



LA CONTENZIONE FISICA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Ermellina Silvia Zanetti

Fondazione Brescia Solidale, APRIRE Network

LA CONTENZIONE

La Contenzione può essere **fisica, ambientale o farmacologica** ed è utilizzata per:

Controllare intenzionalmente l'attività fisica.

Circoscrivere lo spazio nel quale una persona si può muovere.

Impedire la mobilità di una parte del corpo.

Controllare/inibire il comportamento di una persona.



La contenzione fisica include tutti i mezzi (spondine, cinture, polsiere, cavigliere, lenzuolo contenitivo, tutone) che non possono facilmente essere rimossi.



Il confinamento ambientale controlla la mobilità di un individuo e include il giardino protetto o un nucleo chiuso o il confinamento nella propria stanza.



I mezzi di contenzione farmacologica sono qualsiasi forma di farmaco psicoattivo utilizzato non per trattare la malattia, ma per inibire intenzionalmente un particolare comportamento.

OUTLINE 1

Definizione di contenzione fisica

Contenzione fisica nelle RSA

Perché si utilizza la contenzione fisica

OUTLINE 2

La contenzione fisica è efficace?

La contenzione fisica è sicura?

Di chi è la responsabilità?



Definizione di
contenzione
fisica

Definizione di contenzione fisica

E' definita “**contenzione fisica**” qualsiasi azione, procedura o mezzo applicato o adiacente al corpo, che la persona non può controllare o rimuovere facilmente e che impedisce la libertà di movimento atta ad assumere una posizione di scelta e/o l'accesso al proprio corpo.

Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. J Am Geriatr Soc 2016;64:2307-10..

Definizione di contenzione fisica

Fryback (1998) suggerisce di **utilizzare due semplici domande per discriminare cosa è e cosa non è contenzione:**

1.il mezzo limita il movimento volontario della persona?

2.l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare il mezzo?

Se la risposta è **sì ad entrambe le domande**, il dispositivo può essere considerato come un mezzo di contenzione.

Fryback J. (1998) Counting, Using and Reducing Physical Restraints. Department of Health and Family Services, Wisconsin
(http://www.dhfs.state.wi.us/rl_ds1/NHs/NH98-003.htm).





Le spondine che lasciano libera metà o tre quarti della lunghezza del letto, sebbene non siano considerate «mezzo di contenzione fisica», secondo quanto proposto da Fryback, se l'individuo **ha difficoltà a rimuovere/aggirare il dispositivo...**

sono da considerare mezzo di contenzione

Take home message 1



E' necessaria **un'accurata valutazione della persona prima di qualsiasi decisione assistenziale**, anche se si tratta "solo di alzare una spondina".



Quanto si
utilizza la
contenzione
fisica?

Prevalenza della contenzione fisica

La prevalenza dell'uso della contenzione fisica nelle RSA è pari al **37% in Europa**, **22% in Nord America**, **31% in Canada** e al **20% a Hong Kong**.

Una recente revisione ha riportato che la prevalenza di contenzione fisica varia tra il **7,7% e il 60,5%** nelle RSA europee.

Hakverdioğlu Yönt G, Kisa S, Princeton DM. Physical Restraint Use in Nursing Homes-Regional Variances and Ethical Considerations: A Scoping Review of Empirical Studies. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(15). Published 2023 Aug 4. doi:10.3390/healthcare11152204

Prevalenza della contenzione fisica



Negli Stati Uniti, una riforma ben progettata (Nursing Home Reform Act OBRA '87) ha portato ad una riduzione dell'utilizzo della contenzione fisica.



L'Unione Europea non ha attualmente una legge o una politica condivisa che possa essere utilizzata come guida nella pratica clinica sul ricorso alla contenzione fisica.

