



Come

**ORGANIZZARE dei SERVIZI
RESIDENZIALI e SEMIRESIDENZIALI
senza CONTENZIONE**

**Gabriella Bellini Medico Geriatra
Direttore Servizi Semiresidenziali - Coop. Comunità Educante TS**

PORDENONE, 14 febbraio 2020

Mi presento ...



- **Medico Geriatra**
con un **Master in Cure Palliative**
- Per anni **Coordinatore Sanitario all'interno di Residenze Protette della Regione**
- Attualmente **Direttore di Servizi Semiresidenziali e consulente in progettualità innovative**
- **Consulente Tecnico di Pubblici Ministeri e Giudici Tutelari**
- Già collaboratore di **progetti regionali** finalizzati allo **sviluppo di azioni innovative** nel **settore anziani**
- **Formatore e autore** di numerose **pubblicazioni** a carattere scientifico **in ambito geriatrico**

30 anni fa
si diceva



CONTENZIONE e CASE di RIPOSO

... è un **PROBLEMA**

« *frequente,*

comune a molte realtà,

punta di un iceberg

nella cui parte sommersa

*si celano i **diritti negati agli anziani ospiti***

***d'istituzioni più orientate alla custodia** che*

a promuovere l'autosufficienza e la qualità di

vita. ¹ »

¹ Norelli G. A., Magliona B., Bonelli A. (1999), La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico legali, Riv. It. Med. Leg. XXI, 4-5, 1063-75.

FATTORI PREDITTIVI di CONTENZIONE ¹

Variabili del PAZIENTE

- **ETÀ avanzata**
- **DEFICIT COGNITIVO**
- **RISCHIO di DANNO per sè o per altri**
- **FRAGILITÀ FISICA**

Variabili ISTITUZIONALI

- **PRESSIONI AMMINISTRATIVE** per evitare implicazioni legali
- **DISPONIBILITÀ** di mezzi di contenzione
- **ATTITUDINI dello STAFF**
- **STAFF INSUFFICIENTE**

¹ da Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. J Am Geriatric Soc 1989;37:65-74

MOTIVAZIONI	EVIDENZA della reale UTILITÀ
PREVENZIONE delle CADUTE	NO
PREVENZIONE del VAGABONDAGGIO	SI , ma a spese della libertà del residente
Per RIDURRE l'AGITAZIONE	NO , aumenta l'agitazione
Per EVITARE AZIONI LEGALI	NO
Per MIGLIORARE la POSTURA	In alcuni casi
Per SODDISFARE lo STAFF e l'AMMINISTRAZIONE	SI
Come MISURA PUNITIVA a seguito di un comportamento non idoneo in un residente con deficit cognitivo	CERTAMENTE PUNITIVA , ma non vi è evidenza che essa produca una modificazione appropriata del comportamento
Per PROTEGGERE lo STAFF e gli ALTRI RESIDENTI da un COMPORTAMENTO VIOLENTO	Nella maggior parte dei casi sono possibili ALTRI INTERVENTI (es.: spazi appositamente dedicati a questi pazienti)
Per SOMMINISTRARE un TRATTAMENTO MEDICO senza interferenza del paziente	In alcuni casi è necessario, ma si dovrebbero PROVARE prima INTERVENTI ALTERNATIVI

da J.G. Ouslander, D. Osterweil, J. Morley: Medical care in the nursing home. McGraw Hill, New York, 1991; Chapter 10: 129-133

... siamo nel 2020

... qualcosa è cambiato?



***... il target delle
nostre Residenze
si è modificato?***

L'ASSISTENZA agli ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI in ITALIA 6° Rapporto - 2017/2018

« ... La **PERSONA**
che accede alle **RESIDENZE**
è **sempre più ANZIANA**,
di **genere FEMMINILE**,
gravemente non AUTOSUFFICIENTE,
con alte **necessità SANITARIE**
e con **problemi COGNITIVI** »



... qualche NUMERO



- ◆ **1995 nasce con 48 p.l.** come **RESIDENZA PROTETTA**
dal 2000: 122 p.l. di residenzialità
oggi: RESIDENZA per NON AUTOSUFFICIENTI di 3° livello
- ◆ **2011** attivazione di
1 CENTRO DIURNO con **5 posti**, diventati **20** nel **2016**,
attualmente: 2 CENTRI DIURNI da **30 posti/ ciascuno**

... 4 NUCLEI residenziali

- **piano 0**
- **1° piano**
- **2° piano**
- **3° piano**

destinati a persone affette da
**DEMENZE in vario STADIO di
MALATTIA**

destinati a persone affette da
**POLIPATOLOGIE in fase di scompenso
o a compenso labile, complicate o in
fase avanzata-terminale di malattia**

... IDENTIKIT del RESIDENTE «TIPO» ...

