ALLEGATO N.01 ALLA DETERMINA NUMERO 02 DEL 10 MARZO 2015
DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Raccomandazioni circa l'utilizzo delle misure di restrizione fisica

Febbraio 2015

Redazione a cura di:

Piero Bonati	Responsabile U.O.S. Geriatria Territoriale – Distretto di Parma
Paolo Crotti	Medico-legale, U.O. Rischio Clinico- Azienda USL
Graziella Ghizzoni	Medico Geriatra UVG - Distretto Sud-Est
Mara Ferrari	Coordinatrice Infer.UVG, Attività sanitarie CRA - Distretto Sud Est
Cinzia Vecchi	Responsabile Infermieristica U.O.S. Geriatria Territoriale - Distretto di Parma

Gruppo di lavoro

Maria Chiara Adorni	Responsabile Coordinamento Area Disabili - DASS
Piero Bonati Bonati	Responsabile U.O.S. Geriatria Territoriale – Distretto di Parma
Silvana Bosi	Coordinatrice Infermieristica Attività sanitarie CRA – Distretto di Fidenza
Davide Caravaggi	Responsabile SAA e Coordinatore Ufficio di Piano Distretto di Parma
Paolo Crotti	Medico-legale, U.O. Rischio Clinico Azienda USL
Lisa Dellapina	Responsabile SAA Distretto Sud-Est
Daniela Egoritti	Responsabile SAA e Coordinatrice U.d.P- Distretto di Fidenza
Mara Ferrari	Coordinatrice Infer. UVG, Attività sanitarie CRA - Distretto Sud Est
Graziella Ghizzoni	Medico Geriatra UVG - Distretto Sud-Est
Bruno Larini	Coordinatore Area Disabili – Distretto di Parma
Monica Leoni	Infermiera AFD Coordinamento UVG e CRA - Distretto Valli Taro e Ceno
Grazia Loss	Responsabile Coordinamento Area Anziani - DASS
Giorgia Mediani	Referente SAA Ufficio di Piano Distretto Valli Taro e Ceno
Cinzia Vecchi	Responsabile Infermieristica U.O.S. Geriatria Territoriale - Distretto di Parma
Paolo Volta	Direttore Attività Socio Sanitarie

Introduzione

Con queste raccomandazioni si intendono orientare i professionisti, che giornalmente operano nei vari setting assistenziali del nostro territorio, focalizzando l'attenzione su argomenti finalizzati a migliorare la qualità assistenziale, condividendo atteggiamenti, buone prassi e comportamenti.

La necessità di affrontare il problema della contenzione nelle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani, nelle sue implicazioni socio sanitarie, deontologiche e medico-legali, nasce da una parte dall'osservazione dalla disomogeneità dei percorsi attraverso i quali si perviene all'utilizzo di mezzi coercitivi ed al loro frequente utilizzo, dall'altra dalla consapevolezza che gli ospiti delle strutture, risultano sempre più spesso non autosufficienti od affetti da disturbi cognitivi e comportamentali di grado severo.

Il dato del "case mix" raccolto nel 2012 sul territorio della provincia di Parma, ha infatti evidenziato come gli anziani delle case residenza (CRA), presentino deficit cognitivi e turbe del comportamento (BPSD) associate, in circa un terzo dei casi.

I riscontri avuti dalle commissioni di verifica, oltre a confermare il dato sopra riportato, rilevano che la contenzione nelle CRA sia un fenomeno ad incidenza significativa, manifestandosi con caratteristiche di tipologia e durata applicativa del tutto sovrapponibili.

Contenzione e geriatria dovrebbero in realtà configurare, situazioni sostanzialmente antitetiche, essendo connaturato agli aspetti geriatrici l'obiettivo di promuovere e mantenere l'autosufficienza e la qualità della vita (attraverso la riabilitazione e il recupero della funzione), contrariamente al "contenere", che identifica invece limitazione e restrizione delle possibilità psicomotorie del soggetto.

Eppure alla contenzione fisica, in ambito geriatrico, si fa frequentemente ricorso: secondo dati riferiti all'anno 2009 la stessa ricorre da un 20 al 40% negli USA, sino alla sua pressoché totale inesistenza in alcuni paesi del Nord Europa (l'assistenza, infatti, prevede, in alternativa, ambienti assistenziali confortevoli, letti bassi, poltrone ortopediche o altre misure più recenti ed una particolare attenzione nel promuovere la mobilità). Gli studi italiani citano percentuali mediamente inferiori al 35-40%, con variabilità rispetto ai setting di cura, alla casistica ed al case mix (1).

In particolare la prevalenza della contenzione fisica riportata in letteratura varia tra il 3% e l'83% nelle RSA (2); il dato si differenzia, ancora una volta, in base ai mezzi di contenzione considerati, aumentando sensibilmente laddove siano incluse le doppie spondine ai letti (in tal caso le stesse; rappresentano il tipo di contenzione più usato, raggiungendo, anche nel nostro territorio, una percentuale intorno al 75%).

Le motivazioni solitamente chiamate in causa per motivare un ricorso così frequente alla contenzione fisica, rimandano essenzialmente a due fattori:

* l'aumento, nelle strutture residenziali, di anziani con importanti deficit cognitivi,
* le preoccupazioni per il rischio di vertenze legali correlate ai doveri di responsabilità delle istituzioni nei confronti della protezione dell'ospite.

Già sulla base di tali rapide premesse si può comprendere come l'elaborazione di raccomandazioni sull'uso di mezzi di contenzione fisica, risulti questione particolarmente delicata e complessa.

Con il percorso di accreditamento, avviato con la D.G.R. 514/2009, tra i requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, la Regione Emilia-Romagna ha individuato la definizione di procedure e istruzioni operative per la riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo ed il monitoraggio e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura (Allegato D.2.3 , Requisiti specifici CRA, SPRA 8.1, Processi e procedure generali: "*...riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il*

monitoraggio, e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura; miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato DC").

Lo stesso atto regionale conferma e indica che in ogni punto della rete dei servizi è necessario attivare tutti quei programmi di miglioramento in linea con la qualità della vita e dell'assistenza alle persone affette da demenza: sia a livello ambientale, che di personale formato, che di programmi personalizzati (4).

Quindi proprio in virtù di questa complessità si rende necessaria una rigorosa analisi anche al fine di poter dare indicazioni rispetto ad un percorso più rispettoso possibile dell' inviolabilità della libertà personale.

Aspetti alternativi alla contenzione fisica

Il sistema di cura protesico

Un sistema di cura protesico diventa elemento fondamentale nel raggiungimento di un obiettivo di cura, poiché è pensato e finalizzato a supportare la persona anziana ed in particolare quella affetta da demenza nelle sue competenze residue, preferenze e desideri, comprendendo al tempo stesso quella peculiarità e complessità determinata dalla malattia nella sua evoluzione.

Il sistema Gentle Care ideato e promosso dalla terapista occupazionale canadese Moyra Jones, è un esempio di sistema protesico e comporta come ***primo step*** metodologico la conoscenza della persona malata (5).

Si tratta in primo luogo di una conoscenza non solo clinico-funzionale del malato, ma anche conoscenza in senso biografico e famigliare, poiché ogni piano di intervento tiene conto di quello che comunemente si intende per triangolo sociale di cura, vale a dire del malato, dei caregiver, siano essi formali come lo staff di una unità di cura, siano essi informali, come i familiari.

Il ***secondo step*** è rappresentato dalla valutazione dell'impatto che la malattia ha sul singolo malato, attraverso strumenti propri della valutazione multidimensionale, quindi sia dei deficit indotti dalla malattia, che di quelle strategie di compenso che il malato autonomamente utilizza. Mai come nella demenza è importante che tale metodologia debba condurre, oltre che alla definizione di profili di popolazione, anche ad una fase conoscitiva con l'obiettivo di attivare una pratica operativa e considerare criticamente le scelte operate e i risultati ottenuti.
All'interno dello stesso sistema si sottolinea come sia importante osservare la persona nel suo"comportamento spontaneo", al fine di individuare le indicazioni e le strategie operative nell'ambito del piano assistenziale di cura.
Un primo livello di approccio è l'osservazione dei seguenti aspetti:
– cosa sa fare ;
– cosa fa;
– come fa la tal cosa;
– quale parte del compito non riesce a eseguire;
– perché non riesce ad eseguire un certo compito;
– dove riesce meglio nell'eseguirlo;
– quando riesce meglio.
Un secondo livello di valutazione fa uso di due tecniche, che consentono di organizzare le informazioni derivanti dall'osservazione diretta della persona:

- la tecnica dello "*stress profile*": vengono mappati gli eventi della giornata, identificate le sorgenti di stress e date le indicazioni a tutti gli operatori di quali strategie applicare e di quando applicarle nell'arco delle 24 ore;
- la tecnica del "*behaviour mapping*" consiste nell'osservazione del comportamento del soggetto nell'arco delle 24 ore e nella traduzione dell'osservazione in uno strumento di lettura (es. diario integrato, grafico della giornata) che lo staff utilizza per rappresentare la giornata tipo della persona che ha in carico.

Questo consentirebbe di personalizzare i programmi e le attività nella giornata del malato, per una migliore qualità dell'assistenza (ad esempio lunghi periodi d'inattività possono essere interrotti da attività significative, evitando l'errore di concentrare tutte le proposte in un unico momento della giornata, abitudine questa orientata più al bisogno dello staff che del malato).
Scopo di questa osservazione è quello di una stadiazione della malattia in cui la persona si colloca (*grading*), tale da permettere interventi appropriati ed idonei ad operare, sulla base di un attento bilancio tra punti di forza e punti di debolezza del singolo malato, scelte di fondo per la costruzione del progetto di cura con obiettivi realistici.
La valutazione dovrà essere costantemente aggiornata in senso longitudinale per permettere di accompagnare i bisogni delle singole persone anche nelle fasi più avanzate di malattia, laddove è

necessario avere un atteggiamento sempre più interpretativo nei confronti anche dei più semplici bisogni che difficilmente il malato potrà esplicitare spontaneamente.

Il *terzo step* rappresenta la costruzione della "protesi" vera e propria, articolata, nella metodologia Gentle Care, in tre elementi non separabili e in relazione dinamica tra loro: l'ambiente fisico, le persone che curano, le attività e i programmi che hanno un ruolo significativo. L'obiettivo è quello di fornire agli anziani quella soddisfazione derivante dal sentirsi bene, ovvero essere le persone giuste nel posto giusto. (6)

L'ambiente fisico

Il ruolo cruciale dello spazio nel piano di cura è in stretto rapporto con la modificazione della capacità di controllo dell'ambiente stesso, che si verifica nel soggetto con il peggiorare della malattia. Tali modificazioni si manifestano più frequentemente in fase moderata-severa, anche se nella malattia di Alzheimer possono essere presenti in fase lieve-moderata. E' necessario, inoltre, tener presente che nelle fasi avanzate il movimento rappresenta una delle poche modalità di rapporto/interazione con l'ambiente, che il malato è ancora in grado di sfruttare.
Molte sono le evidenze di come la persona con demenza possa essere particolarmente sensibile a modificazioni ambientali, sia in senso positivo che negativo. Se le modificazioni ambientali sono ispirate da principi protesici, esse possono avere effetti largamente positivi sulle prestazioni del malato (5), tanto che la progettazione mirata dell'ambiente, per i soggetti affetti da demenza, possiede la stessa dignità scientifica della terapia farmacologica.
Nella costruzione della protesi ambientale è necessario ispirarsi a criteri che tengano ben presenti i prinicipi di *sicurezza, facilità d'accesso e mobilità, funzione ed attività, privacy, comfort, socializzazione, flessibilità, cambiamento, partecipazione.*

Sicurezza: le alterazioni della cognitività, la perdita di critica e di giudizio proprie della malattia, fanno sì che la persona con demenza tenda a mettersi in situazioni di rischio. In relazione a ciò, quello che più frequentemente si verifica nei carers è la nascita di un bisogno di stretto controllo nei confronti del malato. Tale atteggiamento pone di per sé problemi di natura etica, connessi con la salvaguardia del principio di autonomia/autodeterminazione del paziente, ma al tempo stesso diviene particolarmente faticoso per i carers nei quali induce uno stato di continuo allarme. Obiettivo della progettazione ambientale è dunque quello di creare spazi interni ed esterni protetti, così che il malato possa godere del massimo di libertà nel pieno della sicurezza (5). La sicurezza dovrà riguardare l'ambiente nel suo complesso comprendendo arredi e illuminazione.
Quest'ultima in particolare assume un ruolo cruciale: l'uso di luce indiretta, l'eliminazione di superfici riflettenti che creano abbagli, l'incremento della luminosità diurna, il suo controllo automatico, rappresentano misure tanto semplici quanto efficaci nella prevenzione di incidenti e cadute.

