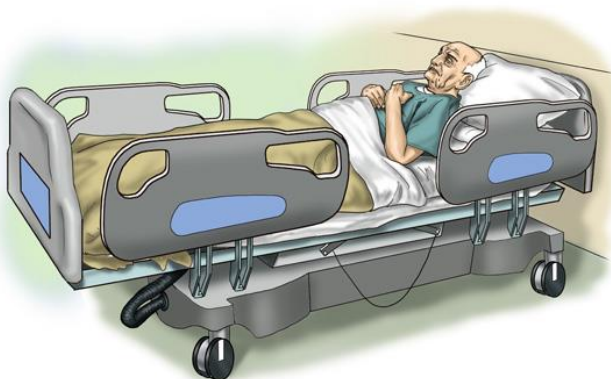
Il giorno 19 gennaio, si è svolta a Bologna una Consensus Conference su “Linee Guida Gestione Infermieristica PEG/PEJ” organizzata dall’A.I.O.S.S. – Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomatoterapia. L’A.I.O.S.S. si è prefissata infatti, di produrre una propria lineaguida finalizzata alla gestione infermieristica (ma non solo) della PEG / PEJ. Ha costituito per questo un gruppo di lavoro che sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, ha individuato e classificato raccomandazioni di comportamento. La metodologia definita dall’AIOSS inoltre, ha previsto che le stesse raccomandazioni, venissero validate da un gruppo multidisciplinare di esperti e quindi, presentate e sottoposte all’attenzione di una Consensus Conference con i diversi stakeholders, ivi compresi i pazienti. Tra le diverse associazioni italiane, anche la nostra associazione è stata invitata a partecipare.

Ritenendo i focus della lineaguida (preparazione del paziente alla procedura chirurgica e al monitoraggio periprocedurale, complicanze precoci e tardive, medicazione dello stoma, gestione e sostituzione della sonda, somministrazione dei farmaci e della nutrizione enterale, addestramento del paziente e del caregiver) di particolare interesse, ANIMO ha inviato un proprio rappresentante al fine di portare il proprio contributo nella Consensus Conference. La possibilità dell’associazione di essere presente in questa giornata ha consentito di dar voce agli infermieri che quotidianamente, all’interno delle nostre medicine, si trovano ad assistere persone portatrici di una PEG o PEJ.

L’incontro, ricco di vivaci confronti e scambi proficui con professionisti di diversa esperienza e pazienti, ha rappresentato sicuramente un momento di crescita della nostra Associazione e la lineaguida prodotta potrà essere un ulteriore strumento a disposizione, anche degli infermieri delle medicine interne, per garantire quotidianamente, una sempre maggiore qualità dell’assistenza erogata.

Sarà nostra premura tenervi informati sulla pubblicazione e diffusione di questo importante documento.

L'uso della contenzione è un indicatore di buona pratica assistenziale e di buona cultura? a cura di Stefania Di Berardino (infermiere forense)



Nella letteratura scientifica c'è una notevole crescita di studi e articoli sul tema della contenzione fisica, a testimonianza dell'interesse e della sensibilità per l'argomento.

Ma cosa s'intende per contenzione?

Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come una restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto.

Si possono distinguere quattro tipologie di contenzioni:

- contenzione fisica: quando vengono applicati presidi sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti;
- contenzione chimica: quando vengono utilizzati farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi;
- contenzione ambientale: quando vengono apportati cambiamenti all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti;
- contenzione psicologica o relazionale o emotiva: quando con l'ascolto, e l'osservazione empatica si riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato. (1,3)

Se la contenzione può essere considerata quale "Atto sanitario assistenziale che utilizza, con o senza il consenso della persona e/o dei famigliari, mezzi fisici o meccanici applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitarne i movimenti", il concetto di atto sanitario assistenziale, richiama quelli di "prevenzione" e di "cura".(9)

L'obiettivo che si prefigge la contenzione deve essere pertanto, esclusivamente l'aiuto assistenziale, ovvero la salvaguardia dell'incolumità psicofisica del paziente.

