

# «Brianza libera da contenzione»

La complessità della persona anziana: come ridurre la contenzione

05.06.2019

dr.ssa CHIARA CUTAIA

RSA Casa del Cieco - Civate

# Contenzione → Quali obiettivi?



# I mezzi fisici di contenzione



- ▶ Non riducono lo stato confusionale ma lo aumentano
  - ▶ Non riducono il numero di cadute ma ne possono accrescere le conseguenze traumatiche
  - ▶ La loro abolizione comporta una riduzione significativa dell'entità e dell'incidenza di danni secondari
- 
- ▶ J Gerontol Nurs 2001

# L'utilizzo di sptf deve essere limitato a circostanze eccezionali...

- ▶ Situazioni di emergenza in quando il comportamento della persona rappresenti un pericolo per sé o per gli altri e non vi siano alternative
- ▶ Auto eterolesionismo
- ▶ Elevato rischio di caduta
- ▶ Stato di ebbrezza, periodo pre post sedazione
- ▶ Trasporto con barella
- ▶ Protezione di presidi medicali necessari per l'immediato benessere del paziente
- ▶ Necessità di allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico
- ▶ **Applicazione in emergenza?**
- ▶ **Utilizzo per un tempo più prolungato?**

## Complessità dei pazienti

Oggi...



- ▶ Più anziani
- ▶ Maggiore instabilità clinica →  
PRESENTAZIONE ATIPICA NELL'ANZIANO
- ▶ Comorbidità “clinica e psichica”
- ▶ Delirium
- ▶ Delirium sovrapposto a demenza
- ▶ Elevato numero di farmaci
- ▶ Elevato rischio di caduta

**Necessità di maggiore conoscenza delle problematiche geriatriche nella complessità dei processi di cura, sostegno all'organizzazione, diffusione di buone prassi. RICERCA DI UNA METODOLOGIA**

# Il delirium

Il delirium è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato dall'alterazione acuta e fluttuante di molteplici funzioni cognitive , scatenato dall'insorgenza di un problema clinico acuto o cronico riacutizzato; esso è da considerarsi invariabilmente come espressione di una sofferenza metabolica cerebrale (APA, 2013).

Clinicamente il delirium può presentarsi in **tre varianti** (Marcantonio, 2017):

- **ipercinetica o iperattiva**, caratterizzata da agitazione psicomotoria, aumentata sensibilità agli stimoli esterni, stato di iperallerta, in cui coesistono spesso illusioni e allucinazioni;
- . **ipocinetica o ipoattiva**, caratterizzata da rallentamento ideo-motorio, tendenza all'assopimento, ridotta risposta agli stimoli esterni, apatia;
- **mista**, caratterizzata da alternanza di fasi di tipo ipercinetico ad altre di tipo ipocinetico.

# Genesi del delirium

Il delirium ha una genesi multifattoriale ed è il risultato di un'interazione fra fattori predisponenti e precipitanti.

- ▶ Tra i fattori **predisponenti** possiamo annoverare la disabilità, il deterioramento cognitivo/demenza, l'elevata comorbidità, un inadeguato stato nutrizionale e la presenza di deficit sensoriali (principalmente ipovisione ed ipoacusia)
- ▶ **Fattori precipitanti** sono le alterazioni del metabolismo glucidico e della funzione renale, la disidratazione, le alterazioni degli elettroliti, la ritenzione urinaria acuta, la coprostasi, il cateterismo vescicale e **l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica.**
- ▶ **Fattori scatenanti** sono gli interventi chirurgici (specialmente chirurgia maggiore) e i traumi (Marcantonio, 2017), i farmaci, con attività psicotropa, possono essere causa di delirium.