Le misure di sicurezza adottate dovranno avere un carattere di non invasività: allarmi rumorosi, sensori da indossare sarebbero da evitare a favore di una tecnologia meno intrusiva e, se necessario, mascherata. La scelta deve ogni volta considerare diversi problemi, fra i quali anche quelli di natura etica, che insorgono quando si debba, da un lato, rispettare il diritto all'autodeterminazione dell'individuo e, dall'altro, rivolgersi a persone nelle quali la malattia stessa mina in misura variabile tale capacità. Va sempre inoltre considerata l'eticità delle alternative possibili alle singole misure adottate o adottabili e va ricordato che, pur essendo la sicurezza un diritto, non deve tuttavia privare il malato di un'esperienza di vita significativa, ma al contrario promuoverne autonomia e dignità (6).

Facilità d'accesso e mobilità: la libertà di movimento e la fruibilità dell'ambiente consentono alla persona di conservare la sensazione di controllo sullo spazio circostante e di accrescere il suo senso di appartenenza e di padronanza nei confronti delle diverse aree. Cruciale è per il malato anche in fase moderato-severa la sensazione di padronanza nei confronti dello spazio più intimo, vale a dire la camera, con il proprio letto e i propri oggetti personali (7).

In rapporto alla confusione, al disorientamento, dapprima evidente per i grandi spazi e successivamente anche per quelli piccoli, occorre chiaramente definire dei percorsi che aiutino il soggetto a navigare nello spazio con successo. L'ambiente dovrà essere comprensibile oltreché familiare (ad es. il mascheramento di porte o finestre potrà avvalersi di tecniche decorative come il trompe-l'oeil, che per le sue caratteristiche di illusorietà e gradevolezza estetica risulta particolarmente funzionale allo scopo).
L'accessibilità deve riguardare anche gli spazi esterni; i "giardini Alzheimer" sono ispirati al modello della corte protetta, con aree prive di dislivello, essenze atossiche e aromatiche, arbusti piccoli a ciclo stagionale, aree attrezzate per il giardinaggio e aree di riposo.

Funzione ed attività: l'ambiente protesico è tale quando venga effettivamente utilizzato dal malato. Occorre quindi che ogni ambiente renda riconoscibile attraverso il proprio design, la funzione alla quale è deputato: la cucina, ad esempio, deve possedere caratteristiche che facilitino il riconoscimento del suo significato d'uso, il bagno deve coniugare caratteristiche di familiarità con caratteristiche tecniche specifiche (dimensioni degli arredi, posizione reciproca degli elementi, illuminazione e sanitarizzazione automatica ecc.),
Va evitata la creazione di sale multiuso: meglio creare spazi piccoli ben caratterizzati e riservare spazi appartati, non intrusivi rispetto alla "casa", ad attività di socializzazione o a eventi speciali (8). Occorre prevedere punti di interesse (es. vista sull'esterno), disporre l'arredo in modo da facilitare l'interazione e la conversazione, compensare i deficit sensoriali, disponendo oggetti interessanti alla reale portata del campo visivo, quindi mediamente all'altezza delle spalle o più bassi, creare opportunità di uso di oggetti normalmente presenti nel quotidiano (borse, cappelli, giornali etc.). La pronta disponibilità degli oggetti di uso comune consente al malato di accrescere l'autonomia e la capacità di scelta e peraltro solleva lo staff dal dover frequentemente sollecitare e stimolare il malato (5).

Privacy, comfort, socializzazione: lo spazio deve essere concepito prima di tutto come luogo di vita per la persona, solo secondariamente come luogo di lavoro per lo staff. Devono essere garantiti spazi di intimità per i malati, spazi diversi dalle camere per accogliere i familiari e i visitatori, sebbene l'aspetto invitante per questi ultimi non dovrà andare a scapito della silenziosità e della tranquillità. (7).

Flessibilità, cambiamento, partecipazione: la lunga durata della malattia, il mutare dei bisogni della persona e dei caregiver, impongono all'ambiente di avere una flessibilità sufficiente ad accogliere e soddisfare questi mutamenti. Avendo sempre presente come obiettivo centrale della cura il potenziamento delle abilità residue, il compenso di quelle perdute e la realizzazione di situazioni di comfort, anche nelle fasi avanzate l'enfasi dovrà essere posta su quelle soluzioni che promuovono la capacità di movimento della persona.
L'utilizzo di piccoli ambienti o la partizione in zone più circoscritte di ambienti divenuti troppo ampi in rapporto alle alterate capacità percettive ed esecutive del malato in fase avanzata, rappresentano altre soluzioni efficaci. La partizione ambientale può essere realizzata con piante atossiche, mobili bassi, comodi sofà; anche una semplice poltrona può racchiudere il perimetro di vita di un malato in fase di malattia molto severa.
Sinteticamente, le modifiche dell'ambiente in senso protesico tendono dunque ai seguenti obiettivi:

- ottimizzare l'autonomia residua e promuovere il benessere della persona con demenza;
- promuovere il rispetto e la salvaguardia della dignità del malato;
- compensare i deficit causati dalla malattia;
- ridurre i disturbi del comportamento e, parallelamente, l'uso della contenzione fisica e farmacologica;
- ridurre il carico assistenziale oggettivo e migliorarne la percezione soggettiva nei carers (7).

Le diverse opzioni sopra riportate, va sottolineato, comportano anche, quale valore aggiunto, una ricaduta positiva sul carico assistenziale (8).

Le persone che si occupano degli anziani, qualsiasi sia il loro ruolo, oltre a dover essere adeguatamente formate e motivate, devono operare secondo un principio di condivisione del PAI per realizzare concretamente i singolo obiettivi. La reale condivisione del progetto di cura favorisce la sua concreta realizzazione in favore del singolo soggetto, nonché di rivederlo e riadattarlo al mutare dei bisogni della persona o delle situazioni di contesto.
L'analisi dei bisogni condotta all'interno del già citato "triangolo sociale di cura", persona con demenza – caregiver informali – caregiver formali, consente inoltre di enucleare e di affrontare i numerosi dilemmi etici che si evidenziano nel corso della malattia, nel rispetto dei principi di autonomia-autodeterminazione, beneficenza e giustizia sociale.
La capacità di ogni caregiver di utilizzare un approccio interpretativo alla malattia con il suo insieme di sintomi cognitivi e non cognitivi, è la garanzia di un'adeguata interpretazione dei disturbi del comportamento e di un minor ricorso a forme di contenzione fisiche e/o farmacologiche.
Cruciale è l'alleanza terapeutica tra famiglia e operatori, anche quando la persona con demenza venga ricoverato in ambito istituzionale; una effettiva partecipazione della famiglia garantisce infatti una maggior comprensione dei problemi del paziente, una migliore conoscenza degli attuali limiti delle cure ed un affidamento consapevole del malato agli operatori, con una delineata definizione degli ambiti di responsabilità, sia per gli operatori che per i famigliari, comprensiva anche delle necessarie zone di sovrapposizione tra questi (5).

I programmi

Per quanto riguarda i programmi e le attività nel modello Gentle Care, il riferimento è alla "normalità", alla "quotidianità". Non si tratta dunque di attività di tipo ricreativo, concepite in modo standard e proposte in modo indifferenziato a soggetti diversi, bensì di tutte quelle attività che per ciascuno fanno parte "della giornata". In altre parole nel Gentle Care l'intento principale è quello di ricostruire per ogni individuo una routine giornaliera personalizzata che faccia riferimento agli elementi biografici e di contesto noti per quella persona, ovvero attitudini, propensioni, competenza specifica, che enfatizzi i livelli funzionali esistenti, ottimizzi i punti di forza della persona e che sia sicura.
Nel Gentle Care i programmi sono pertanto costruiti in modo tale da:

- essere il più aderenti possibile allo stile di vita del malato;
- prevedere attività corrispondenti alle reali competenze adeguatamente rivalutate nelle diverse fasi della malattia (ad es. sviluppare programmi riabilitativi ed esercizi personalizzati che comportino l'insegnamento di tecniche sicure per gli spostamenti, esercizi inseriti nel programma quotidiano di assistenza, attività notturne per coloro che i "wandering" insonni)
- rispondere ai bisogni psicologici che ogni individuo aspira a vedere soddisfatti.

Tra gli elementi teorici di riferimento vi è la soddisfazione dei bisogni psicologici, in ordine gerarchico (cosiddetta "piramide di Maslow": *UOC Accreditamento e Controlli Strutture Socio Sanitarie* 24):

- bisogno di sicurezza e di integrità biologica
- bisogno di appartenenza (appartenenza ad un nucleo familiare – ad un gruppo – confidenza – familiarità);
- stima di sé (controllo – senso di utilità – di successo) e autorealizzazione (espressione di sé – stimoli nuovi – opportunità di apprendimento).

Il bisogno più semplice deve essere soddisfatto prima che si possa passare alla soddisfazione di quello più complesso. Nella scelta delle attività e dei programmi occorre poter stabilire una gerarchia di bisogni aderente alla fase della malattia e organizzare una risposta gerarchicamente corrispondente attraverso delle proposte che sfruttino sia le abilità residue, che gli elementi di sostegno.
Esempi di corrispondenza tra bisogni ed attività sono:

- bisogno di sicurezza e integrità biologica: in generale controllo del dolore, posizioni confortevoli, massaggio, riposi adeguati, conservazione dell'energia, routine familiari,

coinvolgimento nelle attività strumentali e di base del quotidiano; in particolare per la posizione seduta, supporti individualizzati quali sedie con seduta profonda, grandi cuscini sul pavimento, schienali alti; per il letto, morbidi tappeti o materassi vicino al letto per attutire la caduta o altezza del letto personalizzato oppure in casi estremi materasso posto sul pavimento; supporti accanto al letto per facilitare gli spostamenti);

- senso di appartenenza: oggetti personali significativi da guardare e conservare, animali, piante, possibilità di ascoltare, di toccare, ambienti da allestire;
- stima di sé: reminiscenze e ricordi, controllo del denaro, possibilità di aiutare gli altri;
- realizzazione di sé: insegnare, imparare, ricordare, attività creative, lavoro.

La costruzione di una routine giornaliera pensata per ogni singolo individuo deve comunque sempre essere ispirata da ulteriori considerazioni:

- i programmi devono essere funzionali alla persona e non all'organizzazione, quindi occorre spesso rivedere i ritmi del reparto, rompere schemi rigidi di comportamento dello staff, coinvolgere i servizi esterni il cui funzionamento deve armonizzarsi con le esigenze dei malati;
- lo staff, la famiglia e i volontari hanno responsabilità precise nello sviluppo dei programmi;
- l'ambiente deve essere adattato per lo svolgimento delle attività considerate e pertanto deve essere reperito un budget ad hoc (5).
-

Conclusioni

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un **cambiamento culturale**, basato più sul metodo di cura che nella speranza di nuove tecnologie. E' una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori, nel pieno delle loro capacità e competenze (8).

La riduzione del numero degli anziani sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli anziani, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure (2).

Aspetti deontologici e medico-legali

Premesse

Un'analisi concreta sui principi di legittimità nell'utilizzo di misure di costrizione meccanica nei confronti di soggetti degenti all'interno di presidi ospedalieri e di strutture socio-sanitarie (considerata nel tema più ampio della contenzione, particolarmente studiato in ambito psichiatrico), rimanda inevitabilmente a complesse e diversificate problematiche, di natura giuridica, deontologica e medico-legale, da tempo oggetto, a livello nazionale ed internazionale, di posizioni valutative tra loro scarsamente univoche, peraltro difficilmente applicabili, in automatico, a realtà operative tra loro francamente disomogenee.

In effetti, se i temi di applicabilità della contenzione meccanica nell'ambito della patologia psichiatrica sono stati da anni, nei loro aspetti sanitari e legali, ampiamente affrontati ed analizzati dalla letteratura specialistica e da una copiosa dottrina giuridica e giurisprudenziale (oltre che essere materia di indicazioni ministeriali e motivo di direttive, anche recenti, da parte di alcune regioni, compresa l'Emilia Romagna), tale interesse non ha invece altrettanto riguardato altre tipologie di "setting" assistenziali, tra cui quelli a carattere geriatrico, dove la costrizione fisica della persona, secondo varie modalità, risulta essere pratica diffusa e di frequente attuazione, ma scarsamente o per nulla codificata.