Le implicazioni assistenziali, etiche e deontologiche dell'uso delle contenzioni, sono tali da rendere necessario il focalizzare l'interesse su alcuni elementi che possono essere di supporto agli operatori sanitari infermieri e migliorare gli outcomes assistenziali.

Se è vero che la contenzione in alcune circostanze è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste è altrettanto vero che va utilizzata con coscienza e solo in caso di effettiva necessità.

La contenzione infatti, non solo rappresenta una limitazione della libertà della persona, ma può avere ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei familiari e causare una serie di conseguenze fisiche al paziente "contenuto".

A tale proposito, a tutela del diritto alla salute e della libertà individuale intervengono sia il Codice Penale che il Codice Deontologico dell'Infermiere.

La contenzione, in quanto atto sanitario-assistenziale, necessita della prescrizione medica che deve indicarne la motivazione, quale mezzo di contenzione usare, la durata della contenzione, e il tempo di rivalutazione della reale necessità (art 30).(1,5)

La sua validità tuttavia deve essere valutata in équipe. L'infermiere pertanto, non ha un ruolo di "spettatore" nella decisione medica, al contrario si assume la responsabilità di codeterminare la contenzione, ovvero di partecipare alla decisione del medico, rispetto alla quale, come si evince dal codice deontologico (art 4 comma 11) può anche essere dissenziente. (1,5,9)

Per stato di necessità, ovvero in situazioni di emergenza e in assenza del medico, e quando altre strategie assistenziali sono risultate inefficaci, l'infermiere può decidere di ricorrere a mezzi di contenzione. Tale decisione deve però essere supportata dalla prescrizione medica nel più breve tempo possibile. Inoltre prima di procedere con la contenzione, è necessario richiedere il consenso informato del paziente o dei familiari.

(3) L'infermiere nell'attuare le misure di contenzione deve osservare tutte quelle regole di diligenza e di prudenza, per evitare che si possa verificare un profilo di colpa professionale di abuso o illecito.(1,5)

Premesso che la contenzione non deve essere un metodo abituale di accudimento ma va considerata come un evento straordinario da motivare, la ragione principale che spinge a utilizzare sistemi di contenzione è la sicurezza del paziente o di chi gli è vicino (operatori sanitari, familiari o compagni di stanza).(7)

La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi, si siano dimostrati inefficaci o insufficienti.

Nella prassi, le motivazioni che portano gli operatori sanitari a utilizzare mezzi di contenzione sono la prevenzione delle cadute, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del soggetto, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare specie negli anziani. Inoltre, in alcuni casi si ricorre alla contenzione per somministrare la terapia o per evitare che il soggetto manipoli dispositivi indispensabili per l'assistenza o la terapia. Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati.(4)

Non ci sono studi che abbiano dimostrato una riduzione del rischio di cadute nei soggetti sottoposti a contenzione (per esempio con le spondine laterali del letto) né un aumento del rischio di cadute nei soggetti non sottoposti a contenzione.

Gli anziani cadono indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare. (4)

Alcuni studi hanno inoltre dimostrato, che la contenzione può essere causa diretta di morte e sembra esservi una relazione diretta tra durata della contenzione e comparsa di danni indiretti. I soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da pressione.(8)

I danni potenziali associati all'uso scorretto e prolungato dei mezzi di contenzione si dividono in tre categorie:

- danni meccanici (strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica, lesioni);
- malattie funzionali e organiche (incontinenza, infezioni, riduzione del tono e della massa muscolare, peggioramento dell'osteoporosi);
- danni psicosociali (stress, depressione, paura, sconforto, umiliazione).