Prevalenza nelle strutture residenziali in EUROPA

	CAMPIONE	PREVALENZA	MEZZO	NORME
GERMANIA 2009 Meyer G et al. J Clin Nurs. 2009	30 strutture residenziali 2.367 residenti.	26,2% (4,4%-58,9%)	Spondine nel 24,5%	La contenzione è consentita solo in casi eccezionali
SVIZZERA 2015 Hofmann et al. BMC Geriatrics 2015	20 strutture 1362 residenti.	26,8%	Spondine o 1 spondina + letto accostato al muro nel 20,3%	La contenzione è consentita nei residenti che sono a rischio di danneggiare se stessi o altri
SPAGNA 2017 Estévez-Guerra et al. BMC Geriatrics 2017	9 strutture 920 residenti	84,9% (70,3%-96,6%)	Spondine nel 64,9%	Non presenti

Prevalenza nelle strutture residenziali: ITALIA 2021

CAMPIONE	27 residenze per anziani (Friuli Venezia Giulia) per complessivi 3933 residenti
PREVALENZA	1965 residenti (49.9%) aveva almeno 1 contenzione fisica.
MOTIVAZIONI	Evitare i rischi: cadute, danno a sé o ad altri Supporto posturale
NORME	In Italia non ci sono norme che regolamentano il ricorso alla contenzione

Palese, A., Longhini, J., Businarolo, A., Piccin, T., Pitacco, G., & Bicego, L. (2021). Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12764. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312764>

PERCHÈ SI UTILIZZA LA CONTENZIONE FISICA?



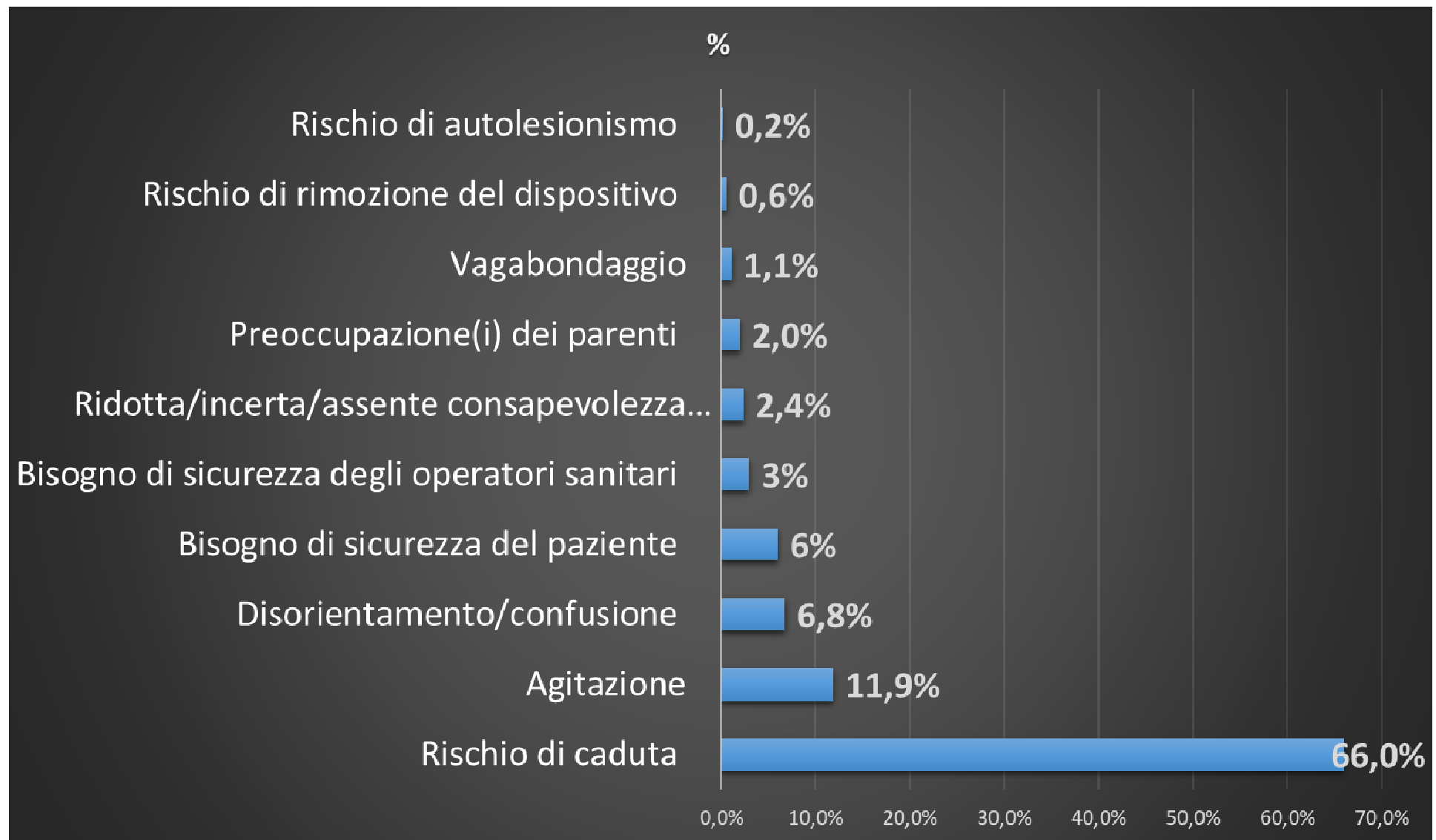
PERCHÈ SI UTILIZZA LA CONTENZIONE FISICA?