Di fatto le due realtà operative, pur con aspetti comuni, divergono sensibilmente: anche volendo ritenere comprensibile, infatti, nel contesto geriatrico, l'applicazione di principi e modalità contenitive analoghe a quelle abitualmente utilizzabili in psichiatria (si pensi a soggetti anziani, degenti presso strutture dedicate, in situazioni improvvise di "rischio" legate a manifestazioni acute di malattia mentale o psichica), tale discorso diventerebbe tuttavia improponibile a fronte di condizioni croniche e stabilizzate, per le quali un comportamento inappropriato e non collaborativo del soggetto, ad esempio in un quadro di demenza, dovesse rappresentare uno stato del tutto abituale e non un'eccezione.

Non possono certamente ritenersi equiparabili, sul piano professionale-deontologico, nonché giuridico, scelte talora necessarie di temporanea e breve restrizione fisica nei confronti di un assistito non collaborante né in grado di comprendere le necessità di trattamento, divenuto acutamente violento ed aggressivo (così da porre seriamente in pericolo la propria incolumità e quella di terzi), rispetto ad un contenimento fisico, variamente modulato per modalità e tempi, di pazienti geriatrici notoriamente e stabilmente agitati ed oppositivi.

Tale ultima ipotesi pretenderebbe in realtà, da parte dell'istituzione, risposte clinico-assistenziali ed una programmazione organizzativa e strutturale non improvvisate od occasionali, ma di tipo preordinato ed articolato, con finalità preventive atte a rendere il soggetto anziano, nei limiti del possibile – anche nei casi di sua incapacità parziale o totale - sufficientemente inserito, nonché in reale rapporto con lo specifico contesto abitativo residenziale.

Alcune definizioni

Nel "Nursing Home Reform Act" (OBRA, Omnibus Reconcilation, 1978) la contenzione è complessivamente definita come "*metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo della persona o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti, ovvero la normale accessibilità al proprio corpo*".
Possono e devono tuttavia distinguersi, con diversi caratteri di gradualità e costrizione:
- una "contenzione manuale", per intervento diretto da parte del personale sanitario, allo scopo di "bloccare" manualmente la persona e vincerne le resistenze;
- una "contenzione meccanica", attuabile mediante presidi atti a ridurre o controllare i movimenti della persona: mezzi applicati al letto dell'ospite (fasce, cinture, polsini) od alla carrozzina (corpetto, cuneo), mezzi di contenzione per segmenti corporei (cinghie per caviglie e polsi), presidi inseriti come barriere nell'ambiente (spondine di protezione al letto), presidi posizionali con posture obbligate (cuscini anatomici, cinture pelviche, divaricatori inguinali, tavolini, carrozzine basculanti, poltrone basse...);
- una contenzione chimica, ottenuta con farmaci tranquillanti o sedativi;
- una contenzione ambientale (chiusura a chiave delle porte del reparto o della stanza, presenza di barriere limitative nell'accesso a determinati percorsi...)
- una contenzione relazionale, grazie ad interventi e tecniche di comunicazione, volte a ridurre progressivamente e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività, soddisfacendo il bisogno di sicurezza della persona.

Riferimenti normativi e deontologici

L'unico specifico richiamo legislativo, in tema di contenzione meccanica, rimanda al "Regolamento", datato 1909 (da considerarsi ormai abrogato), concernente l'esecuzione della Legge n. 36 del 14/02/1904 ('Disposizione sui manicomi e sugli alienati'), in particolare nei suoi articoli n. 34 (gli infermieri "*non possono ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali col permesso scritto del medico*") e n. 60 ("*Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermieri e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico*

dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la materia e la durata del mezzo di contenzione... L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private...').

Alla suddetta regolamentazione si è peraltro ispirato l'ordinamento penitenziario, emanato nel 1975, il cui art. 41 precisa: "*Non è consentito l'impiego della forza fisica nei confronti dei detenuti e degli internati, se non sia indispensabile per prevenire o impedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione di ordini impartiti. Il personale che per qualsiasi motivo abbia fatto uso della forza fisica nei confronti dei detenuti o degli internati, deve immediatamente riferirne al direttore del'istituto... Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso ai fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario...*"

Dovendo esaminare le problematiche correlate ai contesti di degenza sanitaria, considerate le indubbie e sostanziali differenze rispetto ai riferimenti sopra riportati, è importante rilevare come il tema della legittimità per l'applicazione di una costrizione fisica od una contenzione meccanica da parte degli operatori sanitari, sia attualmente condizionato dal dovere di tutela della salute dei pazienti, principio che la giurisprudenza, ormai da qualche anno, ha posto a carico degli operatori stessi, identificandolo nel concetto di "*posizione di garanzia*".

Sulla base di tale principio l'operatore avrebbe, tra i suoi compiti, pur con interpretazione un po' estensiva, anche quelli di protezione e controllo da gesti auto od etero-aggressivi posti in essere dal persona, così da prevenirne l'attuazione o comunque di ridurne i conseguenti effetti negativi. Il problema resta tuttavia quello di definire, ove possibile, quali metodiche e strumenti possano venire legittimamente utilizzati per raggiungere tale scopo.

La questione della liceità alla contenzione fisica rinvia, in particolare, alla problematicità riguardante condizioni e limiti entro cui un privato cittadino (anche se nel ruolo di operatore sanitario) possa essere autorizzato all'impiego di una dinamica coercitiva nei confronti di un'altra persona, ponendosi il tema, non certo indifferente (specie per ipotesi di immobilizzazione al letto) del richiamo all'art. 13 della Costituzione, che sancisce la libertà personale quale diritto inviolabile di ogni individuo.

Se l'interrogativo è quindi quello di capire quanto e come la "*posizione di garanzia*" renda ammissibile un intervento fisico per assicurare ed assolvere, da parte del personale sanitario, ad un dovere di cura e controllo, è ragionevole ritenere (così si esprime la prevalenza della dottrina e la letteratura in materia) che la giustificazione riguardi esclusivamente l'uso di strumenti e mezzi previsti da apposite norme o comunque implicitamente adatti a quella attività.

Ne deriva, in assenza di una normativa di riferimento, dovendosi necessariamente escludere che "legare" una persona rappresenti razionale strumento di adempimento nella cura ed assistenza, come la contenzione meccanica, rigidamente intesa, non possa che trovare eventuale ed ultima motivazione - lo si ribadisce - soltanto a fronte di uno "stato di necessità", date per esaurite e rivelatesi inefficaci tutte le rimanenti misure alternative di risoluzione od attenuazione del problema, obbligatoriamente tentate in precedenza, nonché dettagliatamente documentate.

Tale ottica, del tutto razionalmente, è peraltro pienamente allineata con i precetti indicati dai codici deontologici riferiti ai professionisti sanitari maggiormente coinvolti in tali aspetti.
Basti pensare ai contenuti dell'art. 30 del vigente Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), che recita testualmente: "*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali*"); od ancora a quanto riportato dall'art. 28 del Codice Deontologico dell' Associazione Italiana dei Fisioterapisti (AIFI), del 2011: "*La contenzione è una pratica clinica eccezionale che deve salvaguardare il rispetto della dignità e della libertà della persona. Nel caso di persone incapaci, ancorché non sottoposte a misure di sostegno giuridico, la contenzione deve*

proporsi l'obiettivo di tutelare la salute della persona e non può essere mezzo vicariante le carenze assistenziali dell'organizzazione".

Anche il codice deontologico del medico, del resto, nella sua ultima recentissima versione (maggio 2014), introduce - per la prima volta, rispetto alle precedenti stesure - un preciso riferimento ai "*trattamenti coattivi fisici*", descrivendoli nell'ultimo comma dell'art. 32 (Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili): "*... Il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici ed ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona*".

Sempre in tema di regole di corretta condotta professionale, il Comitato Nazionale di Bioetica, già nel 2006, nel suo documento "Bioetica e diritti degli anziani", sottolineava: "*Il CNB si è soffermato a considerare anche le questioni bioetiche che ineriscono al rispetto dell'integrità corporea e morale dell'anziano, focalizzando la propria attenzione su maltrattamento, abuso e abbandono, sino alla vera e propria violenza. A tal riguardo, occorre sottolineare come la maleficienza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo. Tale contenzione è assolutamente riprovevole allorché venga applicata senza un più che giustificato motivo e soltanto ai fini della tutela dell'incolumità della persona. Identico giudizio negativo vale per un ingiustificato isolamento...*".

Le finalità

Le ragioni solitamente chiamate in causa per l'applicazione dei presidi e delle metodiche di contenimento rispondono solitamente a diversificate prospettive curativo-assistenziali: prevenzione o limitazione del rischio di condotte auto od eterolesive della persona (per episodi abituali o saltuari di aggressività), protezione di programmi terapeutici (somministrazione di farmaci, specie mediante fleboclisi), tutela dei traumatismi da caduta, riduzione dei rischi di allontanamento inconsapevole dal reparto o dalle stanze di degenza (vagabondaggio), necessità di alimentazione (in malati che rifiutano attivamente il cibo).

Risultano peraltro evidenti le disparità tra una contenzione relazionale od ambientale, scarsamente o per nulla invasiva della persona del malato, rispetto ad un'ipotesi di contenimento puramente meccanico; ed anche in tale secondo ambito non appaiono tra loro equiparabili, in termini costrittivi, l'utilizzo di presidi per il mantenimento di determinate posture o posizioni (come il "divaricatore inguinale" od il "tavolino servitore" per carrozzine), in confronto ad una immobilizzazione totale, o di singoli segmenti corporei, mediante fasce o cinture al letto del paziente.

In effetti, se gli strumenti di correzione posizionale, correttamente applicati, possono ritenersi adeguato mezzo di tutela assistenziale, la scelta estrema di contenzione meccanica al letto, specie in forma impeditiva di tutti i movimenti, andrebbe giustificata soltanto quando costituisse una risposta direttamente proporzionata ad una concreta ed attuale situazione di pericolo e di danno da scongiurare, a sua volta direttamente connessa all'atteggiamento incongruo della persona, come manifestazione della malattia, in quel momento non altrimenti gestibile. Di fatto dovrebbe costituire il punto di arrivo di un percorso clinico-assistenziale impostato con logica di gradualità, cioè caratterizzato da una serie di provvedimenti preliminari di minima invasività, secondo un iter orientato al rispetto dell'autodeterminazione e condivisione partecipativa del soggetto, mediante tentativi operativi progressivamente coercitivi, messi in atto e documentati, senza peraltro avere ottenuto alcun risultato efficace.

In risposta ad una crisi incontenibile occorrerà sempre preferire, inizialmente, le misure di carattere ambientale (avvicinare o allontanare una persona che possa recare sollievo od irritazione, spostare l'intervento in uno spazio più idoneo e gradito...), quelle relazionali (colloquio prolungato, modifiche del tono della voce e delle argomentazioni proposte, alternanza degli operatori...) o farmacologiche (compresa la scelta di somministrazione da parte della persona). Nei casi non risolutivi potrà eventualmente ricorrersi alla coazione manuale e soltanto in ultimo all'impiego dei mezzi meccanici di costrizione, con significato di ultima scelta in assenza di altre soluzioni, cioè per vero e proprio "stato di necessità".

Qualsiasi forma di contenzione meccanica eccedente allo scopo di tutelare la salute della persona dovrà pertanto essere valutata quale scelta del tutto arbitraria, sia sul piano deontologico che giuridico (potendo configurare specifici delitti di rilievo penale ed illeciti di natura civilistica e disciplinare), tanto più se posta in essere nell'intento di ottenere maggiore tranquillità e gestibilità dell'ambiente, oppure allo scopo di preservare il personale di cura ed assistenza da più gravosi impegni nell'accudimento di pazienti particolarmente "impegnativi" o "disturbanti".

In altre parole, ammesso che la contenzione meccanica in ambito sanitario non sia da considerare, di per sé, situazione giuridicamente e deontologicamente inaccettabile od illegittima (e quindi da escludersi a priori), va da subito chiarito come la stessa, proprio perché non specificamente rappresentativa di un atto terapeutico, possa rappresentare uno strumento lecito solo se basata su un corretto bilanciamento valutativo tra necessità cliniche e concreti benefici in favore del paziente, in un ponderato equilibrio tra limitazione della libertà personale e finalità terapeutiche.
Nella pratica la si può esclusivamente ritenere applicabile:
- nell'ipotesi di condizioni estreme ed eccezionali, comunque non affrontabili o gestibili con diverse opzioni o alternative;
- con modalità di attuazione che non prevarichino il diritto alla dignità della persona;
- tramite procedure standardizzate, codificate e rigorosamente documentate;
- con tempi applicativi più brevi possibili rispetto alle esigenze di ogni singolo caso;
- tenendo complessivamente presente che la scelta coercitiva sia costantemente ed unicamente basata su una preventiva, completa ed adeguata disamina tra una scelta di restrizione della libertà individuale ed una esigenza reale ed attuale di prevenzione di un danno alla salute per quel soggetto.