Le conseguenze della contenzione fisica, sono tali che devono necessariamente essere considerate e valutate per implementare interventi alternativi di provata efficacia.(6)

A tale proposito alcuni studi hanno dimostrato come una maggiore formazione del personale sanitario associato alla possibilità di richiedere consulenze specifiche in materia, può ridurre l'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero di cadute o di lesioni gravi nei soggetti ricoverati in strutture residenziali. Così come risulta strategico attuare una verifica accurata e sistematica dei soggetti sottoposti a contenzione per valutare se vi è la possibilità di rimuoverla e informare i familiari sui problemi associati all'uso dei mezzi di contenzione.(8)

E' necessario inoltre valutare ogni singolo caso e personalizzare il più possibile gli interventi assistenziali a seconda delle caratteristiche dei soggetti con interventi specifici come ad esempio:

- **Soggetti a rischio di caduta:** gli studi hanno dimostrato che per prevenire le cadute occorre adottare un approccio multidisciplinare.(6)

Si consiglia quindi di illuminare bene la stanza, predisporre un pavimento non scivoloso, utilizzare scarpe con suola antiscivolo, preferire un materasso concavo e sistemare alcune coperte arrotolate ai bordi del letto; letti ad altezza variabile (ultima generazione: 26 cm di h), sedie protette, passeggini, ecc., protettori esterni (Safe-Hip), sistemi di postura complessi, sistemi di stabilizzazione e sicurezza del cammino e dei trasferimenti (bastone, tripode, deambulatore, corrimano, ecc.)

- **Soggetti che vagano:** occorre evitare l'allettamento forzato tutelando però la sicurezza del soggetto, a tal fine bisognerebbe organizzare l'ambiente in modo tale che questi soggetti abbiano uno spazio sicuro dove poter vagare liberamente. Occorre inoltre bloccare l'accesso a luoghi non sicuri, impedire che lascino la struttura, disporre percorsi privi di ostacoli.

I familiari possono aiutare gli operatori sanitari controllando a turno il soggetto e proponendogli attività distraenti;

- **Soggetti in terapia farmacologica:** si è visto che i farmaci, soprattutto se psicofarmaci, possono causare come effetto avverso episodi di disorientamento, agitazione e confusione, eventi che possono indurre a utilizzare mezzi di contenzione. E' bene quindi tenere sotto controllo questi soggetti segnalando al medico comportamenti anomali.(4)

Il coinvolgimento dei familiari è importante in quanto chi assiste e conosce il soggetto in cura può collaborare con gli operatori sanitari proponendo intrattenimenti come l'ascolto della musica, passeggiate per distrarre il soggetto da comportamenti a rischio.(8)

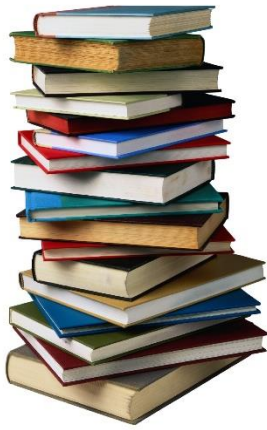
Se gli studi scientifici valutano casistiche e popolazioni, i sanitari a priori e i giudici a posteriori valutano singoli casi concreti, considerando la realtà delle numerose variabili individuali e di contesto, come si può evincere da alcune sentenze all'uopo citate (Cassazione Penale Sez. IV Sentenza n. 9170 del 26 febbraio 2013,

Cassazione Penale Sez. IV Sentenza n. 23661 del 31 maggio 2013,

Cassazione Penale Sez. IV Sentenza n. 21285 del 16 febbraio 2013,

Cassazione Penale Sez. V; Sentenza n. 34961 del 27.09.2010).

Una possibile soluzione al problema della contenzione potrebbe essere quindi rappresentata da una condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la Valutazione Multi-Dimensionale dell'anziano e la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale che tenga in considerazione le raccomandazioni fornite dalla letteratura scientifica, le peculiarità della persona assistita, il coinvolgimento dei familiari e le variabili del contesto.