- **DONNA**
- età media: **86aa**
- **compromissione ADL totale**
 - media ADL Barhel modificato: **21/100**
- **ad alto RISCHIO di CADUTE**
 - media Scala di Tinetti: **14/28** (68 non deambulanti)
- **deterioramento COGNITIVO moderato-grave**
 - media MMSE: **12/30**



... e dell' UTENTE «TIPO» dei CENTRI DIURNI ...

CD (42 utenti)	CD ALZHEIMER (34 utenti)
DONNA	DONNA
età media: 83aa	età media: 82aa
deficit COGNITIVO <u>lieve</u> ▪ media MMSE: 22/30	deficit COGNITIVO <u>grave</u> ▪ media SMMSE: 14/30
ad <u>basso</u> RISCHIO di CADUTE ▪ media Scala di Tinetti: 21/28	ad <u>alto</u> RISCHIO di CADUTE ▪ media Scala di Tinetti: 13/28
compromissione ADL <u>lieve-moderata</u>	compromissione ADL <u>moderata</u>

**... il RICORSO
alla CONTENZIONE
è in AUMENTO?**



... Noooooo !!!
...tuttavia ...



... ci troviamo di fronte a un PARADOSSO

Nei **convegni** e nei **corsi di formazione**
tutti ci proclamiamo **CONTRARI** alla **contenzione**.

In realtà la **contenzione**
resta una **PRATICA** ancora **molto DIFFUSA**
e **regolata** da **PROTOCOLLI** non condivisi

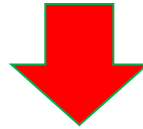
Ricerca IPASVI 2010

nel periodo di rilevazione il **68,7% dei residenti delle RSA**
era **contenuto**.

Zanetti E et al L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza .
L'infermiere 2-2012 e29-e38

...e ancora una volta ...

I **disturbi del COMPORTAMENTO**
e il **rischio di CADUTE** restano



1. le **problematiche di gestione + difficile**
2. molto "**sentite**" dagli **operatori geriatrici**
3. motivo di **ricorso a sistemi di contenzione**

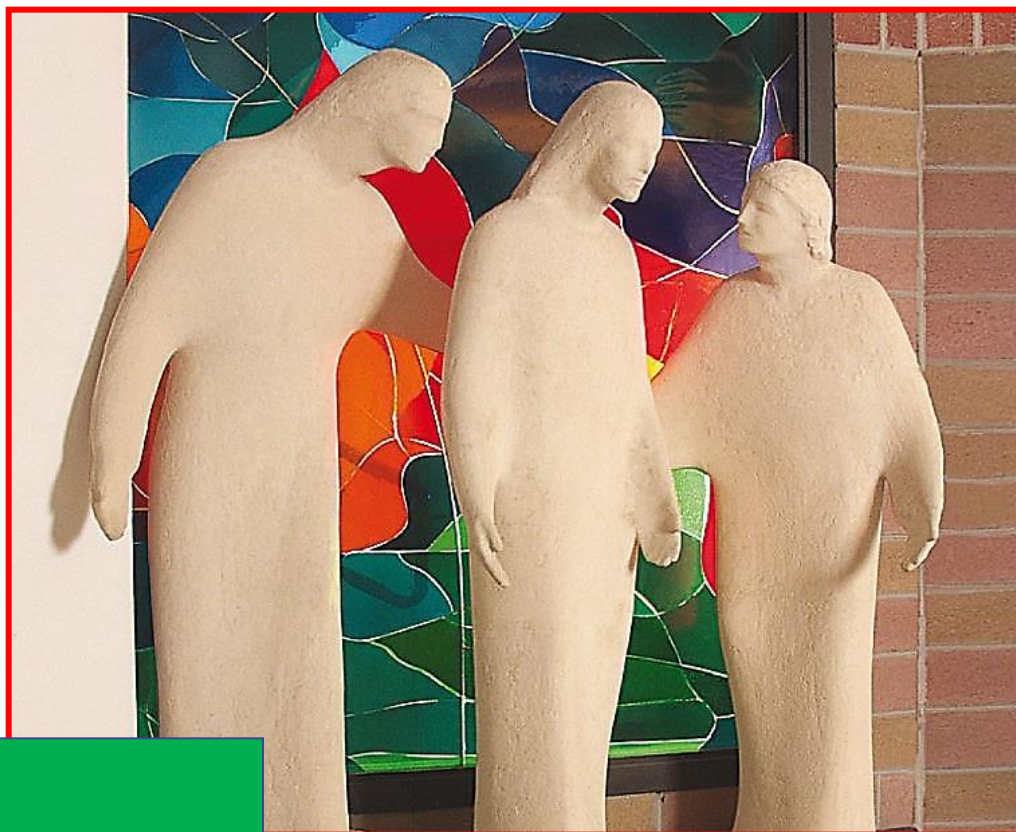
***Perché l'ANZIANO «FRAGILE»
continua ad essere
un soggetto a RISCHIO di CONTENZIONE ?***