Risvolti giuridici penalistici

La contenzione meccanica può concretizzare gli estremi di reato sia in caso di un suo utilizzo incongruo (abuso), sia in ipotesi di una sua mancata applicazione (omissione).

La prima condizione, quella cioè di un abuso nel suo utilizzo, potrebbe sostanziarsi una volta venga a mancare, quale atto giustificativo, la finalità di tutela della salute, cioè quando la coercizione sia effettuata per motivi di disciplina, di ritorsione o di punizione nei confronti della persona, o per semplice "comodità" da parte del personale addetto alla assistenza, sia nell'ottica di un minore impegno lavorativo, sia come implicito atteggiamento di rinuncia terapeutica a scapito di altri possibili ed alternativi provvedimenti.

Tali ipotesi di responsabilità potrebbero concretizzare specifiche figure di reato, anche in concorso tra loro, quali:
- l' "*Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*" (art. 571 codice penale),
- i "*Maltrattamenti*" (art 572 c.p.),
- il "*Sequestro di persona*" (art 605 c.p.),
- la "*Violenza privata*" (art. 610 c.p) e, come conseguenze di questi, in caso di danni psico-fisici alla persona,
- i reati di "*Lesioni personali colpose*" (art. 589 c.p.) o di "*Omicidio colposo*" (art 590 c.p.).

Conseguenze dannose per la persona potrebbero d'altra parte insorgere anche per una carente procedura contenitiva, allorché la stessa sia stata chiaramente indicata e programmata come esigenza assistenziale-protettiva del soggetto. Si può pensare, a titolo di esempio, al rischio di traumatismi da cadute in soggetti in stato di agitazione od affetti da gravi deficit cognitivi e/o marcata incoordinazione motoria, al pericolo di lesioni per pazienti con manifestazioni auto od eteroaggressive, all'impossibilità di esecuzione di terapie e di esami diagnostici per parziale o nulla collaborazione del malato. Tali mancati provvedimenti, oltre a risultare in contrasto con previsti obblighi di legge (*"Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere"* - ex art. 51 c.p.), potrebbero comportare, nei casi di ingiustificata messa in atto della misura coattiva, altre evenienze di reato (*"Abbandono di persona minore o incapace"* - art. 591 c.p.), eventualmente in alternanza od in aggiunta, a fronte di danni fisici riportati dalla persona, ad ulteriori ipotesi delittuose già in precedenza segnalate (*lesioni personali colpose, omicidio colposo*).

Procedure attuative

Idonee indicazioni operative circa la pratica applicabilità di procedure coercitive all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali geriatriche dovrebbero porre in primo piano, prima ancora di precisazioni sulle concrete modalità esecutive, l'esigenza di un improrogabile cambiamento nella mentalità degli operatori sanitari coinvolti e di una proporzionata e complessiva capacità organizzativa, da gestirsi in termini di effettiva consapevolezza del problema, esatta conoscenza e monitoraggio del fenomeno, nonché contestuale messa in campo, da parte della struttura, di adeguate misure di prevenzione e di corretta applicazione.

Tali eventuali modalità applicative, va sottolineato, non possono ormai prescindere dalla rigorosa osservanza di specifiche direttive di tipo esecutivo, ordinate per schemi preordinati di lavoro in equipe, tanto più necessari al crescere del grado di invasività della tipologia di contenzione meccanica posta in essere, secondo il seguente iter procedurale:

1) La disposizione di un intervento di contenzione meccanica è sempre preceduta da un'attenta valutazione da parte dell'equipe curativa-assistenziale che deve effettuare un complessivo bilanciamento dei benefici e degli svantaggi, teorici ed oggettivi, correlati al ricorso al trattamento ovvero alla sua mancata applicazione, secondo valutazioni, il più possibile obiettive, inerenti gli effettivi rischi per ciascun soggetto, le reali alternative terapeutiche e la tipologia contenitiva, la cui scelta deve adeguarsi alla miglior esperienza nel settore, nonché risultare associata, in proporzione alle necessità del caso, ai minori effetti restrittivi.

2) La valutazione di soluzioni alternative, ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni, dovranno essere accuratamente esplicitate nella documentazione sanitaria e/o nel registro delle contenzioni.

3) L'attuazione di un intervento di contenzione deve essere preceduto da apposita prescrizione da parte di un medico e dovrà trovare riscontro scritto nella "cartella" personale dell'anziano (ovvero in apposito registro), nonché risultare sufficientemente dettagliata in merito alle circostanze ed alle motivazioni che ne abbiano determinato la scelta, prevedendo (di minima e necessariamente) specifiche precisazioni circa:
a) la motivazione, ovvero il problema che determina la necessità dell'intervento (devono essere chiaramente e dettagliatamente esplicitate le ragioni della decisione e l'occorrenza delle circostanze che rendono l'atto indispensabile);
b) la tipologia della contenzione (devono essere precisati i mezzi di contenzione da voler utilizzare);
c) la durata della contenzione, cioè l'indicazione del tempo di applicazione del mezzo di contenzione (la prescrizione deve prevedere l'orario di inizio e di termine del provvedimento

coercitivo, nonché di una sua eventuale rivalutazione, a fronte di particolari esigenze giustificative per un suo prolungamento);
d) le istruzioni operative al personale addetto, circa le corrette modalità di esecuzione, da diversificarsi in rapporto alle specifiche esigenze della persona;
e) le disposizioni riguardanti le verifiche ed i controlli dell'anziano, da parte dello stesso personale di assistenza e cura, allo scopo di vigilare frequentemente le condizioni dell'anziano, di assicurare la prevenzione di potenziali complicanze a danno del soggetto, o di decidere una sua immediata sospensione, qualora ne ricorrano i motivi.

4) Durante il periodo di contenzione il soggetto va monitorato con frequenza minima di 30 minuti dal personale assistenziale ed almeno ogni 12 ore dal personale medico (e comunque ogni volta il personale infermieristico lo ritenesse necessario). Il monitoraggio deve comprendere la valutazione delle condizioni cliniche generali (stato di vigilanza, polso/pressione arteriosa, respirazione, mobilità, sensibilità e termotatto delle estremità eventualmente contenute, bisogni della persona, sintomi lamentati, eventuali lesività correlate all'uso dei mezzi di contenzione, loro corretto posizionamento...). Tali riscontri sono da annotarsi, ogni volta, nella documentazione clinica disponibile o in apposito registro delle contenzioni.

5) La contenzione dovrà essere immediatamente rimossa nei casi in cui siano cessate le cause che la avevano inizialmente giustificata.

Il consenso

Va perseguita, in ogni caso e nei limiti del possibile, la ricerca della massima adesione da parte della persona circa la proposta all'utilizzo della contenzione, tanto più quando l'uso della stessa sia pratica di frequente applicazione mediante misure di tipo ambientale o mezzi meccanici a scopo posizionale o precauzionale (divaricatori inguinali o tavolini per carrozzine, sponde per il letto...). Finalità fondamentale, nei casi suddetti, è quella di favorire la ricerca di *compliance* del paziente ed evitare, al medesimo tempo, che gli stessi presidi vengano percepiti come semplicemente imposti o comunque forzati.

Riguardo all'indispensabile momento informativo ed alle effettive capacità di comprensione e consapevolezza del paziente assistito, possono fornirsi alcune indicazioni di massima:

- se la persona da sottoporre al provvedimento contenitivo possiede valide o sufficienti capacità cognitive, è necessario fornire alla stessa, prima di poter avviare il trattamento, le principali informazione riguardanti finalità, modalità, rischi-benefici ed eventuali alternative di cura, così da poter rispettare le sue volontà di consenso o di dissenso nei confronti del trattamento stesso; di tale espressione di volontà sarà opportuna una documentazione scritta (annotata in cartella o con modulo appositamente elaborato e personalizzato, sottoscritto dal soggetto e dal medico);
- a fronte di residuali capacità cognitive l'informazione va comunque sempre fornita o tentata, secondo modi e termini adeguati alle capacità stesse, allo scopo di provare ad ottenere il consenso e la collaborazione alla misura terapeutica proposta;
- qualora si tratti di ospiti totalmente incapaci, per patologie psichiche o mentali tali da determinare la perdita di ogni facoltà di critica e giudizio, possono sostanzialmente configurarsi due ulteriori ipotesi:
  - nella prima, probabilmente la meno frequente, il soggetto è già stato sottoposto ad un provvedimento giuridico, con nomina di un suo rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore legale). In tal caso il ricorso alla contenzione può avvenire solo mediante una preventiva e completa informazione fornita dal medico e/o dall'infermiere al rappresentante legale della persona, chiamato a sua volta ad esprimersi mediante la sottoscrizione di un consenso (o di un dissenso) informato;
  - nei casi, più frequenti, di mancanza di una figura giuridica in rappresentanza del persona, va di regola offerta, ai congiunti (sebbene ciò non sia rilevante sul piano giuridico), una corretta informazione, allo scopo di iniziare o mantenere un utile dialogo tra equipe socio-sanitaria e familiari, anche al fine di una loro adeguata

consapevolezza circa le esigenze di trattamento del caso, nonché di possibili ed auspicabili collaborazioni assistenziali.

- Eventuali situazioni di urgenza od emergenza, per le quali la contenzione rappresenti in quel momento unico ed inevitabile strumento per la salvaguardia dell'incolumità della persona, autorizzano a scelte immediate, da parte del medico o dell'infermiere, anche in assenza di un esplicito consenso del soggetto, in considerazione di un effettivo "stato di necessità", secondo modalità e condizioni operative che dovranno poi essere comunque tempestivamente documentate.

Si propongono infine, in riferimento a possibili momenti di conflitto tra le esigenze medico-assistenziali ed i "desiderata" dei familiari della persona (se totalmente incapace), ultimi suggerimenti operativi.

I congiunti dell'anziano (coniuge, figli, ecc.) non possono vantare, sul piano giuridico, alcuna potestà decisionale sulla scelta contenitiva, unicamente applicabile sulla base di una discrezionalità valutativa e di un giudizio tecnico, formulati da parte del professionista sanitario (equipe assistenziale).

Una qualsiasi decisione di tipo coercitivo posta in essere non per motivate e documentate ragioni curativo-assistenziali, ma semplicemente dietro richiesta o insistenza dei familiari, quale risposta alle istanze degli stessi allo scopo di una presunta maggiore sicurezza dell'anziano, rappresenta atto illegittimo di cui potrebbero essere chiamati a rispondere, in termini di illecito penale e/o civile, gli operatori medesimi.

Nell'ipotesi opposta, ovvero nel caso in cui fossero espresse, da parte del legale rappresentate o dai congiunti, un esplicito rifiuto scritto od una dichiarata opposizione alla proposta di contenzione, se la sua mancata applicazione (al di fuori delle situazioni di emergenza-urgenza) potesse rappresentare un maggior rischio o pericolo per la salute del soggetto, parrebbe consigliabile una notifica precauzionale all'Autorità giudiziaria. Nella stessa segnalazione dovranno in particolare evidenziarsi le effettive motivazioni della prescrizione medica, le specifiche esigenze di contenimento del soggetto (comunque mirate ad una sua tutela di salute), nonché il contrasto con la volontà del rappresentante legale della persona assistita od il parere dei familiari.

Proposta operativa

Obiettivi

1. Aumentare la ricerca, l'individuazione e l'utilizzo di strategie alternative, sia a livello ambientale che in ambito assistenziale;
2. Garantire l'appropriatezza nel ricorso alla contenzione fisica con la finalità di ridurre:
   - il numero di anziani sottoposti a tali misure
   - durata della contenzione (ore / die)

3. Declinare l'applicazione dell'intervento, quando inevitabile, collocandolo all'interno del progetto assistenziale individuale (PAI) attraverso:
   - il coinvolgimento delle diverse figure professionali preposte all'assistenza del soggetto,
   - l'utilizzo di strumenti di valutazione omogenei,
   - il monitoraggio e la verifica costanti,
   - la definizione di indicatori di risultato,
   - l'adozione di modulistiche condivise.