Bibliografia

1. Gulizia D, Lugo F, Cocchi A, et al. La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda 2008.
2. Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights risks and responsibility. Royal College of Nursing 2008.
3. Casciarri G. Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria 2007;3:13-20.
4. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. I Quaderni. Superare la contenzione: si può fare. IPASVI 2002
5. Lebiu G. Contenzione fisica, meccanica e farmacologica. Infermieristica forense
6. American psychiatric Association. 2007 position statement on the use of seclusion and restraint (original 2000, revised 2007). American Psychiatric Association 2007
7. National Institute of Nursing Research. 5 problems associated with the use of physical restraints. National Institute of Nursing Research 2006.
8. Joanna Briggs Institute. Best Practice Physical restraint. Joanna Briggs Institute 2002.
9. Fresa R. La colpa professionale in ambito sanitario. Responsabilità civile e penale. Consenso informato. 2008. " L' infermiere e la c.d. contenzione fisica del paziente."



Aspetti normativi della contenzione

Articolo 30 del codice deontologico dell'Infermiere *"la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"*.

Articolo 571 del Codice Penale: *"Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente"*.

Articolo 590 del Codice Penale: Lesione personali colpose *"Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309"*.

Articolo 610 del Codice Penale *"L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza"*.

Articolo 33 del Codice Deontologico dell'infermiere: è punibile la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito.

Articolo 40 del Codice Penale (2 comma): *"non impedire un evento, che si aveva l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"*.

Articolo 54 del Codice Penale: *"Stato di necessità"* stabilisce la non punibilità di chi abbia: *"commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"*.

Alcuni esempi di sentenze.....

Cassazione Penale Sez. IV

Sentenza n.9170 del 26 febbraio 2013

La Cassazione sezione Penale IV con sentenza n.9170 del 26 febbraio 2013 ha condannato per omicidio colposo l'infermiere per violazione della norma cautelare posta a garanzia dell'incolumità del paziente ricoverato, caduto dal letto una prima volta e poi deceduto per i danni riportati a seguito di una seconda caduta "prevedibile", imputata al mancato impiego di spondine di contenimento al letto per omessa sollecitazione da parte dell'infermiere al medico affinché prescriva il mezzo di contenimento necessario e per omessa vigilanza, anche se la costante vigilanza non è sempre oggettivamente esigibile. La stessa sezione della Cassazione con sentenza n.21285 del 17 maggio 2013 afferma che l'omissione negligente dell'impiego delle spondine di contenimento al letto del paziente confuso e agitato, che pur rifiuta l'intervento di contenimento, comporta responsabilità per omicidio colposo a carico dell'infermiere, in caso di decesso del paziente per trauma da caduta. L'infermiere è tenuto all'obbligo di accudimento e protezione in quanto titolare di una posizione di garanzia verso l'assistito per la tutela della vita e della salute (art.2 e 32 Cost.) ai sensi dell'art.40, comma 2, del codice penale che afferma: non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Cassazione Penale Sez. V

Sentenza n.34961 del 27.09.2010

Il 30.10.2012 il Tribunale di Vallo della Lucania ha, invece, condannato sei medici del reparto di psichiatria dell'ospedale San Luca per i reati di falso, sequestro di persona e morte come atto conseguente ad altro reato in ordine alla morte di Francesco Mastrogiovanni, deceduto nel 2009 dopo una contenzione durata novanta ore.

Quid iuris?

Il punto di incontro tra le varie professionalità per migliorare la qualità nell'assistenza è rappresentato da buone relazioni e da una condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la Valutazione Multi-Dimensionale dell'anziano e la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale che affronti i bisogni rilevati mediante i principi del Problem Solving e sia soggetto a verifica dei risultati. Va ricordato che i disturbi del comportamento negli anziani motivanti a volte la contenzione possono derivare da difficoltà di comunicazione conseguenti a deficit uditivi, visivi, cognitivi e motori che richiedono innanzitutto un'organizzazione di servizi adeguata e lo sviluppo continuo nel personale d'assistenza di capacità professionali di relazione e di empatia, in conformità alle raccomandazioni del 29 luglio 2010 della Conferenza Stato-Regioni sulla contenzione fisica (10/081/CR07/C7).

la contenzione è un atto anti terapeutico ... (Conf SR, 2010) pertanto non è prescrivibile.