- ➡ per **«CARENZE»** di **PERSONALE**
- ➡ per **ASSENZA** di **ALTERNATIVE** alla contenzione
- ➡ per **CARENZE CULTURALI**
- ➡ perché la **CONTENZIONE**
è percepita come l'**ATTO** più **SEMPLICE** per **GESTIRE**
il **PROBLEMA** della **SICUREZZA** dell'anziano

... si può **SUPERARE** la
CONTENZIONE?

... ma COME?





Il modello «EMMAUS»

...
ASCOLTARE
OSSERVARE
VALUTARE
CONDIVIDERE
...

... raccogliere accuratamente attraverso
COLLOQUI/INTERVISTE con
la PERSONA malata e i suoi FAMIGLIARI

quante + INFORMAZIONI possibili
su BISOGNI/PROBLEMI ATTIVI
... ma anche sulla STORIA di VITA
della persona

*(hobby, lavoro, cibo, colori, profumi, abitudini
rispetto al riposo, rispetto all'abbigliamento)*

...

La VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Strumento di analisi che permette di individuare i **problemi** e le **risorse** dell'anziano e di definire le sue necessità assistenziali in un **progetto di salute individuale** .



Ha l'**OBIETTIVO** di individuare

- **a quali residenti** può essere rimossa la **CONTENZIONE**
- gli **INTERVENTI assistenziali** + **adeguati** nelle persone a rischio.



Una **valutazione multifunzionale** è necessaria per stabilire il **rischio di caduta e gli interventi da attuare** (Applied Nursing Research 2016, 29: 53-58; Geriatric Nursing 2015, 36/5: 397-406), in particolare a cura di **fisioterapisti e infermieri**.

I FAMIGLIARI

vanno coinvolti **ATTIVAMENTE**

nei programmi di riduzione della contenzione attraverso:

1. l' **INFORMAZIONE**
2. la **CONDIVISIONE** su obiettivi, interventi, rischi correlati
3. momenti di **FORMAZIONE STRUTTURATI e DEDICATI.**

La **FAMIGLIA**
coinvolta, informata e formata
è **+ CONSAPEVOLE**
diventa **ALLEATA** dell'**EQUIPE**

La famiglia non informata e formata
può rappresentare
un **OSTACOLO** nel **processo** di
RIDUZIONE della **CONTENZIONE**

CARATTERISTICHE degli INTERVENTI

- ➡ **Adattamenti dell'AMBIENTE FISICO**
- ➡ **Adattamenti dell'AMBIENTE UMANO**

**Adattamenti
dell'AMBIENTE FISICO**

Adattamenti AMBIENTE FISICO

MASCHERAMENTO delle PORTE

Adattamenti AMBIENTE FISICO

L' Angolo CUCINA

Adattamenti AMBIENTE FISICO

II SALOTTO

Adattamenti AMBIENTE FISICO

La CAMERA

Adattamenti AMBIENTE FISICO

Gli SPAZI ESTERNI

**Adattamenti
dell'AMBIENTE UMANO**

CARATTERISTICHE degli INTERVENTI

- ◆ basati su **EVIDENZE**
 - ◆ alta **PERSONALIZZAZIONE**
 - ◆ elevata **FLESSIBILITÀ**
 - ◆ approccio « **RIABILITATIVO** »
-
- ◆ **Approccio INTEGRATO**
 - ◆ **COMUNICAZIONE**
non VERBALE

1. alta **PERSONALIZZAZIONE** degli **INTERVENTI** di **GESTIONE** delle **CAPACITÀ** residue (**IADL** e **ADL**)

RISPETTO di
ritmi, tempi, modi, abitudini,
scelte, gusti, preferenze,
motivazioni dell'utente

2. elevata FLESSIBILITÀ

resa possibile da:

- ◆ capacità di **ADATTAMENTO** dei **SERVIZI** alle **ESIGENZE** dei malati
- ◆ costante **RICERCA** di **SOLUZIONI** originali ai problemi/disagi/difficoltà delle persone
- ◆ continua **MODULAZIONE** degli **INTERVENTI** **nel tempo**, in coerenza con l'evoluzione della malattia

Gli ANGOLI VIRTUALI

Angolo CUCINA

Gli ANGOLI VIRTUALI

Angolo LAVANDERIA

Gli ANGOLI VIRTUALI

Angolo BAGNO

Gli ANGOLI VIRTUALI

II BANCONE da LAVORO

Gli ANGOLI VIRTUALI

La BANCARELLA di FRUTTA e VERDURA

Gli ANGOLI VIRTUALI

La BANCARELLA del PANE e dei DOLCI

Gli ANGOLI VIRTUALI

ATTACCAPANNI

Gli ANGOLI VIRTUALI

L'EDICOLA

I PANNELLI TATTILI

I LIBRI SENSORIALI

3. Approccio RIABILITATIVO attraverso:

- ◆ Attività di **STIMOLAZIONE, SEMPLIFICAZIONE, FACILITAZIONE** relative alle **ADL**
- ◆ Attività di **STIMOLAZIONE** al mantenimento delle **CAPACITÀ DOMESTICHE**
- ◆ Attività di **TERAPIA OCCUPAZIONALE**

3. Approccio RIABILITATIVO attraverso:

- ◆ attività di **STIMOLAZIONE** delle capacità
 - **COGNITIVE**
 - **PSICO-SENSORIALI**
 - **MOTORIE**
 - **SOCIALI**
 - **LUDICO-RICREATIVE**

Adattamenti AMBIENTE UMANO

La TERAPIA del VIAGGIO

Adattamenti AMBIENTE UMANO

La TERAPIA della BAMBOLA

Adattamenti AMBIENTE UMANO

MUSICOTERAPIA

Adattamenti AMBIENTE UMANO

La TERAPIA OCCUPAZIONALE

Adattamenti AMBIENTE UMANO

Le CAMPANE TIBETANE

Adattamenti AMBIENTE UMANO

I CLOWN DOTTORI

Adattamenti AMBIENTE UMANO

La PET THERAPY

Adattamenti AMBIENTE UMANO

Le CUOCHE PASTICCIONE



4. APPROCCIO INTEGRATO

- ◆ **non “fare insieme”,**
ma condividere la PROGETTUALITÀ,
cioè lo studio dei problemi e delle soluzioni e la
definizione degli obiettivi
- ◆ non perdere mai di vista che
la FINALITÀ di ogni intervento è la PERSONA
- ◆ **sperimentarsi in nuove ATTIVITÀ**
anche non del tutto inerenti il proprio ruolo
- ◆ **condividere i RISULTATI**

5. COMUNICAZIONE NON VERBALE

- ◆ prendersi **CURA** degli **AFFETTI** dell'anziano
- ◆ **curare** attraverso la **GESTUALITÀ AFFETTIVA**
- ◆ attenzione alla **PROSSEMICA**
- ◆ uso privilegiato della **MIMICA**
- ◆ **attenzione** alla **MODULAZIONE** e all' **INTONAZIONE** della **VOCE** e al **SOVRAPPORSI** delle **VOCI**

In sintesi, una STRATEGIA per superare la CONTENZIONE è ...

- ◆ **Sapersi liberare** dalla **RIGIDITÀ** di **SCHEMI** e **PRECONCETTI**, non solo relativi alla malattia, ma anche al tradizionale concetto di cura e di organizzazione dei Servizi
- ◆ **Sapere *vivere, valorizzare* e *apprezzare*** il "qui ed ora" nella gestione dell'anziano

In sintesi, una STRATEGIA per superare la CONTENZIONE è ...

- ◆ **CONIUGARE** costantemente
le diverse **COMPETENZE** e **CAPACITÀ**
professionali
- ◆ **sapersi AUTOVALUTARE** e
VERIFICARE costantemente
gli **ESITI** della **propria OPERATIVITÀ**

... il superamento della CONTENZIONE ...

... è una **sfida**

- **complessa**
- **quotidiana**
- **coinvolgimento di tutti gli attori... familiari inclusi**
- **condivisione di obiettivi ... ma anche di rischi**
- **costosa**

... ma **possibile** e **doverosa**

finalizzata a un'**assistenza di qualità**



**Grazie a tutti
per l'attenzione**