Mezzi di contenzione

Per contenzione fisica si intende un intervento nel "processo di cura" che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati direttamente alla persona (bracciali, cinture, fasce, corpetti, sponde di protezione del letto, ecc.), oppure inseriti nell'ambiente circostante ad essa, con lo scopo di ridurre/controllare i movimenti del soggetto al fine di tutelare la sua salute o di prevenire comportamenti aggressivi verso sé stessi e verso gli altri.

E' opportuno distinguere, tra i mezzi di contenzione, quelli maggiormente restrittivi della possibilità di movimento applicati direttamente al corpo del soggetto (fasce, polsini, corpetti, bracciali, ecc.) a quelli che permettono la mobilità degli arti e del corpo e che sono inseriti nell'ambiente circostante (es. sponde di protezione del letto ...).

Non vengono generalmente considerati mezzi di contenzione:

- Gessi ortopedici
- Bracciali per infusione venosa
- Protezioni di segmenti corporei con chiusura in velcro
- Dispositivi d'allarme al letto e alle porte
- Speciali serrature a scatto delle porte o finestre
- Sponde che proteggano metà o tre quarti del letto (in caso di soggetti in grado di comprendere il significato della "via d'uscita")
- Supporti ortesico riabilitativi

Sono definiti **supporti ortesico riabilitativi** tutti i dispositivi atti a controllare e correggere deficit tonico posturali
La prescrizione dei **supporti ortesico riabilitativi** per pazienti con deficit posturali, è effettuata dal Medico Specialista (Fisiatra, Geriatra), a seguito di puntuale diagnosi (si pensi alla necessità di posturare correttamente un paziente mediate un cuneo sulla carrozzina) .
In tutti i rimanenti casi dove tali presidi siano invece utilizzati con **finalità non riabilitativa**, deve essere adottato il percorso metodologico previsto dalle presenti raccomandazioni.

Tra i più frequenti mezzi di contenzione rientrano:

- Corpetti con bretelle e cinture
- Bracciali per polsi e caviglie
- Cinghie per carrozzina o sedia
- Cintola pelvica
- Carrozzina con tavolino fisso
- Vesti per tutto il corpo
- Sponde per il letto
- Cinture di sicurezza per il letto

Principali motivazioni alla contenzione

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, si ritiene che la contenzione trovi **motivazione prevalente nella**:

* prevenzione delle cadute
* controllo di uno stato di agitazione ed aggressività (in una più ridotta percentuale)

Si sottolinea invece che l'uso dei mezzi contenitivi è associato non solo ad un aumentato rischio di caduta, per le note conseguenze che l'immobilizzazione ha sull'apparato muscolo scheletrico, ma anche ad un peggioramento dello stato cognitivo e comportamentale, per incremento proprio dell'agitazione e dell'aggressività indotto dall'uso stesso della contenzione. le conseguenze fisiche determinate dalle cadute in corso di contenzione possono inoltre avere effetti traumatici maggiormente invalidanti, a causa della difficoltà del soggetto contenuto di porre in atto azioni di difesa.

Con particolare riferimento al rischio di caduta, vanno preliminarmente e periodicamente valutati e corretti i fattori individuali ed ambientali, al fine di adottare le misure appropriate al caso.

Tra i **fattori clinici individuali** vanno considerati:

- Insorgenza di malattie infettive (es. broncopolmoniti, infezioni vie urinarie);
- Insorgenza di alterazioni idro-elettrolitiche con segni clinici di modificazione della volemia (es. diarrea, vomito, mucose secche, oliguria, ridotto turgore cutaneo, ecc);
- Disturbi endocrino-metabolici (es. ipoglicemia, ipertiroidismo, insufficienza surrenalica, encefalopatia epatica, uremia);
- Processi intracranici (es. edema cerebrale, ematoma subdurale);
- Patologie cardio-circolatorie e/o polmonari (es. ictus, TIA, ipotensione in particolare ipotensione ortostatica, aritmie, ipercapnia, ipossia);
- Patologie neurologiche (es. idrocefalo, meningite, epilessia, morbo di Parkinson e parkinsonismi, demenza);
- Alterazioni sensoriali (es. vista);
- Vertigini e disturbi dell'equilibrio di recente insorgenza;
- Variazioni della terapia farmacologica con somministrazione di farmaci che agiscono sul S.N.C. (es. sedativi, ipnoinducenti, narcotici, anticolinergici);
- Assunzione di alcool e sindrome da astinenza in storia di uso cronico;
- Variazione dello stato psico-sociale-affettivo (es. depressione, paura).

Tra i **fattori oggettivi o ambientali** :

- Cambio d'ambiente: il rischio di caduta aumenta in maniera significativa nei primi 15 giorni di ricovero in strutture residenziali od ospedaliere;
- Illuminazione ed insonorizzazione insufficiente;
- Presenza di barriere architettoniche;
- Inadeguatezza delle superfici di camminamento (pavimenti sdrucciolevoli e/o sconnessi e/o ingombri);
- Inadeguatezza dei presidi in uso;
- Inadeguatezza degli arredi in uso;
- Uso di calzature non idonee (es. ciabatte o scarpe con suole inadeguate);
- Assenza di spazi dedicati alla prevenzione e controllo dei disturbi comportamentali (aggressività ed agitazione);
- Carenza o inadeguatezza di momenti d'animazione, socializzazione od attività motoria.

Complicanze

Potenziali complicanze della contenzione fisica sono:

- **traumi meccanici**: lesioni dei tessuti molli (escoriazioni, ematomi, soluzioni di continuo cutanee...) per azione meccanica da parte dei mezzi di contenzione, fenomeni asfittici da dinamiche compressive del collo o del torace in caso di eventuali "ribaltamenti" del letto o della carrozzina, possibili fratture da caduta dal letto (specie in caso di scavalcamento delle spondine), rimozione accidentale di "device" (PEG, tracheostomie, PICC, CVC...) per azioni meccaniche di trazione da parte del mezzo di contenzione stesso;
- **malattie funzionali ed organiche:** riduzione della massa e del tono muscolare, sindromi ipocinetiche, rigidità articolari, lesioni da decubito, disidratazione, stipsi cronica, incontinenza, TVP, stasi polmonare con possibili TEP ed infezioni, sindromi asteniche da inappetenza e malnutrizione proteico-calorica, aggravamento di condizioni osteoporotiche precedenti...

- **sindromi della sfera psico-sociale:** ansia, stress, depressione, aumento dell'agitazione, comportamento aggressivo, perdita dell'autostima, aumento della sensazione di panico e di paura, comportamento regressivo;

L'insieme delle complicanze suddette, oltre a condizionare negativamente le capacità funzionali dei pazienti, può determinare un incremento della mortalità, statisticamente documentata.

Misure atte a evitare/ridurre il ricorso alla contenzione

La valutazione circa l'appropriato eventuale utilizzo dei mezzi di contenzione deve essere collegiale, coinvolgendo necessariamente l'anziano, la sua famiglia o il suo rappresentante legale, non potendosi prescindere da una preesistente complessiva informazione circa l'intera anamnesi sociale del paziente (elementi biografici, suoi interessi "esistenziali", attitudini, propensioni, competenze specifiche...).

La valutazione deve essere effettuata dall'equipe assistenziale operante presso le strutture. I professionisti formati che la compongono sono già impegnati, infatti, ad individuare, definire ed attuare il piano assistenziale individualizzato che deriva dalla valutazione multidisciplinare e dall'utilizzo di strumenti valutativi comuni.

I componenti di tale team valutativo di ' base '(equipe di nucleo) sono per definizione:
- il medico,
- l'infermiere,
- il responsabile delle attività assistenziali,
- il terapista della riabilitazione,
- gli operatori socio sanitari (OSS tutor).
- l'animatore.

Possono integrare tale gruppo i professionisti che operano nell' U.V.G., nel Centro Disturbi Cognitivi ed ogni altro specialista o esperto in grado di contribuire alla definizione ed alla personalizzazione del programma assistenziale e terapeutico.

La contenzione deve essere la risultante di un processo di cura in cui l'equipe assistenziale ha esperito ogni tentativo per evitarla, mediante:

- idoneo strumento di valutazione (PAI);
- attenta osservazione e continuo monitoraggio dello stato di salute;
- rilevazione puntuale dei bisogni individuali e dell'appropriatezza del piano di cura;
- verifica, individuazione, correzione e rimozione di tutte le cause d'impropria applicazione;
- possibilità di adattamenti ambientali (es.: letti bassi o regolabili in altezza, illuminazione adeguata, assenze di barriere architettoniche, pavimentazione idonea);
- creazione di attività "significative" per l'ospite ed occasioni di interazione sociale;
- diversa allocazione degli ospiti più agitati e degli ospiti ad alto rischio di caduta in modo tale da favorirne la sorveglianza;
- monitoraggio dei disturbi comportamentali ed individuazione dei fattori scatenanti;
- personalizzazione degli ausili;
- permanente sistema di valutazione e monitoraggio dei diversi interventi, orari e turnistica del personale;
- formazione permanente di tutti i professionisti rivolta a stimolare l'osservazione e ad incentivare la comunicazione.

.

Verifica di qualità dei risultati

Nella consapevolezza della necessità di un inevitabile cambiamento culturale nel saper correttamente affrontare il tema della contenzione, si rileva l'esigenza di un supporto tecnico, individuabile in una "procedura operativa" (che si allega alla presente in forma di "bozza"), che ogni struttura dovrà poi adottare, interpretandola secondo le proprie peculiarità.

Appare a tal fine indispensabile un prossimo monitoraggio dei risultati, secondo gli obiettivi individuati nelle proposte operative suddette.

Considerazioni conclusive

Queste raccomandazioni vogliono essere uno strumento a supporto del lavoro di cura di chi quotidianamente si occupa dell'assistenza a persone ospiti di CRA.
Il cambiamento culturale che questo documento richiede è sicuramente un processo difficile,lungo e faticoso ma inevitabile e richiederà sicuramente un processo di formazione da condividere.
L'obiettivo è quello di migliorare la QUALITA' di vita alle persone che si trovano in una fase delicata della propria esistenza.

Bibliografia

1) Cester A. la contenzione fisica in geriatria esiste ancora? L'Infermiere n.4/2009, 54-55).
2) Zanetti E., Castaldo A., Gobbi P.: Superare la contenzione: si può fare. I Quaderni dell'Infermiere. N. 25; luglio 2009.);
3) Criteri e indicazioni in applicazione del punto 2 della delibera di Giunta regionale 1378/99
4) all. DC, delibera GR 20/04/2009 n° 514.
5) Vitali S.: Il Modello Protesico. La metodologia Gentle Care - Gentle Care Model. Giornale di Gerontologia 2004;52:412-417.
6) A. Guaita, M. Jones, BBAJAMA, January 26, 2011—Vol 305, No. 4
7) Vitali S., Guaita A.: Aspetti di terapia e care del persona. Dementia Update – N. 7- maggio 2000
8) Zanetti E.: La contenzione fisica in geriatria: dalla denuncia alla proposta. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Journal Club 13 marzo 2009, Brescia.

REDAZIONE:	
VERIFICA	
APPROVAZIONE	
TRASMISSIONE	

STATO DELLE REVISIONI

Rev. 01	

ELENCO ALLEGATI

Allegato n.1 (test per VMD)	MMS.E. S.P.M.S.Q/Barthel/Braden/Tinetti/NPI/CIRS
Allegato n.2	Scheda di prescrizione contenzione
Allegato n.3	Scheda di Monitoraggio/mobilizzazione con elenco complicanze
Allegato n.4	Scheda rilevazione indicatori

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

SOMMARIO

1. OGGETTO
2. SCOPO/OBIETTIVO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RESPONSABILE DELLA PROCEDURA
5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI
6. DEFINIZIONI/ABBREVIAZIONI
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO
9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE
10. INDICATORI E VERIFICA
11. LISTA DI DISTRIBUZIONE
12. ALLEGATI

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

1. OGGETTO

Stesura procedura unica per la riduzione delle misure di restrizione fisica nelle Case Residenza per Anziani.

2. SCOPO/OBIETTIVO

- incrementare la ricerca, l'individuazione e l'utilizzo di strategie alternative alla contenzione;
- garantire l'appropriatezza nel ricorso alla contenzione fisica, con finalità di ridurne i casi ed i tempi di applicazione
- declinare l'applicazione dell'intervento, quando inevitabile, collocandolo all'interno del progetto assistenziale individuale (PAI) attraverso:
  - il coinvolgimento dell' equipe curativa-assistenziale,
  - l'utilizzo di corretti ed omogenei strumenti di valutazione,
  - il monitoraggio e la verifica costanti,
  - la definizione di indicatori di risultato,
  - l'adozione di modulistiche condivise

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Case Residenza per anziani della Provincia di Parma

4. RESPONSABILE DELLA PROCEDURA

Il Coordinatore di struttura.