Il motivo principale per cui si usa la contenzione fisica è la **prevenzione delle cadute** e le lesioni correlate alle cadute.

Negli ospiti con deficit cognitivo o demenza la contenzione fisica si utilizza per **impedire loro di entrare nelle stanze di altre persone o di camminare quando inosservate** e mettere a rischio se stesse o gli altri.

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

PERCHÈ SI UTILIZZA LA CONTENZIONE FISICA?



Palese, A., et al. (2021) International journal of environmental research and public health, 18(23), 12764. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312764>



Chi sono le
persone
contenute

CARATTERISTICHE DEGLI OSPITI CONTENUTI

- **scarsa mobilità**
- **rischio di caduta**
- **compromissione dello stato cognitivo**
- **agitazione**
- **comportamento aggressivo**
- **elevata dipendenza nelle AdL**

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

Take home message 2



Conoscere perché si utilizza la contenzione e quali sono le caratteristiche delle persone che sono contenuteci suggerisce quali sono le priorità nel definire gli interventi da utilizzare per **ridurre la contenzione fisica**.

OUTLINE 2

La contenzione fisica è efficace?

La contenzione fisica è sicura?

Di chi è la responsabilità?

OUTLINE 2



**La
contenzione
fisica è
efficace?**

È efficace nel prevenire le cadute?



Nove studi sono stati inclusi nella revisione. La maggior parte dei risultati ha mostrato che la contenzione fisica non si associa a riduzione delle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale e nei residenti in casa di riposo. **La riduzione della contenzione non ha contribuito ad aumentare le cadute.**

Sze T1, Leng CY, Lin SK. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(5):307-351.

È efficace nel prevenire le cadute?



Si mette in dubbio che l'uso della contenzione fisica sia efficace per prevenire cadute o lesioni correlate alle cadute.

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

È efficace nel prevenire le cadute?



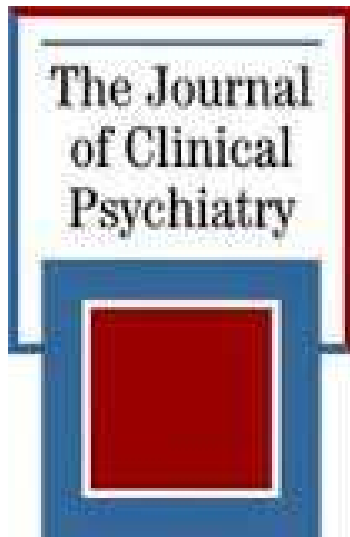
**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Le persone contenute trascorrono più tempo immobili e possono peggiorare i problemi di deambulazione e **aumentare il rischio di caduta.**

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

È efficace nel controllare l'agitazione?



Il **controllo dell'agitazione** mediante l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica **non trova alcun riscontro in letteratura**: uno studio osservazionale riporta un aumento dell'agitazione nei soggetti contenuti.