Approfondimenti bibliografici

Reference 1

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints



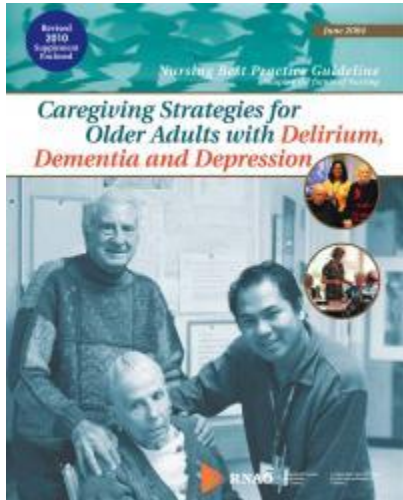
This guideline provides evidence-based recommendations for Registered Nurses (RNs) and Registered Practical Nurses (RPNs) related to the care of individuals who are at risk for behaviours that may result in harm to self/others and lead to the possible use of restraints (physical, chemical, environmental). Unless otherwise indicated in the guideline, the discussion focus is on physical restraint.

This guideline focuses on three areas:

1. Assessment, Prevention and Alternative Approaches;
2. De-escalation Interventions and Crisis Management; and
3. Restraint Use Focused on Client Safety.

Reference 2

Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression



This guideline has been developed to address the question of how best to care for older adults (65 years or older) with delirium, dementia and/or depression.

The guideline focuses on:

1. Practice recommendations: directed at the nurse to guide practice regarding caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and/or depression;
2. Educational recommendations: directed at the educational institutions and organizations in which nurses work to support its implementation;
3. Organization and Policy recommendations: directed at the practice settings and the environment to facilitate nurses' practice;
4. Evaluation and monitoring indicators.

Reference 3

Restraints: Minimizing Usage in Skilled Nursing Facilities Evidence-Based Care Sheet

Rutledge, Dana N.; Schub, Eliza; Pravikoff, Diane; Cinahl Information Systems, 2015 May 08; (Evidence-Based Care Sheet), Database: CINAHL Complete **Argomenti:** Accidental Falls Prevention and Control; Accidental Falls Risk Factors; **Restraint**, Chemical Adverse Effects; **Restraint**, Chemical **Nursing**; **Restraint**, Chemical Utilization; **Restraint**, Physical Adverse Effects; **Restraint**, Physical **Nursing**; **Restraint**, Physical Utilization; **Skilled Nursing Facilities**

Reference 4

Prevention of falls (acute care). Health care protocol.

Bibliographic Source(s) Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of falls (acute care). Health care protocol. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 Apr. 43 p. [54 references]

Guideline Objective(s) : To eliminate all falls with injury through a falls prevention protocol in the acute care setting - To increase the percentage of patients who receive appropriate falls risk assessment and falls prevention interventions

Reference 5

Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe?

Lofgren RP¹, MacPherson DS, Granieri R, Myllenbeck S, Sprafka JM. University of Pittsburgh, PA.

Abstract

We prospectively identified 102 mechanically restrained hospital patients and determined their hospital course. The cohort was elderly, cognitively impaired with multiple chronic diseases. The in-hospital mortality was 21 percent. Nosocomial infection developed in 12 percent and new pressure sores in 22 percent. Prolonged use of restraints (greater than 4 days) was the strongest independent predictor of nosocomial infection (relative risk 1.8, 95% CI = 1.2, 2.8) and new pressure sores (RR 1.4, 95% CI = 1.1, 1.8) as determined by multiple logistic regression analysis. Patients placed in mechanical restraints for longer than four days experience frequent morbid events and should be monitored carefully. PMID:2729470 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMCID: PMC1349633

News dall'associazione



Buone Pratiche

Evidence Report

Cateterismo Venoso **NEW!**