5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Cester A. la contenzione fisica in geriatria esiste ancora? L'Infermiere n.4/2009, 54-55).
- Zanetti E., Castaldo A., Gobbi P.: Superare la contenzione: si può fare. I Quaderni dell'Infermiere. N. 25; luglio 2009.);
- Criteri e indicazioni in applicazione del punto 2 della delibera di Giunta regionale 1378/99 all. DC, delibera GR 20/04/2009 n° 514.
- Vitali S.: Il Modello Protesico. La metodologia Gentle Care - Gentle Care Model. Giornale di Gerontologia 2004;52:412-417.
- A. Guaita, M. Jones, BBAJAMA, January 26, 2011—Vol 305, No. 4
- Vitali S., Guaita A.: Aspetti di terapia e care del paziente. Dementia Update – N. 7- maggio 2000
- Zanetti E.: La contenzione fisica in geriatria: dalla denuncia alla proposta. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Journal Club 13 marzo 2009, Brescia.

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

- Linee guida per l'utilizzo delle misure contenitive di salvaguardia fisica nei presidi socio-sanitari residenziali (Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma. Luglio 2002)
- La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo (Centro Studi E.B.N. Azienda Ospedaliera-Universitaria Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi – Bologna, Maggio 2008)
- Procedure per l'uso dei mezzi di tutela psicofisica (Collegio IPASVI Parma, Maggio 2011)
- DGR 514/2009
- La persona affetta da demenza e il suo AMBIENTE DI VITA. Problemi di assistenza e di sicurezza. Dott. Franco Romagnoli- U.V.A. Tresigallo, in collaborazione con dott. Fernando Anzivino, dott. Antonio Gavazzano, dott. Piero Angelo Bonati, dott. Orazio Zanetti.
- Il ruolo dell'ambiente nella gestione quotidiana del malato di demenza grave. Antonio Guaita Fondazione Golgi Cenci Istituto Geriatrica C.Golgi Abbiategrasso.
- Ambiente protesico: Strumento di prevenzione della contenzione. Elena Bortolomiol Parma 2 ottobre 2009
- Riabilitazione Cognitiva Comportamentale in RSA, Nuclei Alzheimer, Centri Diurni. Consorzio San Raffaele 25 26 settenbre 2009 RSA S. Raffaele Ostini Contrada Trappeto del Monte – Ostini (BR).
- Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza. Regione Emilia Romagna. Ottobre 2000.
- Aspetti giuridici della professione infermieristica, elementi di legislazione sanitaria; Luca Benci, McGraw-Hill

6. DEFINIZIONI

V.M.D. : valutazione multidimensionale
PAI: piano assistenziale individuale
MdS : Medico di struttura
OSS: operatore socio sanitario
RAA: responsabile attività assistenziale
INF: infermiere
FT: fisioterapista
UVG: Unità di Valutazione Geriatrica
RAS: Responsabile delle Attività Sanitarie
CS: Coordinatore Di Struttura

Equipe: insieme di diversi professionisti (CS, MdS/MMG/Medico di Diagnosi e Cura/Geriatra di struttura, RAA, Fisioterapista, Infermiere, RAS, OSS, Animatore), impegnati nel progetto di cura/assistenza al paziente

Contenzione fisica: intervento, all'interno del "processo di cura", che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati direttamente alla persona oppure inseriti nell'ambiente circostante, al

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

fine di ridurre/controllare i movimenti del soggetto, tutelare la sua salute, o prevenire comportamenti aggressivi verso sé stessi o gli altri.

Mezzi di contenzione fisici e meccanici: dispositivi applicati al corpo o all'ambiente circostante la persona (corpetto, bracciali per polsi e caviglie, cintura addominale, cintura inguinale, tavolino, sponde per il letto, cintura a letto...)

Supporti ortesico-riabilitativi: dispositivi atti a controllare e correggere deficit tonico-posturali.

Ambiente protesico: modificazioni ambientali atte a migliorare le autonomie residue dei pazienti e compensare i deficit cognitivi ed i disturbi del comportamento, mediante la realizzazione di processi di sicurezza, facilità d'accesso e mobilità, funzione ed attività, privacy, comfort, socializzazione, flessibilità, cambiamento, partecipazione...

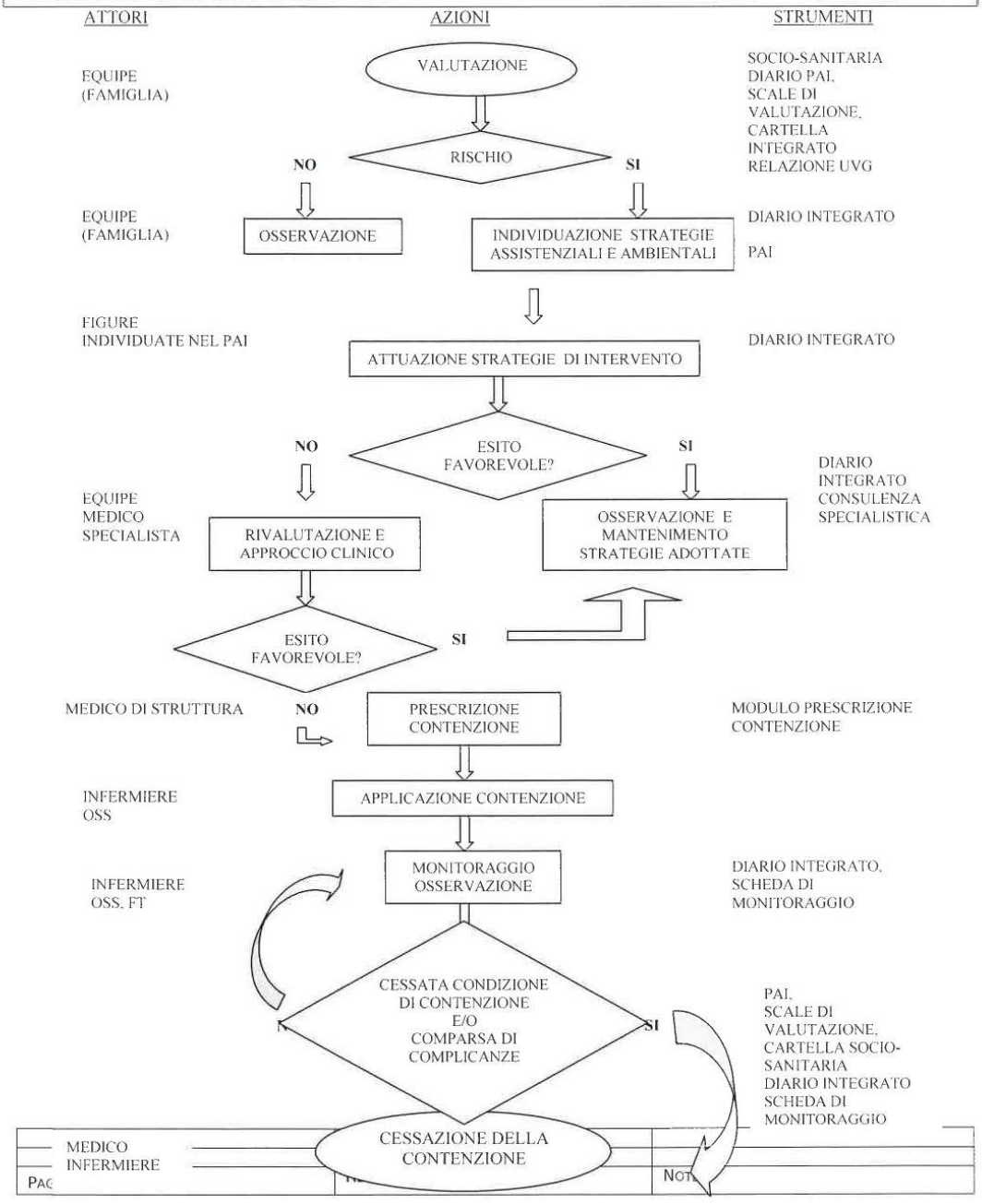
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONI	MdS	RAS	INF	FT	OSS	RAA	Animatore	CS
Valutazione dell'ospite	C	C	C	C	C	C	C	RD
Strategie alternative	C	C	C	C	C	C	C	RD
Prescrizione dei mezzi di contenzione	RD	I	C	C	C	C	C	I
Applicazione misure restrizione fisica	I	I	RD	C	RS	I	I	I
Osservazione e monitoraggio della contenzione	I	I	RD	C	RS	C	C	I

RD	RESPONSABILE DIRETTO
C	COLLABORA
I	INFORMATO
RS	RESPONSABILE DI SETTORE

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE

L'ospite a rischio di contenzione necessita di valutazione da parte dell'equipe multi professionale, composta da medico, infermiere, fisioterapista , RAS, RAA, OSS, animatore e coordinatore di struttura.

L'equipe multiprofessionale individua, tra gli ospiti della struttura, i soggetti a maggior rischio, attraverso differenti passaggi e criteri valutativi, sostanzialmente rappresentato dalla relazione dell'UVG, dalla stretta osservazione dell'ospite (specie se affetto da disturbi comportamentali) e dall'utilizzo di apposite e validate scale. A fronte di situazioni di rischio specificamente riscontrate vengono proposte, nell'ambito del PAI, strategie assistenziali individuali, anche attraverso la strutturazione di un ambiente protesico personalizzato. In questa fase dovrà essere coinvolta la famiglia, per la miglior "compliance" complessiva possibile.

All'interno del PAI andranno indicate le responsabilità per l'attuazione del progetto, modificando eventualmente le strategie d'intervento, anche con il supporto di consulenze specialistiche, nel caso in cui non si ottengano i benefici attesi.

Operativamente (ed in ogni caso), prima di procedere alla contenzione, secondo le indicazioni fornite e prescritte dal medico dell'equipe (utilizzando APPOSITO MODULO - vedi allegato 2), sono da considerare e tentare tutte le possibili misure ALTERNATIVE, lasciandone specifica traccia nella cartella integrata.

L'applicazione della contenzione deve essere sempre condivisa con l'anziano, ovvero, in caso di sua incapacità, con il suo rappresentante legale, informando comunque i suoi familiari circa l'esigenza della procedura.

In assenza del medico ed in condizione di "necessità", l'infermiere, con decisione autonoma, può attivare un intervento contenitivo, apporre modifiche alle modalità di applicazione o porvi cessazione, dandone peraltro avviso tempestivo al medico stesso e DOCUMENTANDO ogni fase nella cartella INTEGRATA. La decisione andrà rivalutata dal medico curante e/o di struttura nel più breve tempo possibile.

La contenzione dovrà essere immediatamente rimossa non solo nei casi in cui siano cessate le condizioni che la avevano inizialmente determinata, ma anche in tutte le circostanze nelle quali il suo proseguimento divenga ulteriore fattore di rischio per la salute del paziente.

Va sottolineato come un soggetto sottoposto a contenzione necessiti di un livello assistenziale impegnativo che, di minima, comprenda, da parte dell'OSS (come da PAI), l'osservazione globale del paziente (a frequenza ripetuta), una mobilizzazione periodica (almeno ogni due ore) ed un attento monitoraggio complessivo. In particolare, per mezzi contenitivi applicati direttamente al corpo del soggetto (bracciali, corpetti, fasce etc.), deve prevedersi un controllo, ad intervalli di 30 minuti, da parte del personale infermieristico (JCHAO, University of Iowa Gerontological Nursing Intervention Research, "Integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio" della R.E.R - 2009).
Nel monitoraggio vanno ovviamente incluse le eventuali complicanze, da rilevarsi puntualmente e di cui si dovrà informare tempestivamente il medico d'equipe, con trascrizione degli eventi avversi nella apposita scheda di monitoraggio.