Reiman EM Cognizance of cognition in older primary care patients with depression and restraining restraint and agitation in nursing home residents with dementia. J Clin Psychiatry. 2010 Jan;71(1):73.

È efficace nel controllare l'agitazione?

L'utilizzo della contenzione fisica aumenta ulteriormente lo stress e l'agitazione.

L'esercizio fisico può ridurre lo stress e l'agitazione.

Nelle persone aggressive, agitate o che manifestano wandering la contenzione fisica **non deve essere utilizzata.**

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

OUTLINE 2



La
contenzione
fisica è
sicura?

La contenzione fisica è sicura?

La revisione di Evans propone di suddividere le lesioni associate a contenzione in due gruppi:

- **danni diretti**: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione che può risultare in lacerazione, abrasione o compressione;
- **danni indiretti**: nei quali sono comprese tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da decubito, peggioramento dello stato funzionale)

Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



Cochrane Database of Systematic Reviews

Altre conseguenze negative associate alla contenzione fisica includono un aumento del rischio di ulcere da pressione e incontinenza e lesioni direttamente correlate al mezzo di contenzione.

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;7(7):CD007546. Published 2023 Jul 28. doi:10.1002/14651858.CD007546.pub3

The Nature and Extent of Physical Restraint– Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review

Journal of Aging and Health

1–20

© The Author(s) 2017

Reprints and permissions:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0898264317704541

journals.sagepub.com/home/jah



Emma N. Bellenger, MBBS (Hons)¹,
Joseph E. Ibrahim, MBBS, PhD¹,
Janaka Jonathan Lovell, MD²,
and Lyndal Bugeja, PhD¹

La contenzione fisica è sicura?

Gli otto studi inclusi nella revisione riportano **174 decessi associati a mezzi di contenzione fisica.**

Solo cinque studi, comprendenti 16 decessi, hanno fornito più informazioni relative alla persona, il mezzo di contenzione e la causa della morte.

I mezzi di contenzione che hanno causato la morte sono: la pettorina, la cintura addominale, le spondine e il sacco lenzuolo.

Bellenger, E. N., Ibrahim, J. E., Lovell, J. J., & Bugeja, L. (2018). The Nature and Extent of Physical Restraint-Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of aging and health*, 30(7), 1042–1061. <https://doi.org/10.1177/0898264317704541>

La contenzione fisica è sicura?

La contenzione era applicata per prevenire le cadute e gestire comportamenti agitati o aggressivi, principalmente nei residenti con demenza o deterioramento cognitivo.

L'età media dei residenti deceduti era di 83 anni. Avevano tutti una mobilità ridotta e il motivo per cui era stata applicata la contenzione era la prevenzione delle cadute.

La compressione del collo (n = 8) è stata la causa più frequente di morte.

In 5 casi il mezzo di contenzione non era applicato correttamente.

Bellenger, E. N., et al Journal of aging and health, 2018

Take home message 3



Non ci sono evidenze che documentino l'efficacia della contenzione fisica per ridurre il rischio di cadute e per controllare l'agitazione psicomotoria, e non ci sono evidenze che dimostrino che i dispositivi di contenzione siano efficaci e sicuri.