I luoghi della cura 1-gennaio 2018

# Delirium : criteri del DSM 5

- ▶ A. Disturbo dell'attenzione (i.e., ridotta capacità a dirigere, focalizzare, sostenere e shiftare l'attenzione) e consapevolezza (ridotto orientamento del se nell'ambiente).
- ▶ B. Il deficit si sviluppa in un periodo di tempo relativamente breve (generalmente ore o pochi giorni ), rappresenta un cambiamento dai livelli di attenzione e consapevolezza di base, e tende a fluttuare in gravità nel corso della giornata.
- ▶ C. É presente un altro deficit cognitivo (es, memoria, disorientamento, linguaggio, abilità visuospatiali, o dispercezioni).
- ▶ D. I deficit di cui ai criteri A e C non sono spiegabili sulla base di un preesistente (stazionario o in evoluzione) disturbo neurocognitivo e non si verificano in un contesto di grave riduzione dei livelli di arousal (es coma)
- ▶ E. Vi è evidenza per storia clinica, esame obiettivo o risultati di laboratorio che il delirium è una diretta conseguenza di un problema clinico, intossicazione o sospensione di farmaci, esposizione a tossine, o è dovuto a molteplici cause eziologiche



# CAM

- ▶ I) esordio acuto ed andamento fluttuante Questa informazione in genere è ottenuta dai familiari o da un'infermiera che ha assistito il paziente ed è dimostrata da una risposta affermativa alle seguenti domande: esiste un'evidenza di una variazione acuta dello stato mentale del paziente rispetto alle sue condizioni di base? Questa alterazione fluttua durante il giorno, cioè tende ad andare e venire, o aumenta o decresce di intensità?
- ▶ II) ridotta attenzione questa caratteristica è dimostrata dalla risposta affermativa alla seguente domanda: il paziente presenta una difficoltà nel focalizzare l'attenzione, per esempio è facilmente distraibile o presenta difficoltà nel seguire ciò che viene detto?
- ▶ III) pensiero disorganizzato questa caratteristica è dimostrata dalla risposta affermativa alla seguente domanda: il pensiero del paziente è disorganizzato o incoerente, cioè produce una conversazione sconnessa o irrilevante, un flusso delle idee non chiaro o illogico, un cambio repentino dell'argomento della conversazione?
- ▶ IV) alterato livello di coscienza questa caratteristica è dimostrata se alla domanda "come giudichi il livello di coscienza del paziente?", la risposta è una delle seguenti: eccitato (super sensibile agli stimoli ambientali, tendente a trasalire molto facilmente), letargico (sonnolento, ma risvegliabile), stupor (risvegliabile con difficoltà), coma (non risvegliabile), incerto.
- ▶
- ▶ \* La diagnosi di delirium richiede la presenza delle caratteristiche 1 e 2 più 3 o 4.

# Perché parliamo di delirium?

Perché il delirium riconosciuto e trattato precocemente porta ad un outcome meno negativo per il paziente, talora alla sua completa risoluzione

Perché il **delirium se sovrapposto a demenza** è spesso non riconosciuto, scambiato per i disturbi comportamentali dovuti alla demenza.

Spesso il delirium sovrapposto a demenza si esplicita nella variante motoria.

Se non riconosciuto può portare alla prescrizione di un mezzo di contenzione meccanica che peggiorerà lo stato confusionale e spesso si associa a prescrizione incongrua di una terapia neurolettica

Il delirium è certamente una causa di aumento del rischio di caduta...

# Delirium ...il paziente è affaccendato si spoglia.... **tutone** e diagnosi correlate

- ▶ Infezione delle vie urinarie
- ▶ Ritenzione acuta di urina
- ▶ Impatto fecale
- ▶ Colica renale
- ▶ Infarto miocardico acuto
- ▶ Fibrillazione atriale

Fra gli anziani spesso **la presentazione dei quadri clinici è atipica.**  
Possono mancare i sintomi «classici», dobbiamo imparare una nuova semeiotica

## Complessità dei pazienti

Oggi...



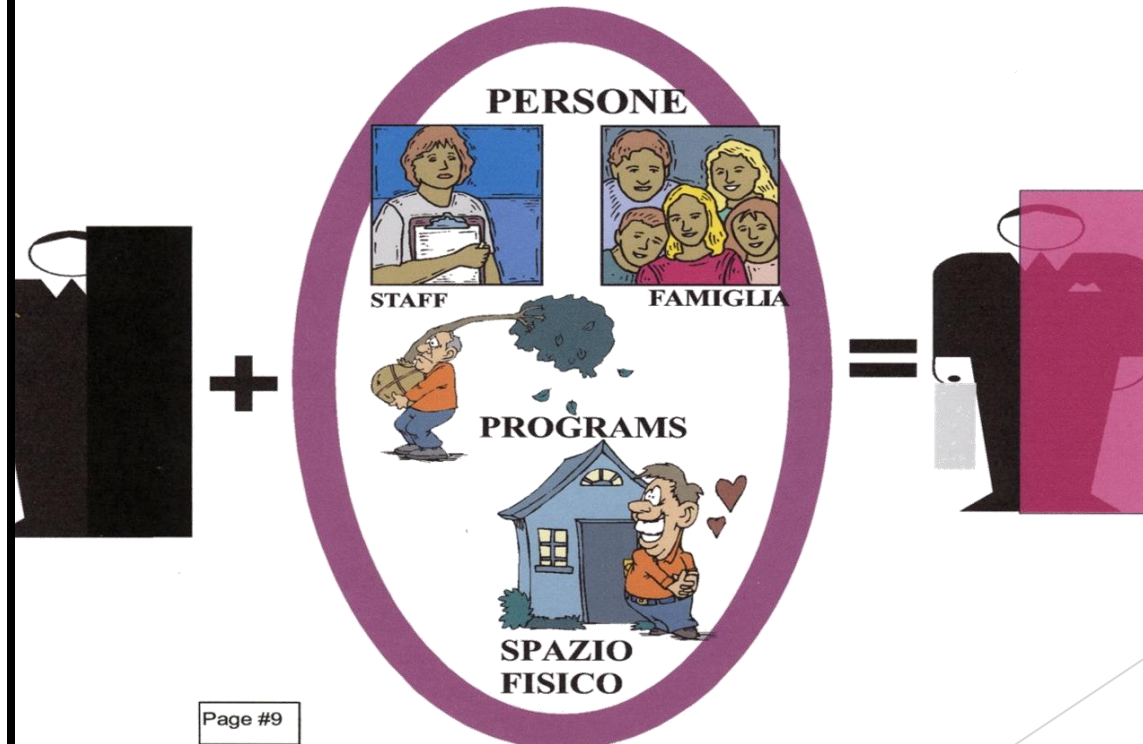
- ▶ Più anziani
- ▶ Maggiore instabilità clinica → PRESENTAZIONE ATIPICA NELL'ANZIANO
- ▶ Comorbidità “clinica e psichica”
- ▶ Delirium
- ▶ Delirium sovrapposto a demenza
- ▶ Elevato numero di farmaci
- ▶ Elevato rischio di caduta

Necessità di maggiore conoscenza delle problematiche geriatriche nella complessità dei processi di cura, sostegno all'organizzazione, diffusione di buone prassi. **RICERCA DI UNA METODOLOGIA**

# THE PROSTHESIS CONCEPT



## GENTLECARE LA PROTESI DI CURA



# Conoscere la persona 1

- Ricostruzione della storia clinica: diagnosi sindromica ed etiologica
- Diagnosi delle patologie correlate (deficit sensoriali?)
- Individuazione di problemi iatrogeni → ANAMNESI FARMACOLOGICA, **RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA**
- Stadiazione della malattia
- Ricostruzione contesto di vita e biografia
- Valutazione della persona «ampia»: finalizzato a conoscere le abilità del paziente, la sua capacità di interazione con l'ambiente circostante, a stabilire un rapporto e un'alleanza di cura, conoscere la sua "richiesta" (Ruoli • Interessi/spiritualità • Routine-abitudini • Eventi di vita significativi • Ambiente fisico e sociale)
- Valutazione psicologica: valutazione insight, individuazione paure e attese, valutazione del tono dell'umore



# Conoscere la persona 2

- ▶ Capacità cognitive
  - MMSE , CDR ,
  - indice di Barthel , Lawton
  - Tinetti , MORSE
  - NPI anamnestico (caregiver)e osservativo (in equipe)- schede osservative. Distinzione tra comportamenti alterati e disturbi comportamentali
  - Pain AD, VAS (IP), confronto con caregiver
- ▶ Autonomia
- ▶ Capacità motorie
- ▶ Comportamento
- ▶ Dolore

# Valutazione del rischio di caduta

- ▶ Tinetti, Morse
- ▶ TERAPIA FARMACOLOGICA?
- ▶ Deficit cognitivo?
- ▶ Disturbo comportamentale?
- ▶ Interazione con ambiente/  
comprensione dell'ambiente?
- ▶ Fluttuazioni motorie? Cognitive?
- ▶ Delirium ?
- ▶ Deficit sensoriale?
- ▶ Allucinosi?
- ▶ Adeguatezza del contesto  
ambientale.....





# Comprendere la persona non solo controllare il disturbo comportamentale

- ▶ Perché questa persona si comporta così adesso?
- ▶ Costruire mappe eziologiche
- ▶ Programmare degli interventi e usare approcci differenti insieme
- ▶ Monitorare i risultati



# Causes of BPSD

## The bio-psycho-social framework

Personality

Neuroanatomy

Psychiatric

Neurochemistry

Genetics

psychological

biological

social

interpersonal

Care factors

Patient Factors

Environmental Factors



# A B C

- APPROCCIO INTERPRETATIVO AI DISTURBI COMPORTAMENTALI :
- ANTECEDENTS ( ANTECEDENTI)
- BEHAVIOUR (COMPORTAMENTO)
- CONSEQUENCES (CONSEGUENZE)

# Cause dei disturbi comportamentali associati alla demenza

- ▶ Patologia frontale (disinibizione, apatia, discontrollo )
- ▶ Lesione gangli della base (deliri, apatia)
- ▶ Alterazioni del lobo temporale ( deliri allucinazioni)
- ▶ Locus coeruleus (psicosi - depressione)
- ▶ Storia familiare di psicosi
- ▶ Patologia medica /delirium
- ▶ Farmaci /iatrogenesi
- ▶ Dolore
- ▶ Costipazione
- ▶ Sensory impairments
- ▶ Stanchezza
- ▶ Paure
- ▶ Bisogni di base

# CAUSE SCATENANTI I DISTURBI COMPORTAMENTALI in rsa

- Non conoscenza del personale che assiste dei deficit provocati dalla demenza
- paura per la perdita della famiglia
- stanchezza, stress e bisogno di molte pause di riposo
  
- Ritmi imposti



# CAUSE SCATENANTI I DISTURBI COMPORTAMENTALI IN RSA(2)

- Correlati **all'ambiente:**
- Spazi difficilmente riconoscibili come ambienti "familiari", caratterizzati da una tecnologia invasiva ( ambienti ospedalieri e non residenziali)
- Elementi che limitano la mobilità, spazi stretti e non sicuri, scarsa illuminazione
- Eccessiva o carente presenza di stimoli nell'ambiente







# I CLUSTER

McShane individua 5 specifici raggruppamenti definiti “cluster di disturbi comportamentali”,

- **psicosi**: allucinazioni, deliri e misidentificazioni;
- **depressione**: tristezza, lamentosità, disperazione, bassa autostima, ansia, colpa;
- **apatia**: ritiro sociale, mancanza di interessi e demotivazione;
- **aggressività**: resistenza aggressiva, aggressività fisica e verbale;
- **agitazione psicomotoria**: affaccendamento, vagabondaggio, pedinamento, irrequietezza, grida, disinibizione, stereotipie, vestirsi/svestirsi, disturbi del sonno.

# BPSD che **non** rispondono ai farmaci

- ▶ Wandering
- ▶ Urinare in luoghi inappropriati
- ▶ Vestirsi e svestirsi in modo inappropriato
- ▶ Eseguire attività ripetitive (perseverazioni) o vocalizzazioni
- ▶ Nascondere oggetti
- ▶ Mangiare oggetti non commestibili
- ▶ Agitarsi nel tentativo di rimuovere una contenzione
- ▶ Spingere la carrozzina del vicino per spostarsi

# Gestione dei disturbi comportamentali

- Interventi non farmacologici dovrebbero essere la prima scelta
- Scegliere il trattamento farmacologico quando necessario e trattare il sintomo target
- Evitare contenzione fisica se possibile

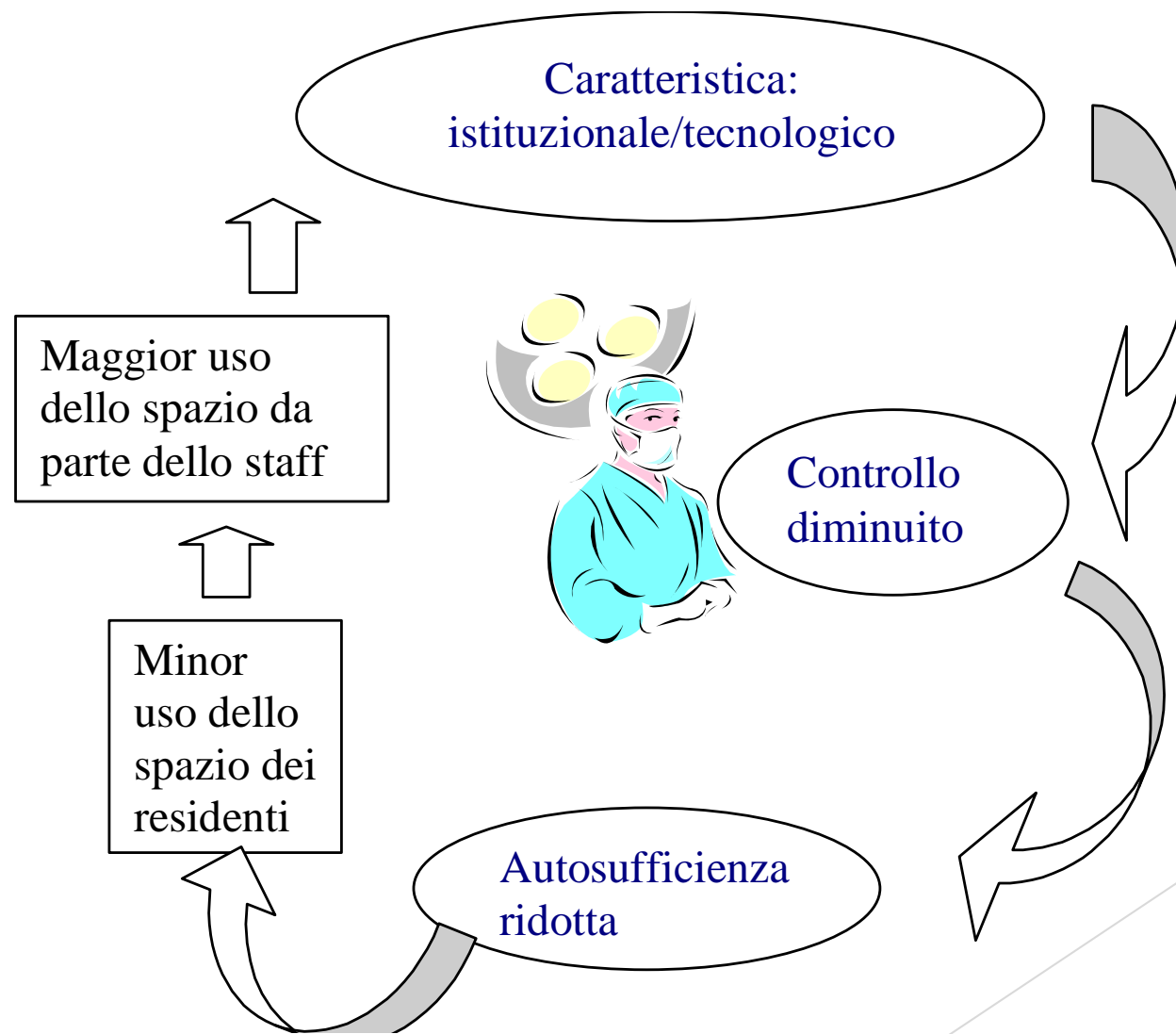
## Spazio fisico



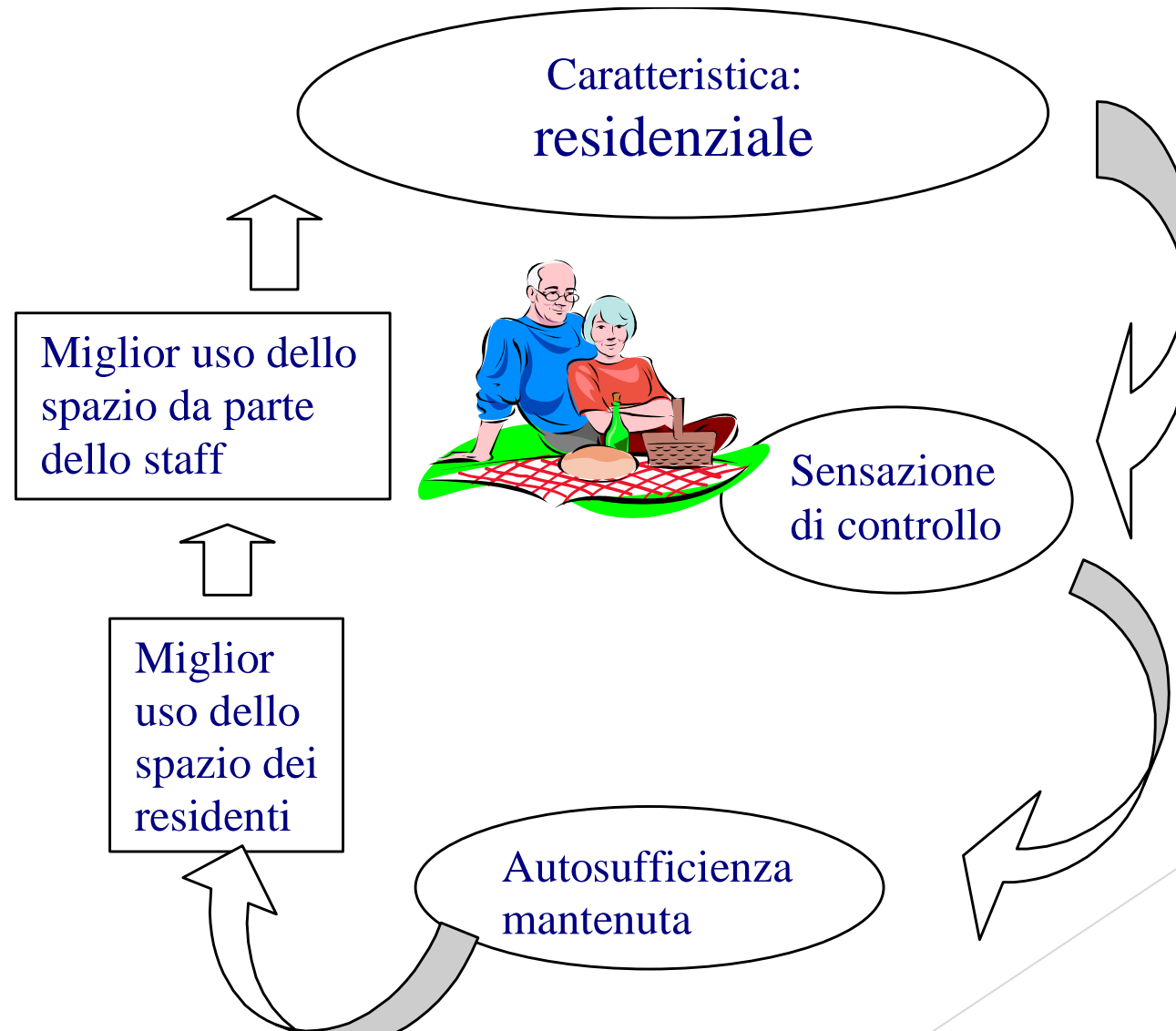
# Ambiente: caratteristiche

- Sicurezza
- Accessibilità / mobilità
- Funzionalità / attività
- Controllo / privacy / socializzazione
- Flessibilità / possibilità di cambiamento / partecipazione nelle decisioni
- Valutazione continua

# Ambiente protesico per le persone con demenza



# Ambiente protesico per le persone con demenza



► Sicurezza

ogni elemento di sicurezza ambientale  
si traduce in uno spazio di libertà per  
il malato e in una minor necessità  
di sorveglianza o contenimento







# I mediatori cognitivi e la sorveglianza...



La persona con demenza muta continuamente nel tempo. Più le soluzioni ambientali sono in grado di seguire il percorso di gravità e il modificarsi dei sintomi, più facilmente il malato si troverà sempre in un ambiente adatto a lui



# Il paziente che scivola....

- ▶ Ho scelto lo strumento di sostegno adeguato?
- ▶ Ho aiutato la persona a cambiare postura?
- ▶ La terapia farmacologica è adeguata?
- ▶ Dolore?
- ▶ Ho offerto un sostegno nutrizionale adeguato e frazionato? (comfort foods)
- ▶ L'ambiente circostante offre stimoli adeguati? Eccessiva o insufficiente stimolazione?

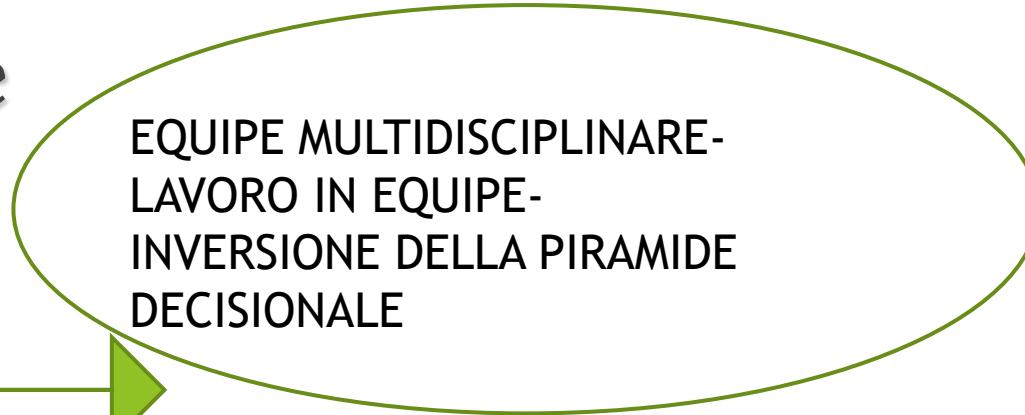


## LE PERSONE



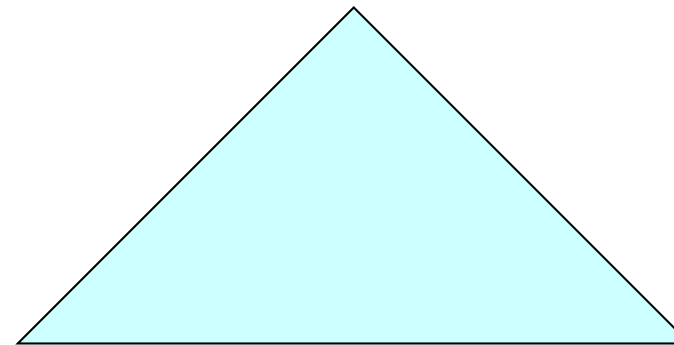
# Le persone

- **La famiglia**
- **Lo staff**
- I volontari
- Gli amici
- Le associazioni di familiari



**Il Triangolo sociale di cura**

Persona con demenza



Carers informali

Carers formali

*Conoscenza della  
filosofia de servizio  
Analisi condivisa della  
gerarchia dei bisogni  
«formazione»  
Condivisione dei limiti*

# I PROGRAMMI

Creazione di routine significative, riconoscibili attraverso apprendimento implicito.

La persona deve essere valorizzata nei suoi interessi e le attività devono tenere conto del livello di autonomia e delle capacità residue della persona

## Importanza del movimento

Ho previsto un intervento di sostegno alle capacità motorie?









# Conclusioni

- ▶ Il percorso per ridurre le contenzioni passa attraverso un **cambiamento culturale dell'equipe** curante che sappia effettuare scelte **autonome** coerenti con i problemi posti dalla cura di quella persona.
- ▶ E' sicuramente necessaria una **valutazione globale** della persona, del suo stato di salute, dei suoi deficit e delle sue risorse residue. Ciò è la base per un progetto di cura che tenga conto della globalità della persona che permetta la valorizzazione di queste risorse
- ▶ Attenzione al delirium
- ▶ Attenzione alla polifarmaco terapia, effettuare sempre una anamnesi farmacologica e una **riconciliazione farmacologica**
- ▶ *Rivalutare rivalutare rivalutare... cio' che è ora non è per sempre (M. Jones)*
- ▶ Chiedersi sempre se quell'atto di cura è necessario o se quel problema può essere affrontato in modo alternativo
- ▶ Coinvolgimento e istruzione dei familiari ogni qualvolta sia possibile