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

10. INDICATORI

Requisiti	Indicatore	Standard	Fonte	Chi rileva
PREVALENZA	N. OSPITI CONTENUTI/ N. TOTALE OSPITI	Rilevazione puntuale prima dell'adozione della presente procedura e a sei mesi dall'inizio della sperimentazione	REGISTRO OSPITI SCHEDA PRESCRIZIONE	COORD. STRUTTURA
ADEGUATEZZA	N. SCHEDE DI PRESCRIZIONE COMPILATE CORRETTAMENTE/ N. OSPITI CONTENUTI	100 %	SCHEDA PRESCRIZIONE ELENCO OSPITI CONTENUTI	COORD. STRUTTURA
APPROPRIATEZZA	RAPPORTO TRA LA PREVALENZA ALL'INIZIO E ALLA FINE DELLA SPERIMENTAZIONE	2% OSSERVAZIONE	Scheda prescrizione PAI ELENCO OSPITI CONTENUTI	COORD. STRUTTURA
SICUREZZA	N. COMPLICANZE DA CONTENZIONE/ N. OSPITI CONTENUTI	10 % (1%)	SCHEDA MONITORAGGIO	COORD. STRUTTURA

Gli indicatori rilevati nelle diverse strutture andranno inviati e raccolti secondo le modalità organizzative di ogni Distretto, al fine di avere un riscontro sull'andamento generale relativo alla adozione e applicazione della procedura e verificarne la necessità di adeguamento della stessa.

11. LISTA DI DISTRIBUZIONE

La procedura viene distribuita alle figure sotto riportate, nella sua prima emissione e per tutte le versioni successive, affinché si facciano carico di renderla operativa.
L'archiviazione della versione corrente deve avvenire con una modalità tale da permettere l'accessibilità al documento per l'eventuale consultazione.

Responsabile distribuzione	data	FIRMA
CS		
RAS		
RAA		

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

LISTA DI DISTRIBUZIONE INTERNA

NOMINATIVO DEL DESTINATARIO	DATA	FIRMA

12. ALLEGATI

Allegato n. 1 VMD scale di valutazione

Scala di valutazione dello stato mentale
(Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ)
Lo Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975) è un test ideato per rilevare la presenza e l'intensità delle perturbazioni cognitive di origine organica in pazienti anziani. È composto da una lista di dieci domande che indagano alcuni aspetti delle capacità cognitive:
☐ 7 item sono focalizzati sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante)
☐ 2 item valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre)
☐ 1 item valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale)
Lo SPMSQ può essere somministrato sia da personale medico che da altro operatore sanitario (infermiere, OSS) ed è utilizzabile in qualsiasi tipo di *setting* (domiciliare, ambulatoriale, residenziale e ospedaliero). Possono essere sottoposti allo SPMSQ anche soggetti non vedenti o che presentano limitazioni funzionali all'arto superiore dominante. Il punteggio al test viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta in una scala ordinale da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia con l'educazione, per cui è necessario indicare il grado di scolarità del paziente.
Non è possibile confermare la correttezza di tutte le risposte (es.: numero telefonico, cognome della madre) cosicché le risposte saranno accettate per la loro logicità (es.: se il cognome della madre differisce da quello del soggetto). Allo stesso modo la difficoltà di due *item* varia con le circostanze della cronaca (il nome del Presidente e del Papa, attuali e precedenti, sono più facili nel periodo di elezione). Le domande vanno proposte nell'ordine del test e va registrato il numero totale di errori, considerando tali anche il rifiuto a rispondere a una o più domande e assegnando il seguente punteggio dicotomico a ogni risposta:
☐ *0=sbagliata*
☐ *1=corretta*
Le risposte devono essere date senza utilizzare aiuti della memoria (calendario, giornale, certificato di nascita o altro). Per ogni domanda vanno considerate le seguenti specifiche:
1) La risposta viene considerata errata anche se è sbagliato un solo elemento della data (giorno/mese/anno).
2) Non richiede spiegazione.
3) La risposta è corretta se viene fornita una qualsiasi indicazione che consenta il riconoscimento del posto (es.: "la mia casa" o "in ospedale", "in una casa di riposo",
così come il nome dell'ospedale o dell'istituto).

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

4) La risposta è considerata corretta se tutti i numeri del telefono sono riferiti esattamente e se questo può essere verificato o se viene ripetuto successivamente senza modificazioni. Nella variazione prevista se il soggetto non ha telefono, la risposta è considerata errata se viene sbagliata la via o il numero civico o il paese/città.
5) La risposta è considerata corretta se l'età corrisponde alla data di nascita.
6) La risposta viene considerata corretta solo se giorno/mese/anno di nascita sono riferiti correttamente.
7) Non richiede spiegazione.
8) Non richiede spiegazione.
9) Il cognome andrebbe accertato tramite i familiari. Se la verifica non fosse possibile, viene considerato corretto un cognome diverso da quello del paziente.
10)La risposta è considerata errata al primo errore nella sottrazione (l'intera serie deve essere esatta: 17; 14; 11; 8; 5; 2).
La capacità di risposta alle domande varia con l'educazione; per questo la scolarità viene classificata in tre livelli (meno della scuola dell'obbligo/scuola dell'obbligo/oltre la scuola dell'obbligo).
Per soggetti con scolarità intermedia sono stati proposti i seguenti *cut-score*:
☐ 0 – 2 punti = severo deterioramento cognitivo
☐ 3 – 4 punti = moderato deterioramento cognitivo
☐ 5 – 7 punti = lieve deterioramento cognitivo
☐ 8 – 10 punti = funzioni cognitive intatte
Se il soggetto ha un livello d'istruzione inferiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in più, mentre se il livello è superiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in meno.
Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:
a) Somministrazione all'ingresso nel reparto ☐ valutazione dello stato cognitivo al momento del ricovero.
b) Follow-up ☐ *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione dello stato cognitivo allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

Sezione 5: Valutazione dello stato mentale (SPMSQ)

		Ingresso		1 mese	
		Sì	No	Sì	No
1.	Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	1	0	1	0
2.	Che giorno della settimana?	1	0	1	0
3.	Qual'è il nome di questo posto?	1	0	1	0
4.	Qual'è il suo numero di telefono? (oppure: Qual'è il suo indirizzo?)	1	0	1	0
5.	Quanti anni ha?	1	0	1	0
6.	Quando è nato?	1	0	1	0
7.	Chi è l'attuale Papa?	1	0	1	0
8.	Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	1	0	1	0
9.	Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	1	0	1	0
10.	Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	1	0	1	0
	TOTALE SPMSQ				

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

☐ 0 – 2 punti = severo deterioramento cognitivo
☐ 3 – 4 punti = moderato deterioramento cognitivo
☐ 5 – 7 punti = lieve deterioramento cognitivo
☐ 8 – 10 punti = funzioni cognitive intatte

	Indice di Barthel modificato					
items	incapace a compiere l'azione	tentavi di compiere l'azione non affidabili	richiede aiuto moderato (parziale)	richiede aiuto minimo	completamente indipendente	**data**
igiene personale	0	1	3	4	5	
fare il bagno	0	1	3	4	5	
mangiare	0	2	5	8	10	
usare il WC	0	2	5	8	10	
fare le scale	0	2	5	8	10	
vestirsi	0	2	5	8	10	
controllo urine	0	2	5	8	10	
controllo alvo	0	2	5	8	10	
camminare	0	3	8	12	15	
carrozzina *	0	1	3	4	5	
trasferimenti	0	3	8	12	15	
* compilare solo se incapace di camminare						

legenda	
100/91	quasi autosufficiente
90/75	Dipendenza lieve
74/50	Dipendenza moderata
49/25	dipendenza grave
< 24	dipendenza completa

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

Valutazione del rischio di lesioni da pressione (Braden)

La scala di Braden per la valutazione del rischio di lesioni da pressione (Bergstrom *et al.*, 1987) è uno strumento per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da compressione, validato specificatamente in soggetti anziani fisicamente e cognitivamente compromessi, che viene comunemente utilizzato in ambito ospedaliero, domiciliare, riabilitativo e di lungodegenza. È ritenuta completa e di facile applicazione (e rappresenta oggi uno dei sistemi di valutazione più diffusi.

La scala è composta da 6 indici: ciascuno di questi misura le capacità funzionali del paziente che contribuiscono a un aumento di durata o di intensità della pressione o a una bassa tolleranza del tessuto cutaneo alla pressione stessa.

Gli indici misurati si riferiscono a:

☐ Percezione sensoriale (capacità di rispondere adeguatamente al disagio legato alla compressione)

☐ Umidità cutanea (entità dell'esposizione della cute all'umidità)

☐ Attività (grado di attività fisica)

☐ Mobilità (capacità di cambiare e controllare la posizione del corpo)

☐ Alimentazione (caratteristiche abituali dell'assunzione alimentare

☐ Frizione e scivolamento (presenza o meno di problemi in queste attività)

La condizione clinica dei primi 5 item è misurata su una scala ordinale a quattro livelli da 1 (elevata compromissione) a 4 (assenza di compromissione); per l'ultimo item è previsto invece un punteggio 1-3 ad indicare presenza, potenziale presenza o assenza di problemi. Ad ogni item corrisponde una descrizione di massima della condizione del paziente per orientare l'assegnazione del punteggio.

La valutazione può essere effettuata da un infermiere professionale o da altro personale senza addestramento specifico. La somma dei punteggi di ciascun *item* determina il punteggio totale della scala di Braden (*range* da 6 a 23). Un punteggio totale basso indica un basso livello di funzionamento e di conseguenza un maggiore rischio di sviluppo di lesioni da pressione.

Per l'interpretazione del punteggio è stata proposta la seguente classificazione:

☐ > 18 = assenza di rischio;

☐ 18 – 16 = basso rischio;

☐ 15 – 13 = rischio moderato;

☐ < 13 = rischio elevato.

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

a) Somministrazione all'ingresso nel reparto ☐ valutazione del rischio di lesioni da pressione al momento del ricovero.

b) Follow-up ☐ *solo se il paziente si trova ancora nella struttura in cui è stato reclutato:* valutazione del rischio di lesioni da pressione allo stato attuale (1 mese dal ricovero).

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

Parametro	Valutazione verbale	DATA	DATA	DATA
Percezione Sensoria	**ADEGUATA** (RISPOSTA A STIMOLI VERBALI, NESSUN IMPEDIMENTO A RENDERE NOTO VERBALMENTE UNO STATO DI DOLORE O DI SCOMODITÀ)	4	4	4
	LEGGERMENTE LIMITATA (RISPOSTA A STIMOLI VERBALI, MA NEN SEMPRE RIESCE A RENDERE NOTO UN EVENTUALE STATO DI DOLORE O SCOMODITÀ)	3	3	3
	MOLTO LIMITATA (RISPOSTA SOLO A STIMOLI DOLOROSI, INCAPACITÀ DI COMUNICARE DOLORE O SCOMODITÀ TRANNE CON MUGOLII E LAMENTI O AGITAZIONE)	2	2	2
	COMPLETAMENTE LIMITATA (NESSUNA RISPOSTA, NEPPURE A STIMOLI DOLOROSI)	1	1	1
Umidità Cutanea	**PELLE ASCIUTTA** (NON VIENE RILEVATO QUASI MAI SUDORE, URINA O ALTRO)	4	4	4
	PELLE OCCASIONALMENTE BAGNATA	3	3	3
	PELLE MOLTO SPESSO BAGNATA	2	2	2
	PELLE COSTANTEMENTE BAGNATA	1	1	1
Attività Fisica	**CAMMINA FREQUENTEMENTE** (ESCE DALLA STANZA UN PAIO DI VOLTE AL GIORNO E GIRA PER LA STANZA ALMENO OGNI 2 ORE NELLE ORE DI VEGLIA)	4	4	4
	CAMMINA OCCASIONALMENTE (PERCORRE DISTANZE MOLTO BREVI, CON/SENZA ASSISTENZA. PASSA LA MAGGIOR PARTE DEL TEMPO SEDUTO O A LETTO)	3	3	3
	COSTRETTO SU SEDIA (NON È IN GRADO DI SOSTENERE IL PROPRIO PESO E DEVE ESSERE AIUTATO A SEDERSI SU SEDIA O SEDIA A ROTELLE)	2	2	2
	COSTRETTO A LETTO (NON PUÒ MUOVERSI DAL LETTO)	1	1	1
Mobilità	**ILLIMITATA** (COMPIE SPOSTAMENTI FREQUENTI ED AMPII SENZA ALCUNA ASSISTENZA)	4	4	4
	LIMITATA (COMPIE SPOSTAMENTI FREQUENTI, ANCHE SE DI BREVE PORTATA, SENZA ALCUNA ASSISTENZA)	3	3	3
	MOLTO LIMITATA (SI SPOSTA, MA NON RIESCE A COMPIERE MOVIMENTI SIGNIFICATIVI SENZA ASSISTENZA)	2	2	2
	IMMOBILITÀ COMPLETA (INCAPACE DEL MINIMO MOVIMENTO SENZA ASSISTENZA)	1	1	1
Nutrizione	**ECCELLENTE** (MANGIA LA MAGGIOR PARTE DI OGNI PASTO, QUATTRO O PIÙ PORZIONI GIORNALIERE DI CIBI PROTEICI, FA SPUNTINI DURANTE IL GIORNO E NON NECESSITA DI SUPPLEMENTI	4	4	4