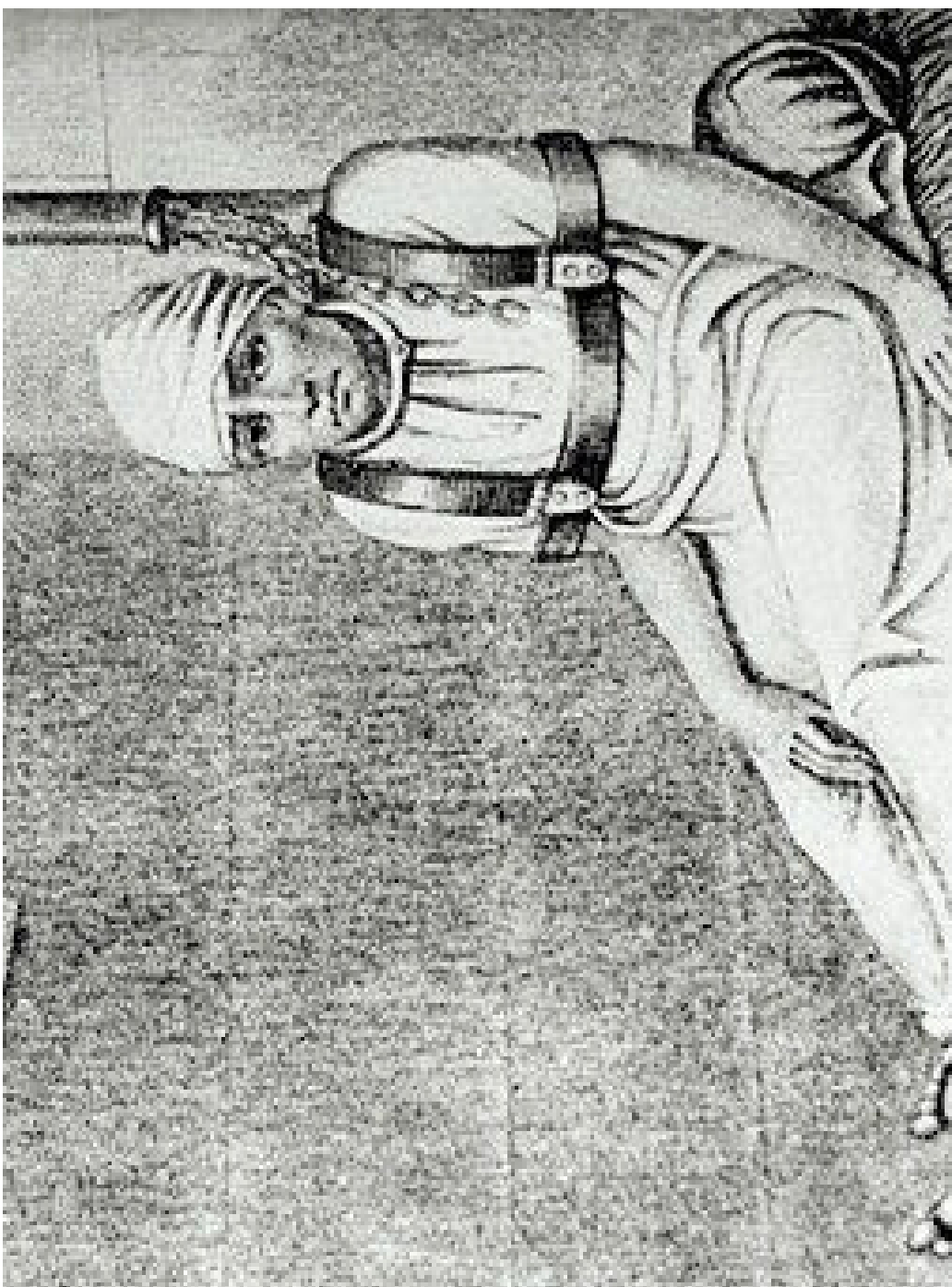
Möhler R, et al **Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review.**

The Cochrane database of systematic reviews 2011;(2):CD007546

OUTLINE 2



**Di chi è la
responsabilità?**



...un irrisolto problema

Nonostante le lunghe discussioni sull'abolizione dei mezzi di contenzione, che dagli inizi del '900 ebbero luogo nella comunità psichiatrica italiana, **la misura coercitiva rimase pressoché inalterata fino agli anni 70**, quando, in epoca di superamento dell'ospedale psichiatrico, venne denunciata e combattuta come espressione di una pratica violenta, disumana, per nulla terapeutica. **L'avvento dei farmaci neurolettici nella terapia delle psicosi ha ridotto il ricorso alle contenzioni fisiche**, anche se il fenomeno si è mantenuto.



Archivio . AdnAgenzia . 1995 . 05 . 18



ANZIANI: E' GIUSTO "LEGARE I VECCHI"?

Roma 18 mag. -(Adnkronos)- Centonovantadue pagine e un convegno per cercare di rispondere alla domanda "e' lecito legare gli anziani?". I maggiori esperti di geriatria italiani si incontreranno, domani e sabato a Venezia, presso il centro Sorlini, per il convegno "Legare i vecchi" sulla teoria e pratica dell'uso della contenzione fisica con gli anziani.

Il convegno, giunto alla sua seconda edizione, affronta un tema tabu' per la geriatria italiana e per la nostra societa'. La contenzione per gli operatori geriatrici costituisce, infatti, un problema non solo di strategia assistenziale ma anche deontologico, etico e giuridico. Anche per questo e' nato il volume (ed Edup) curato da Alberto Cester, ispiratore ed organizzatore con Paolo Piergentili del convegno, nel corso del quale avverra' la presentazione, che affronta un tema spinoso e tabu' della geriatria senza pregiudizi e posizioni estremiste. "Legare i vecchi" puo' essere una tecnica talvolta violenta -si legge nella quarta di copertina del libro- di spersonalizzazione ed emarginazione, prodotto dalla carenza di personale addetto alla sorveglianza, che utilizza mezzi inadeguati, ignora dell'esistenza di strumenti e strategie alternative. Legare i vecchi puo' essere l'ultima ratio nata come decisione di un'equipe presa dopo aver attentamente valutato tutte le alternative terapeutiche possibili".

(Red/Zn/Adnkronos)



ART. 13 COSTITUZIONE

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge .

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.



ART. 32 COSTITUZIONE



La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



La limitazione forzata della libertà individuale, mediante strumenti di contenzione, si pone in contrasto con i fondamentali principi enunciati dalla Costituzione, posti a **tutela della libertà** fondamentale dell' individuo e dello stesso **diritto alla salute, il quale si esprime anche attraverso la libera e consapevole scelta della terapia** da parte della persona.



Il ricorso alla contenzione fisica:

- 1. A quali condizioni è lecito?**
- 2. Chi è il soggetto deputato ad assumere la responsabilità di valutarne la necessità?**
- 3. Chi è il soggetto deputato a provvedere alla messa in atto?**

Dodaro G., (2011) Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario Rivista italiana di medicina legale, 33 (6): 1483-1518

**Il ricorso alla contenzione fisica: a
quali condizioni è lecito?**



Codice Penale art. 54. Stato di necessità.

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal **pericolo attuale di un **danno grave** alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.**



La posizione di garanzia

La posizione di garanzia è un obbligo in capo a soggetti cui sono affidate per motivi di cura delle persone e il cui compito prevede anche di attivarsi per impedire che fatti pericolosi o lesivi accadano. Sono quindi dei soggetti garanti, con l'obbligo di garantire gli interessi delle persone sotto la loro tutela e responsabili per la loro incolumità. La posizione di garanzia deve intendersi più come una posizione di protezione, piuttosto che una posizione di controllo, in un'ottica di presa in carico e cura del soggetto.

Calderone V. Fanoli L. Il quadro giuridico-normativo e i regolamenti sulla contenzione meccanica
In Sergio Mauceri (Ed) "CONTENERE" LA CONTENZIONE MECCANICA IN ITALIA Primo
rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC
A Buon Diritto, Associazione per le libertà 2017

- La posizione di garanzia

La posizione di garanzia va a configurarsi solo nel caso in cui il clinico si renda responsabile di comportamenti omissivi e trova il suo fondamento **nell'articolo 40 secondo comma del codice penale per cui “non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.**



Francesco Mastrogiovanni, ricoverato in seguito a un TSO il 31 luglio 2009 e morto per edema polmonare nella notte del 4 agosto nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania, dopo un'interrotta contenzione di 87 ore.

Luca Benci

Giurista



I giudici della Corte di Cassazione hanno affermato che «la contenzione è una pratica assistenziale-prescrittiva, pur non terapeutica, che richiede la valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica su possibili esiti del trattamento, la sua rivalutazione».

Luca Benci

Giurista



Chi è il soggetto deputato ad assumere la responsabilità di valutarne la necessità?

Chi è il soggetto deputato a provvedere alla messa in atto?





Codice deontologico del medico Articolo 32

Titolo III

Rapporti con la persona assistita

“omissis...Il medico **prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali** nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.”

18 maggio 2014





FNOPI

ART 35 - CONTENZIONE

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche
riunito a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019

Codice deontologico del fisioterapista



Art. 28

Contenzione

La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione.

APPROVATO DALLA
DIREZIONE NAZIONALE A.I.F.I. IL 07 OTTOBRE 2011

PER RIASSUMERE:

La decisione di porre un paziente in contenzione **deve essere riportata sui documenti clinici** indicando il motivo di tale decisione.

La prescrizione è **competenza del medico**.

In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'Infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando le cause e le ragioni di tale decisione sui documenti clinici in uso; questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.



Legge 22 dicembre 2017 , n. 219

Norme in materia di **consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.**

Va promossa e valorizzata, secondo la Legge, la relazione di cura e fiducia tra il paziente e il medico che si basa sul consenso informato.

la relazione è tempo di cura



Legge 22 dicembre 2017 , n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Il testo disciplina le modalità in cui tale consenso informato può essere espresso:

"il consenso informato, **acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente,** è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni. Per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico".

Legge 22 dicembre 2017 , n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

La persona minorenni o incapace "deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà".

In tali casi, il consenso informato è espresso o rifiutato:

- per il minore, "dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà" del minore stesso, "in relazione alla sua età al suo grado di maturità"
- per la persona interdetta, "dal tutore sentito l'interdetto, ove possibile".

La persona inabilitata, invece, può esprimere personalmente la propria volontà o disposizioni

Presidenza del Consiglio dei Ministri



LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

23 aprile 2015



LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

I soggetti più esposti alla contenzione sono i pazienti psichiatrici e gli **anziani**. Questi ultimi destano ancora maggiore preoccupazione, non solo per l'alto numero di anziani ricoverati e dunque possibili destinatari della contenzione; ma anche perché la pratica è ancora più sottaciuta e dimenticata di quanto non accada per i pazienti psichiatrici. In ambito psichiatrico, la contenzione è stata a suo tempo dibattuta nell'ambito del superamento del manicomio, anche se non sufficientemente, perché non si è prestata (e non si presta) la dovuta attenzione alla sopravvivenza della cultura manicomiale. **Il dibattito è invece molto più scarso per gli anziani.**

LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

- Ribadisce la necessità del **superamento della contenzione**.
- Condanna l'attuale **applicazione estensiva della contenzione**.
- Ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una **violazione dei diritti fondamentali della persona**.

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al Governo di:

- ***Incrementare la ricerca sulla contenzione*** in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda gli anziani e le anziane che sono i soggetti più inermi di fronte alle pratiche coercitive.
- *Avviare un attento **monitoraggio del fenomeno***, a livello regionale ma anche nazionale.

LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al Governo di:

- *Predisporre programmi finalizzati al **superamento della contenzione***
- *Usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che **favoriscano i servizi e le strutture no restraint.***

Ridurre la contenzione fisica obiettivi

1. Ridurre l'utilizzo dei mezzi di contenzione
2. Ridurre il tempo di applicazione della contenzione





CULTURA
AZIENDALE

Interventi organizzativi per implementare una politica di minima contenzione.

Adozione della tecnologia per aumentare il controllo nelle persone a rischio di caduta e con comportamenti agitati e/o aggressivi.

Monitoraggio del ricorso alla contenzione fisica.



FORMAZIONE

**Formazione continua sulla gestione dei
residenti a rischio di caduta e con
comportamenti agitati/aggressivi**

**Adozione di un processo decisionale
multiprofessionale**

PROCESSO DECISIONALE



PROCESSO DECISIONALE

valutare

- rischio e beneficio

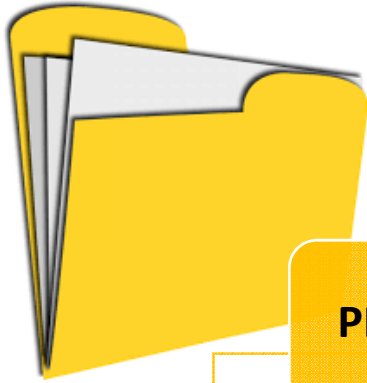
decidere

- prescrizione

pianificare

- rivalutazione periodica
- quando togliere la contenzione





PREVENIRE IL RISCHIO DI CADUTA

PROMUOVERE IL MOVIMENTO

FORNIRE AUSILI APPROPRIATI

FAR INDOSSARE OCCHIALI E PROTESI ACUSTICHE IN USO

ADEGUARE ABBIGLIAMENTO e CALZATURE

RICONCILIAZIONE DELLA LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Le doppie spondine



Le spondine



- Sono il mezzo di contenzione più utilizzato in tutti i contesti di cura (ospedale-RSA-domicilio).
- I letti ne sono provvisti.
- Sono generalmente ben tollerate dalla persona,
- Utilizziamo le spondine per sicurezza: nostra, della persona assistita, dei familiari.

... tuttavia non sono sempre il mezzo più sicuro

Spondine **SI** Spondine **NO**

La persona è costretta
a letto o sollevatore
dipendente

La persona non è
né indipendente né
immobile

La persona può
muoversi senza
aiuto da parte del
personale

La persona è
confusa e
disorientata

VALUTA IL POSSIBILE
RISCHIO ASSOCIATO
ALL'UTILIZZO DELLE
SPONDINE

VALUTA IL RISCHIO
ASSOCIATO
ALL'UTILIZZO DELLE
SPONDINE

VALUTA IL RISCHIO
ASSOCIATO
ALL'UTILIZZO DELLE
SPONDINE

La persona è
soporosa

PUOI UTILIZZARE LE
SPONDINE

VALUTA IL POSSIBILE
RISCHIO ASSOCIATO
ALL'UTILIZZO

VALUTA IL RISCHIO
ASSOCIATO
ALL'UTILIZZO DELLE
SPONDINE

La persona è
orientata e
vigile

PUOI UTILIZZARE LE
SPONDINE

PUOI UTILIZZARE LE
SPONDINE

PUOI UTILIZZARE LE
SPONDINE

La persona è in
coma

PUOI UTILIZZARE LE
SPONDINE

National Patient Safety
Agency
UK 2007

Le spondine

L'intrappolamento tra le spondine non è un rischio casuale, ma di solito è correlato ad un design obsoleto, alle spondine in uno stato scadente di manutenzione, o alla combinazione non sicura di letto, materasso e spondine.

...Come possono essere ridotti i rischi?



...Come possono essere ridotti i rischi?

Le mezze spondine in certe posizioni potrebbero avere spazi di intrappolamento.

Se si lascia il paziente inosservato, fare attenzione allo spazio tra le spondine: deve essere meno di 6 cm o più di 25 cm, per evitare di intrappolare la testa e il collo



Come possiamo ridurre il rischio di complicanze associate all'uso delle spondine?



Utilizza delle coperture (paracolpi) per le spondine:

1. per ridurre il rischio che i pazienti battendo le gambe e le braccia sulla spondina si procurino dei traumi;
2. per evitare che restino intrappolati tra le sbarre.



19 MARZO 2021

Scienze Umane:
Disuguaglianza e malattia
mentale

LEGGES BASAGLIA

Progetto Educazione Civica

Bernardi Silvia, Fenino
Lucrezia, Rocchitelli Michela

Legge 180

Italia: primo paese in
Europa senza manicomi

- 13 Maggio 1978
- Malati: stessi diritti di cittadinanza delle persone sane
- Strettamente collegata a chiusura dei manicomi
- No esclusione ed emarginazione
- Sostituisce la Legge 36 1904



Reinserimento dei malati
nella vita sociale

BORSE-LAVORO: previste dalla
legge 68 del 1989



Nascita Manicomi

- Fondati nel 1793 da Pinel
- ITALIA: "La Reale Casa de' Matti"
- Miraglia: NO strumenti coercitivi





C'era una volta la città dei matti, 2010