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

	ADEGUATA (MANGIA PIÙ DELLA METÀ DI OGNI PASTO, CIRCA QUATTRO PORZIONI DI CIBI PROTEICI AL GIORNO. OCCASIONALMENTE RIFIUTA UN PASTO, MA ACCETTA SUPPLEMENTI, OPPURE È SOSTENUTO DA UNA ADEGUATA DIETA LIQUIDA.)	3	3	3
	PROBABILMENTE INADEGUATA (NON MANGIA QUASI MAI UN PASTO COMPLETO, DI SOLITO NON PIÙ DI METÀ DEL CIBO OFFERTO. NON RICEVE PIÙ DI TRE PORZIONI DI CIBI PROTEICI AL GIORNO. ACCETTA SUPPLEMENTI ALLA DIETA SOLO OCCASIONALMENTE. IN ALTERNATIVA, RICEVE UNA DIETA LIQUIDA O PARENTERALE INADEGUATA.	2	2	2
	INADEGUATA (NON MANGIA MAI UN PASTO COMPLETO, AL MASSIMO NON PIÙ DI 1/3 DEL CIBO OFFERTO, NON PIÙ DI DUE PORZIONI DI CIBI PROTEICI AL GIORNO. RICEVE POCHI LIQUIDI. NON ACCETTA SUPPLEMENTI LIQUIDI ALLA DIETA. IN ALTERNATIVA, È SOSTENUTO PER VIA ENDOVENOSA DA PIÙ DI CINQUE GIORNI.)	1	1	1
Frizione e Taglio	**NESSUN PROBLEMA APPARENTE** (SI MUOVE INDIPENDENTEMENTE NEL LETTO E SULLA SEDIA ED HA SUFFICIENTE FORZA MUSCOLARE PER SOLLEVARSI COMPLETAMENTE DURANTE IL MOVIMENTO. MANTIENE SEMPRE UNA POSIZIONE CORRETTA A LETTO O SULLA SEDIA.)	3	3	3
	POSSIBILI PROBLEMI (SI MUOVE DEBOLMENTE O ABBISOGNA DI QUALCHE ASSISTENZA. DURANTE IL MOVIMENTO, PROBABILMENTE LA PELLE SFREGA CONTRO LENZUOLI, SEDIA O ALTRO. DI SOLITO MANTIENE UNA BUONA POSIZIONE IN SEDIA O A LETTO, MA OCCASIONALMENTE SCIVOLA GIÙ.)	2	2	2
	PROBLEMI (NECESSITA DI ASSISTENZA DI ASSISTENZA DA MODERATA A TOTALE PER MUOVERSI. IMPOSSIBILE SOLLEVARLO SENZA SFREGARE CONTRO LENZUOLI O ALTRO. SCIVOLA SPESSO IN BASSO A LETTO O SU SEDIA, RICHIEDENDO FREQUENTI RIPOSIZIONAMENTI CON MASSIMA ASSISTENZA. MOVIMENTI SPASTICI, CONTRATTURE O AGITAZIONE PORTANO AD UNA FRIZIONE PRESSOCHÈ COSTANTE.	1	1	1
TOTALE PUNTEGGIO				
TIPO DI RISCHIO				
Punteggio maggiore di 20 indica basso rischio Punteggio da 16 a 20 medio rischio Punteggio da 11 a 15 alto rischio Punteggio inferiore a 10 altissimo rischio				
FIRMA COMPILATORE				

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

TEST DI TINETTI Sig. .....

Manovra	Reazione del paziente	Data .....
1. Equilibrio da seduto	- Si piega su un lato oppure scivola	0
	- Sicuro, stabile	1
2. Alzarsi	- Non possibile senza aiuto	0
	- Possibile ma con l'aiuto delle braccia	1
	- Possibile anche senza aiuto delle braccia	2
3. Tentativi per alzarsi	- Non possibile senza aiuto	0
	- Possibile solo dopo più di un tentativo	1
	- Possibile dopo un unico tentativo	2
4. Equilibrio in ortostatismo (primi cinque passi)	- Incerto (passi piccoli, evidenti movimenti del tronco)	0
	- Sicuro, ma necessita di bastone, girello o altri ausili per rimanere in piedi	1
	- Ortostatismo sicuro senza ausili	2
5. Equilibrio in ortostatismo (piedi uniti)	- Incerto	0
	- Sicuro, ma i piedi sono distanti tra loro di almeno 10 cm oppure necessita di ausili	1
	- Sicuro a piedi vicini (distanza <10 cm)	2
6. Spinta sullo sterno del paziente (Test di Romberg)	- Senza aiuto tende a cadere	0
	- Non cade ma deve reggersi, passi di riequilibrio	1
	- Rimane stabilmente in piedi anche dopo spinta	2
7. Occhi chiusi (piedi vicini)	- Incerto	0
	- Sicuro	1
8. Rotazione di 360°	- Necessari piccoli passi discontinui	0
	- Possibile con passi continui	1
9. Sedersi	- Insicuro, stima male la distanza	0
	- Utilizza le braccia o compie manovre grossolane	1
	- Sicuro e con movimenti fini	2
10. Inizio dell'andatura (immediatamente dopo l'ordine di camminare)	- Esitazione oppure più tentativi	0
	- Parte senza alcuna esitazione	1
11. Lunghezza del passo/altezza del passo	A. Slancio con la gamba destra	
	- Non può essere portata davanti al piede sinistro che funge da perno	0
	- Può essere portata davanti al piede sinistro che funge da perno	1
	- Il piede destro non si alza dal pavimento	0
	- Il piede destro si alza chiaramente dal pavimento	1
	B. Slancio con la gamba sinistra	
	- Non può essere portata davanti al piede destro che funge da perno	0
	- Può essere portata davanti al piede destro che funge da perno	1
	- Il piede sinistro non si alza dal pavimento	0
	- Il piede sinistro si alza chiaramente dal pavimento	1

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

12. Simmetria dell'andatura	- Le lunghezze dei passi destro e sinistro non sono uguali	0
	- Le lunghezze dei passi destro e sinistro sono uguali	1
13. Continuità dell'andatura	- Mantenimento della discontinuità dei passi	0
	- I passi appaiono continui	1
14. Deviazione della linea di andatura (osservata per 3 m lungo una linea retta)	- Deviazione visibile	0
	- Deviazione leggera oppure mantenuta con ausili	1
	- Nessuna deviazione senza ausili	2
15. Stabilità del tronco	- Oscillazione marcata o con ausili	0
	- Nessuna oscillazione, ma postura in avanti o bilanciamento con le braccia	1
	- Nessuna oscillazione, il paziente non è piegato in avanti né ha bisogno di sorreggersi	2
16. Larghezza dei passi	- Andatura a gambe allargate, i talloni sono molto lontani tra loro	0
	- I talloni quasi si toccano durante il percorso	1

Firma del somministratore

< 2 = non deambulante;
2 – 19 = a rischio elevato di caduta;
20 – 24 = a rischio moderato di caduta;
> 24 = assenza di rischio

Somma

...../28

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J: Neurology 1994;44:2308-2314)

SIGNOR/A_____

	N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
Deliri	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione/disforia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/esaltazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia/indifferenza	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità/labilità	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Attività motoria	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione	[ ]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza
0=mai
1=raramente
2=talvolta
3=frequentemente
4=quasi costantemente

Gravità
1=lievi (non producono disturbo al paziente).
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico
0= Nessuno
1= Minimo
2= Lieve
3= Moderato
4= Seve

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

Allegato n. 2 Scheda prescrizione mezzi di tutela fisica

Sig._____

affetto da _____

_____

Terapia Farmacologica in atto: ☐antipertensivi ☐diuretici ☐antianginosi ☐antiaritmici ☐digitale ☐ antidolorifici non stupefacenti ☐ antidolorifici stupefacenti ☐antiaggreganti ☐anticoagulanti ☐ ipoglicemizzanti orali ☐insulina ☐steroidi ☐gastrointestinali ☐lassativi ☐ansiolitici ☐ipnotici a breve emivita ☐ipnotici a lunga emivita ☐antipsicotici tipici ☐antipsicotici atipici ☐anticolinesterasici ☐altro specificare.....

Esito valutazione multidimensionale data.....

Stato cognitivo S.P.M.S.Q/MMSE	**Autonomia funzionale** Scheda Barthel	**Rischio lesioni** Scheda Braden	**Rischio cadute** Esito Tinetti Test	**NPI**
☐ **0-2 punti** Deterioramento grave ☐ **3-4 punti** Deterioramento moderato ☐ 5-7 **punti** Deterioramento lieve ☐ **8-10 punti** Assenza di Deterioramento --- ☐ **0-10** Deterioramento grave ☐ **20-11** Deterioramento moderato ☐ 23-21 Deterioramento lieve ☐ **≥ 24** Assenza di Deterioramento	☐ **0-20 punti** Dipendenza totale ☐ **21-60 punti** Dipendenza severa ☐ **61-90 punti** Dipendenza moderata ☐ **91-99 punti** Dipendenza minima	☐ **>-16 punti** Rischio assente ☐ **< 16 punti** Rischio elevato	☐ **< 2** Non deambulante ☐ **2-19** Rischio elevato ☐ **20-23** Rischio medio ☐ **24-28** Deambulazione autonoma	Agitaz./aggres. F X G Distress..... Attività mot.anomala F X G Distress..... Irritabil./labilità F X G Distress..... Disturbi del sonno F X G Distress.....
Firma del valutatore.....	Firma del vautatore.....	Firma del valutatore.....	Firma del valutatore.....	Firma del valutatore.....

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

Eventuali soluzioni alternative:
SI :☐ ambientali ☐ organizzative ☐ relazionali
.....
.....
NO: (precisare le motivazioni per le quali si è ritenuto di non doverle adottare):
.....
.....

FIRME EQUIPE:
.....

Da compilarsi da parte del medico

Motivazioni che rendono indispensabile l'uso del/i mezzo/i di contenzione:

Mezzo	Data Inizio	Orari di applicazione	Frequenza controlli	Cessazione contenzione
❒ Cintura addominale				
❒ Corpetto				
❒ Cintura pelvica				
❒ Polsiera/cavigliera				
❒ Cintura al letto				
❒ Sponde				
❒ Utilizzo di tavolino fisso				
Altro				

Data prescrizione: Firma e timbro del Medico

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

ALLEGATO 3 Scheda di Monitoraggio con elenco complicanze

ELENCO COMPLICANZE DA CONTENZIONE

Possono essere di tre tipi:

A)Traumi meccanici

1) Fratture da Cadute
2) Cianosi
3) Fenomeni asfittici da compressione meccanica collo
4) Fenomeni asfittici da compressione meccanica tronco
5) Lesione dei tessuti molli superficiali (escoriazioni, ematomi, ferite, arrossamento cutaneo)

B) Malattie funzionali ed organiche

1) Anoressia e malnutrizione
2) Stipsi
3) Disidratazione
4) Incontinenza
5) Lesione da decubito
6) Infezioni
7) Diminuzione della massa e della forza muscolare
8) Sindrome ipocinetica
9) Contrattura/rigidità articolare
10) Osteoporosi
11) Stasi polmonare
12) TVP

C) Sindromi della sfera psico-sociale

1) Ansia/panico/paura
2) Stress
3) Perdita autostima
4) Depressione
5) Aumento agitazione
6) Comportamento regressivo
7) Comportamento aggressivo

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

SCHEDA DI MONITORAGGIO E MOBILIZZAZIONE

La mobilizzazione periodica ed un attento monitoraggio complessivo deve avvenire almeno ogni due ore. In particolare, per mezzi contenitivi applicati direttamente al corpo del soggetto (bracciali, corpetti, fasce etc.), deve prevedersi un controllo, ad intervalli di 30 minuti, da parte del personale infermieristico. Nel monitoraggio vanno ovviamente incluse le eventuali complicanze, da rilevarsi puntualmente e di cui si dovrà informare tempestivamente il medico d'equipe, con trascrizione degli eventi avversi nel diario dell'ospite.

DATA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													
ORA													
NOTE													
FIRMA													

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.

ALLEGATO N. 4

RILEVAZIONI MENSILI ANNO 2013
CASA RESIDENZA.....
Dati osservazionali sull'applicazione delle misure di contenzione

TOT.OSPITI	N. ospiti contenuti	N. ospiti con contenzione rimossa	N. schede compilate	N. schede compilate correttamente	Complicanze	MESE

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione.