



Politiche e servizi sociali

LA NOTTE DELL'ASSISTENZA

**“I vecchi legati”:
quali alternative?**

a cura di Luciano Belloi
e Camillo Valgimigli

FrancoAngeli

LA NOTTE DELL'ASSISTENZA

Della contenzione geriatrica non si parla, non se ne scrive, ma la si applica. Non è mai regolata e quindi è come se non avvenisse. Eppure anche nel nostro Paese la diffusione della pratica della contenzione meccanica e farmacologica nelle strutture per anziani ospedaliere e residenziali, pubbliche, private e del privato sociale, è molto praticata, con una prevalenza variabile dal 17,5 % al 51,7%. Questo significa che oggi in Italia una percentuale altissima di anziani dementi, non autosufficienti, con danni cognitivi, spesso con comportamenti aggressivi e violenti, definiti addirittura "pericolosi per sé e per gli altri" (incontenibili, appunto!) vengono contenuti, legati al letto. Resta comunque un fatto ignorato, rimosso, tabù, perché la contenzione richiama alla mente una sorta di "notte dell'assistenza", fatta di carenze quantitative e qualitative del personale, di strutture improvvisate in un mercato che non stabilisce neppure i minimi requisiti non solo per garantire competenze e professionalità, ma soprattutto per rispettare l'umanità e la dignità degli anziani dementi ricoverati.

Le conseguenze della contenzione sono state ampiamente descritte e i danni (traumi meccanici, malattie funzionali e organiche, sindromi della sfera psicosociale) sono tali da sconsigliarne l'uso. Di fronte a questo atteggiamento culturale di tolleranza e accettazione delle pratiche coercitive, crediamo invece che sia giunto il momento di mettere in luce con questo volume un problema così angosciante, inquietante e drammatico. Vengono qui analizzati gli aspetti clinici, giuridici, medico-legali, deontologici, etici e assistenziali relativi ai "vecchi legati", con lo specifico intento di dimostrare che le corde non curano mai.

All'interno di questo quadro di riflessione, il contributo di Giovanni Iorio, con la presentazione delle *Linee Guida a sostegno delle azioni di tutela e di garanzia dell'anziano non autosufficiente assistito nei servizi ospedalieri e residenziali* adottate a livello modenese, costituisce un esempio concreto di possibili risposte, sia pure parziali, ai problemi qui esaminati.

Il volume è stato curato da *Luciano Belloi*, geriatra, allievo del prof. Gian Paolo Vecchi, professore associato di Geriatria e Gerontologia presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, e da *Camillo Valgimigli*, psichiatra, psicoterapeuta, professore a contratto presso la Scuola di specializzazione in Geriatria e Gerontologia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, componente privato di Corte d'Appello di Bologna per i minorenni della Regione Emilia Romagna.

Prefazione, di <i>Alberto Caldana</i>	pag. 9
Parliamo di contenzione fisica, di <i>Luciano Belloi</i>	» 11
La notte dell'assistenza: le corde non curano mai, di <i>Camillo Valgimigli, Mara Liverani</i>	» 13

Parte prima

I disturbi del comportamento, le basi biologiche, di <i>Mirco Neri</i>	» 27
Il trattamento del comportamento agitato nella demenza, di <i>Luc Pieter De Vreese</i>	» 36
La dimensione del problema: epidemiologia della contenzione, di <i>Maria Gemma Tedeschi, Davide Zaccherini</i>	» 69
Anziano non autosufficiente: etica e deontologia, di <i>Antonio Mantovani</i>	» 77
Legittimità o illegittimità dei provvedimenti contenitivi e coattivi nei pazienti dementi, di <i>Enzo Castiglione</i>	» 86
Gli aspetti medico-legali, di <i>Salvatore Luberto</i>	» 93
Assistenza agli anziani e qualità della professione: il ruolo dell'Ordine dei medici, di <i>Nicolino D'Autilia</i>	» 103
L'infermiere di fronte al problema della contenzione: responsabilità, aspetti etici, comportamentali operativi, nuovo ruolo professionale, di <i>Giancarla Calvi</i>	» 112
Un "problema" affrontato dalla Comunità modenese, di <i>Giovanni Iorio</i>	» 119

Parte seconda

La contenzione nell'anziano. Definizione, indicazioni e metodologia di intervento: ruoli, comportamenti, strumenti e direttive per gli infermieri e gli operatori socio-assistenziali, di <i>Alessandro Pirani, Maria Claudia Mazzuca, Anna Bonzagni, Antonietta Malaguti, Franca Della Piana, Micaela Mazza, Luciano Belloi</i>	pag. 137
La prevenzione della contenzione attraverso l'atteggiamento terapeutico del personale nei nuclei Alzheimer, di <i>Marco Manfredi</i>	» 159
Quali strumenti per la prevenzione della contenzione? L'ipotesi ambientale, di <i>Piero Angelo Bonati, Patrizia Valla</i>	» 176
Clinica geriatrica e contenzione, di <i>Luciano Belloi</i>	» 191
La formazione sul tema della contenzione: alcune riflessioni sui tempi e i modi di una azione efficace, di <i>Andrea Cavicchioli</i>	» 210
Le grandi orecchie dei <i>caregivers</i> nelle tutele e garanzie degli anziani non autosufficienti dementi, di <i>Mara Liverani, Camillo Valgimigli</i>	» 216
Conclusioni, di <i>Luciano Belloi, Camillo Valgimigli</i>	» 226
Postfazione, di <i>Gianfranco Salvioli</i>	» 228
Gli Autori	» 231

LA CONTENZIONE NELL'ANZIANO.

DEFINIZIONE, INDICAZIONI E METODOLOGIA D'INTERVENTO: RUOLI, COMPORTAMENTI, STRUMENTI E DIRETTIVE PER GLI INFERMIERI E GLI OPERATORI SOCIO-ASSISTENZIALI.

Pirani Alessandro, Mazzuca M. Claudia, Bonzagni Anna, Malaguti Antonietta, Della Piana Franca

UNITÀ DI VALUTAZIONE E ASSISTENZA GERIATRICA

GRIGI  **GRUPPO DI RICERCA GERONTOLOGICO-GERIATRICA INTERDISCIPLINARE OPERATIVO**

Istituto "**G. B. Plattis**", Via Vicini 5, 44042, Cento, (FE), Tel. 051-903048 Fax 051-6831162.

PREMESSE

La cronaca riporta con una certa frequenza notizie di abusi sugli anziani o handicappati, procurati sia al domicilio che in istituto, di cui la contenzione, cioè il "legare i vecchi", rappresenta una delle manifestazioni più frequenti. Parlare di **contenzione** è argomento difficile in quanto lede il primo fondamento di una società civile che è rappresentato dal diritto alla libertà individuale salvaguardata dall'ordinamento democratico, tant'è che nei testi di formazione per il personale assistenziale non si trovano capitoli specifici dedicati all'argomento.

Salvo sporadiche eccezioni (1), si entra nel merito dell'argomento solo per ribadire che la contenzione non deve **mai** essere utilizzata e deve essere esclusa dai provvedimenti eseguibili nella quotidiana assistenza alle persone non autosufficienti. Qui non si vuole affermare il principio che la contenzione sia una metodica assistenziale "giusta", "corretta", ma è altrettanto vero che non è sufficiente negarne l'esistenza o proibirne l'esecuzione per considerare risolto il problema.

Demonizzare la "contenzione" e bandirla rimane un esercizio sterile qualora non ci si proponga di risolvere il

problema tramite un percorso scientifico e pragmatico, condotto secondo le tecniche del Total Quality Management (2), che tenga conto in primis delle motivazioni e componenti umane, tecniche ed operative che lo generano.

Dalle relative risultanze si possono delineare e predisporre i provvedimenti sostitutivi ed alternativi e quali siano gli ambiti operativi e le situazioni ineluttabili in cui le controindicazioni alla "contenzione" siano inferiori ai benefici attesi.

Concettualmente la miglior pratica assistenziale non usa per definizione i mezzi di contenzione ed è l'obiettivo sempre da perseguire. In una società civile è ovvio e facile che tutti si condivida questo assunto. Più difficile, nella pratica quotidiana, applicarlo sempre ed essere sempre responsabilmente sicuri di avere fatto la scelta migliore per assistere quella determinata persona collocata in un determinato contesto socio-ambientale.

Ci avvarremo di alcuni esempi per entrare nel cuore del problema.

Primo esempio. I programmi assistenziali di prevenzione delle cadute senza l'uso di mezzi di contenzione hanno come obiettivo di "minimizzare" (**non eliminare**) il rischio di caduta (3).

A sostegno di questa posizione vengono portati dati che mostrano come "**solo**" il " 3% - 5 % delle cadute negli ultra65enni determina fratture di cui 1 % all'anca"... mentre negli ultra85enni la percentuale sale al 10 % ..". (3).

Poiché l'età media degli anziani non autosufficienti istituzionalizzati in Italia

corrisponde a circa 82 anni (4) è evidente che il rischio di avere fratture con serie conseguenze non è così teorico, insignificante e " normale" come i fautori di questi programmi enfatizzano. Una recente ricerca condotta su anziani istituzionalizzati nel nostro paese e durata sei mesi, rileva che nel periodo considerato "...il 28.1 % degli ospiti è caduto, il 50 % senza conseguenze, **il 14.2 % con fratture ossee, il 28.5 % con lesioni minori dei tessuti molli, il 7,3 % con patologia traumatica articolare..** " (5).

Problema: Se tra gli obiettivi assistenziali vi è anche quello di *azzerrare completamente* il rischio di caduta, la rimozione di tutti fattori predisponenti personali ed ambientali è sempre sufficiente a garantirne il conseguimento?

In qualche caso il ricorso mirato alla contenzione può fornire quella certezza di tutela globale di cui siamo alla ricerca.

Secondo Esempio. E' noto che in assenza di impianti di climatizzazione, durante il periodo estivo vi è un picco di ricoveri ospedalieri e di mortalità dovuto a squilibrio dei meccanismi omeostatici di termoregolazione corporea ed a disidratazione negli anziani non autosufficienti. Questo fenomeno si manifesta non tanto per un sine-cura assistenziale ma soprattutto perché spesso gli anziani stessi si rifiutano o non sono in grado, anche se ripetutamente stimolati, di collaborare ad una sufficiente idratazione a causa delle condizioni generali critiche. Non è infrequente, in una struttura di medie dimensioni, che una decina di anziani debbano praticare terapia reidratante parenterale a bassa velocità di infusione (1-2 cc. / min.) per non scompensare il labile equilibrio emodinamico e quindi continua nell'arco delle 24 ore.

Problema: poiché i turni notturni (che di norma iniziano verso le 20) non hanno la stessa dotazione di personale

dei diurni e risulta quindi più difficile garantire lo stesso livello di sorveglianza, come si può essere ragionevolmente sicuri che l'anziano, spesso confuso, non si sfilì l'ago e si procuri lesioni involontarie anche serie ?

L'applicazione corretta di un idoneo mezzo di contenzione, limitatamente ai periodi di tempo in cui il personale assistenziale è impegnato in altre mansioni, è un provvedimento che può aiutare ad effettuare una sicura e regolare terapia infusiva.

Avendo in mente l'importanza per l'anziano della continuità ed intensità assistenziale, ai responsabili del suo programma assistenziale spetterà imboccare il percorso più utile all'anziano, scegliendo tra il rischio di ospedalizzazione impropria con le connesse sequele negative ed il rischio legato all'uso, limitato e mirato, di mezzi di contenzione.

E' frequente che d'estate i mass-media riportino i decessi causati dal caldo eccessivo; meno frequente che entrino nel merito delle problematiche gestionali che si riflettono fisiopatologicamente sulla omeostasi dell'anziano alterandola irreversibilmente.

La doverosa opera di denuncia e esecrazione degli abusi nell'applicazione dei mezzi di contenzione non dovrebbe essere disgiunta da una approfondita analisi del contesto e delle problematiche causali all'evento divulgato e degli atti compiuti fatti per evitare, in scienza e coscienza, eventi avversi in una popolazione malata ed indifesa.

Il contenuto provocatorio di queste premesse vuole tentare di dimostrare come il problema della contenzione non sia sempre chiaramente delimitabile in una aprioristica concezione negativa ma invitare ad una serena riflessione sull'applicazione sistematica di questo concetto.

DEFINIZIONE

E' indispensabile delimitare e definire con chiarezza l'argomento di cui vogliamo trattare.

Il termine "contenzione" non è sufficientemente esaustivo e per certi versi è fuorviante in quanto è evocativo del concetto del "legare" gli anziani per non assisterli o per non esserne infastiditi e non del concetto di prevenzione di danni e lesioni.

Se si parla genericamente di "contenzione" si indica solo il "mezzo" e non il "fine", "l'obiettivo" e questo sicuramente contribuisce a non delineare un confine netto tra uso ed abuso per cui alla fine il termine diventa solo sinonimo di abuso.

Gli operatori assistenziali che propongono ed attuano la contenzione

devono essere ben consapevoli (e quindi informati !) che **questo atto deve essere centrato sempre sulla persona nella sua globalità e non sulle sue manifestazioni** e che l'obiettivo che ci si prefigge di conseguire è **l'aiuto assistenziale** e non la riduzione del lavoro assistenziale.

E' importante che gli operatori si abituino ad associare al concetto di contenzione sempre il concetto di prevenzione.

Per questo motivo di seguito il termine "contenzione" sarà sostituito con "Misure Contentive di Salvaguardia (dell'integrità psico-fisica)" (M. C. S.).

Nelle "Misure Contentive di Salvaguardia (dell'integrità psico-fisica)" sono comprese sia quelle strumentali che quelle farmacologiche.

INDICAZIONI

Si può evitare l'applicazione di "M. C. S. " ?

Dal punto di vista teorico non esiste una precisa indicazione: infatti dovrebbe sempre essere possibile disporre di personale in misura adeguata a garantire assistenza e sorveglianza continua nelle 24 ore e nell'ambiente più consono alle condizioni delle persone non autosufficienti.

Dal punto pratico, secondo l'ottica legale, in caso di lesioni riportate da anziani in seguito ad es. a cadute, agli operatori sarà contestato ed imputato non tanto la mancata applicazione di "M. C. S." ma bensì il **mancato rispetto degli standard di monitoraggio e sorveglianza necessari alla tutela di quella persona** (6).

E' qui risiede il nodo cruciale della questione.

Di quali standard di personale si deve disporre per potere monitorare e sorvegliare uno o più anziani affetti da grave deterioramento cognitivo, wandering, con altri fattori di comorbidità generanti ad es. un alto rischio di caduta, per **avere l'assoluta certezza di prevenire** la caduta dell'anziano e l'innescò di uno dei più classici e ricorrenti "circoli viziosi" geriatrici (caduta → frattura → decesso a seguito di intervento chirurgico o di sindrome da immobilizzazione) ?

Anche in presenza di tutti i ritrovati tecnologici ed ambientali per migliorare la sicurezza delle condizioni abitative di questi soggetti, gli standard di personale devono essere più elevati di quelli previsti e rimborsati dalle vigenti normative nazionali ed internazionali

E' pertanto l'assetto bio-psico-sociale che condiziona l'indicazione alla applicazione delle M. C. S. .

Se un'anziano, inquadrabile nella casistica sopra tratteggiata, ha bisogno di terapia intensiva (ad es. un ciclo di

fleboclisi), qualora sia inserito in un contesto familiare dotato di buone possibilità economiche, potrà essere accudito dai familiari e/o da personale tutelare ed infermieristico privato in misura adeguata a garantire l'effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore sia a casa che in struttura .

Tuttavia questa situazione rappresenta più un'eccezione che la norma. Nella maggior parte dei casi le insufficienti disponibilità economiche e/o l'assenza di un valido nucleo familiare non consentono interventi assistenziali di questo tipo.

L'applicazione mirata di M. C. S. diventa una "inevitabile" supplenza assistenziale quando la dotazione di personale è inadeguata rispetto ai bisogni di sorveglianza ed assistenza continuativa.

E' importante puntualizzare che il concetto di inadeguata dotazione di personale non fa riferimento solo ad un parametro standard numerico definito (operatori/utenti) ma può anche essere:

contingente: ad es. alto tasso di personale assente per malattie epidemiche;

relativo: ad es. alla configurazione edilizia della struttura o alla tipologia dell'utenza con un carico di lavoro assistenziale particolarmente onerosa.

In sostanza il rapporto personale assistenziale/utenti potrebbe essere adeguato ma diventare insufficiente ad es. se collocato in una vecchia e dispersiva struttura distribuita su più piani o adibito ad una casistica particolarmente grave dal punto di vista clinico e comportamentale e quindi con alto ritmo di turnover.

E' risaputo che quando il carico di lavoro assistenziale supera permanentemente le capacità erogative del personale assegnato, la naturale conseguenza è il dilagare del tasso di burn-out accompagnato da un progressivo incremento del fenomeno dell'assenteismo nel personale.

La conseguente mancata copertura dei turni porta inevitabilmente ad una riduzione della attività assistenziale (ad es. gli anziani non vengono alzati) e ad aumento della contenzione.

Lo studio dei carichi di lavoro assistenziale offre, tra le altre opportunità, la possibilità di conoscere l'esatto monte-ore assistenziale richiesto da ogni nucleo ed una chiave di lettura per riequilibrarne l'assetto laddove necessario (7).

In questo modo si favorisce un'attività assistenziale più consona ai rapporti predeterminati operatori/utenti recuperando gli spazi previsti per compiti di sorveglianza della casistica a rischio ed evitando l'applicazione impropria di M.C.S. .

Fatte queste debite premesse, le indicazioni alla applicazione mirata di M. C. S. emergono a seguito di una specifica metodologia che attui un processo di **valutazione globale degli ambiti funzionali e relative situazioni** incontrovertibilmente bisognose di supplenza assistenziale (Tab. I).

L'ambito funzionale deve essere ristretto **esclusivamente ai soggetti affetti da stato confusionale sia transitorio che cronico** cioè patologicamente privati delle normali capacità di "intendere e volere" che consentono alle persone adulte sane di attuare autonomamente comportamenti a salvaguardia della propria integrità bio-psico-sociale.

In questo ambito funzionale, le situazioni che possono richiedere l'applicazione mirata di M. C. S. sono riferibili:

1. al procurarsi o procurare danni o lesioni che alterino l'integrità psico-fisica e la dignità della persona stessa o di altre persone (ad es. anziani con deambulazione difficoltosa ad alto rischio di caduta e frattura, coprofagia, auto- o eterolesionismo, etc.);

2. alla necessità di trattamenti terapeutici intensivi e continuativi in assenza dei quali si può configurare l'omissione di soccorso (ad esempio, cicli di fleboclisi reidratanti, alimentazione parenterale, etc.).

Al di fuori di queste indicazioni l'applicazione di M. C. S. perde il significato di prevenzione per assumere quello ingiustificato di strumento di limitazione dei diritti dell'uomo (8).

L'uso improprio delle M. C. S. può configurarsi per gli operatori assistenziali come "reati contro la persona" che comprendono il sequestro di persona (art. 605 c. p.), i maltrattamenti (art. 572 c. p.) e l'omicidio colposo (art. 591 c. p.) (9).

TABELLA I

Indicazioni alla applicazione mirata di "Misure Contentive Di Salvaguardia"

Ambito funzionale

Soggetti affetti da stato confusionale sia transitorio che cronico

Situazioni bisognose di supplenza assistenziale

Procurarsi o procurare danni o lesioni che alterino l'integrità psico-fisica e la dignità della persona stessa o di altre persone

Necessità di trattamenti terapeutici intensivi e continuativi

Si parla quindi di applicazione impropria in tutti i casi non compresi nella tab. I ed in particolare nei seguenti :

- wandering senza rischio di caduta;
- agitazione psicomotoria senza spunti violenti;
- problemi comportamentali dovuti a disturbi mnesici (ad es. il paziente espleta i bisogni corporali fuori dal bagno);
- problemi di deambulazione senza particolare rischio di caduta;
- necessità di posture particolari.

Si deve inoltre ricordare il rischio che le M. C. S. possano sempre provocare danni e lesioni indipendentemente dalla correttezza dell'indicazione e dell'applicazione(10,11).

METODOLOGIA D'INTERVENTO

Obiettivo: quando si renda "inevitabile", l'applicazione di M. C. S. deve essere la risultante di un processo in cui il team assistenziale ha esperito, "in scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, correzione e rimozione tutte le cause di **impropria applicazione**.

Il rischio di caduta in un'anziano può essere scatenato da cause iatrogene, mancato fornitura di adeguati presidi ed ausili quali deambulatori, mancato o inadeguato trattamento riabilitativo, mancato riconoscimento di patologie sommerse quali aritmie, anemia, ipotensione ortostatica, etc.

La metodologia d'intervento per l'applicazione di M. C. S. deve essere articolata all'interno del progetto assistenziale individuale i cui capisaldi sono :

- a) la **continuità assistenziale** ossia l'organizzazione dell'assistenza in modo da avere sempre sotto controllo la situazione dell'anziano;
- b) la presenza di una **équipe assistenziale multidisciplinare** che operi utilizzando le tecniche di **valutazione funzionale multidimensionale** (V F M) (12);

- c) **l'assunzione di responsabilità** nell'applicazione di M. C. S. da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza ;
- d) la rimozione di tutte le situazioni di **impropria applicazione di M. C. S.**

ÉQUIPE ASSISTENZIALE MULTIDISCIPLINARE

L'assistenza all'anziano affetto da malattie croniche invalidanti dovrebbe sempre essere assicurata da un team assistenziale composto da un'équipe multidisciplinare in grado di :

- **erogare assistenza sanitaria, tutelare e riabilitativa continuativa ai fini del recupero, mantenimento e monitoraggio dello stato funzionale;**
- **utilizzare routinariamente la V F M** per determinare i bisogni assistenziali ed elaborare il **Piano Assistenziale Personalizzato (P A P)** dell'anziano.

In letteratura un'équipe che abbia queste caratteristiche operative assume la denominazione di **Unità di Valutazione ed Assistenza Geriatrica** (UVAG) (13).

La composizione professionale dell'UVAG si diversificherà in base alla collocazione abitativa dell'anziano (domicilio, istituto, ospedale) ma in genere è riferibile a quanto indicato nella Tab. II.

La capacità dell'UVAG di individuare, diagnosticare e risolvere le problematiche dell'anziano si riflette anche sulle problematiche delle M. C. S. mediante :

1. la valutazione di strategie alternative;
2. la rimozione di tutti gli stressors e barriere ambientali;
3. la rimozione di tutte le situazioni inadeguate;
4. la quotidiana verifica della correttezza delle indicazioni ed applicazioni.

TABELLA II

Team assistenziale multidisciplinare :
Unità di Valutazione ed Assistenza

Geriatrica
Composizione professionale
STAFF PERMANENTE
Medico (Geriatra, Medico di Medicina Generale)
Responsabile Attività Infermieristiche
Responsabile Attività Assistenziali
Terapista della Riabilitazione
CONSULENTI
Direttore di Struttura
Coordinatore Struttura
Responsabili servizi territoriali
Assistenti Sociali
Medici Specialisti
Psicologi
Ergoterapista, Animatore
Dietologo
Collaboratori tecnici
Etc.

Il protocollo della VFM, di cui nella Tab. n. III è illustrata una proposta, deve essere impostato, attingendo dall'ampia messe di strumenti validati in uso nella valutazione geriatrica, in modo da consentire a tutti i componenti dell'UVAG di sondare compiutamente l'assetto bio-psico-sociale e funzionale dell'anziano secondo gli aspetti di pertinenza professionale ed insieme predisporre il P A P. Questo percorso consente di individuare, in base alle specifiche

TABELLA III
Valutazione Funzionale Multidimensionale
Proposta di Protocollo

A R E A B I O L O G I C A
Anamnesi, malattie e comorbidità
Esame Obiettivo
Esame Clinico e Funzionale Muscolo-Sch.
Esame Clinico e Funzionale Neuromotorio
Esame della Cute (Scala di Norton, etc.)
Stato Nutrizionale e dentale (Mini Nutritional Assessment, etc.)
Esami di laboratorio, ECG
Parametri Vitali (Pressione arteriosa, Ventilazione, etc)
A R E A P S I C O L O G I C A
Stato cognitivo (SPMSQ, MMSE, etc.)
Stato affettivo (SVEBA, GDS, etc.)
Stato Comportamentale (Nursing Home Behavioral S., UCLA, etc)
Stato di coscienza (Glasgow Coma Scale)
A R E A F U N Z I O N A L E
Stato funzionale (A D L Index, IADL, Barthel Index, etc.)
Equilibrio e deambulazione (Tinetti Scale, etc.)
Valutazione Parkinson (Unified Parkinson Disease Scale, etc.)
Valutazione esiti ictus (Hemiplegic Assessment Scale, etc.)
A R E A S O C I A L E
Anamnesi Sociale
Motivo ingresso,
Scala del network istituzionale (Kane, etc.)
Valutazione rete formale ed informale (YALE modificata, etc.)
Benessere Residenziale

problematiche individuali rapportate alle forze assistenziali disponibili, la presenza di indicazioni alle M. C. S. e di inserirle come parte integrante del PAP.

Il monitoraggio dell'anziano dipende dalla traduzione della VFM in un **sistema informativo integrato e flessibile** che raccolga tutte le informazioni che gli operatori assistenziali desumono dall'anziano nell'arco della giornata (14).

La realizzazione di un monitoraggio efficace è il presupposto affinché le M. C. S. conservino un ruolo di straordinarietà e di eccezionalità di impiego.

RUOLI

Come si vede dall'articolazione di questo processo (Tab. n. V), **ogni operatore assistenziale che ruota attorno all'anziano ha un ruolo preciso nel richiedere, applicare e gestire le M. C. S.**: nessuno può chiamarsi fuori qualora vi sia un uso improprio, inadeguato o nocivo.

A ruoli diversi competono diversi gradi di responsabilità.

Considerati gli importanti effetti che le M. C. S. hanno sulla salute delle persone (Tab. n. IV) (9), la loro applicazione è equiparabile a qualsiasi atto medico che deontologicamente deve sempre essere fatto con "scienza e coscienza" e con una precisa assunzione di responsabilità.

TABELLA IV

Effetti collaterali della contenzione

Lesioni dei tessuti molli (Contusioni, abrasioni, decubiti)
 Lesioni neurologiche periferiche
 Fratture ossee
 Lesioni vascolari
 Sindrome da immobilizzazione
 Aumento della mortalità

TABELLA V

Fasi del processo di applicazione di
 Misure Contentive di Salvaguardia

1. segnalazione del bisogno e richiesta di intervento (Aadb, I.P. , RAA, medico)
2. identificazione dei fattori di rischio prevenibili (AADB, I. P. , RAA, medico);
3. valutazione e selezione delle risposte più idonee (UVAG + operatori assistenziali coinvolti);
4. se indicata, scelta di idonea M. C. S. (UVAG + operatori assistenziali);
5. valutazione rapporto rischi/benefici (UVAG + operatori assistenziali coinvolti nella gestione delle M.C.S.);
6. eventuale predisposizione di M. C. S. alternativa a quelle in uso (UVAG + collaboratori tecnici);
7. predisposizione per il corretto uso (tipo, zona di applicazione, durata e tempi, controllo effetti collaterali) mediante prescrizione concordata su apposito modulo (UVAG) ;
8. variazione del PAP rispetto alle indicazioni formulate nella prescrizione della M. C. S. (UVAG) ;
9. illustrazione agli operatori assistenziali delle specifiche operative (punto 7) (RAA, Responsabile I. P., T. d. R.);
10. verifica conseguimento obiettivi di salvaguardia previsti (UVAG + operatori assistenziali)

L'assunzione di responsabilità è un punto critico nella problematica delle M.C.S. ma qualificante a garanzia di un uso secondo indicazioni corrette.

La responsabilità principale nella prescrizione della M. C. S. è ascrivibile al medico che ha la titolarità della gestione del caso.

Poiché comunque non è mai l'unico attore della gestione della M.C.S. e quasi mai il richiedente, le responsabilità inerenti alla prescrizione ed al corretto impiego vanno concordate e ridistribuite con gli altri componenti permanenti dell'UVAG e con tutti gli operatori assistenziali interessati secondo un preciso percorso metodologico.

La tabella n. V illustra la complessa articolazione del processo di applicazione delle M. C. S. ed i ruoli che hanno nei vari momenti i vari operatori assistenziali.

La congruità tra segnalazione del bisogno e proposta d'intervento (Punto 1) deve basarsi su una corretta identificazione dei fattori di rischio prevenibili (punto 2).

In questa fase sono utili profili precodificati ed algoritmi (Tab. n. V) che enucleino dal contesto dell'anziano l'effettiva presenza di uno o più fattori di rischio (di caduta , di denutrizione, di eterolesionismo, etc.) (3).

Il punto 3 è il più critico nella progressione del processo. E' a questo livello che si deve ottimizzare l'assetto assistenziale (ambiente, farmaci, riabilitazione-riattivazione, approccio degli operatori, gentle care, neurotraining, famigliari, etc., etc...) per non tralasciare ogni possibilità minima di evitare le M. C. S.

In caso di insuccesso si passa al punto 4 e cioè alla scelta della M. C. S. ed al protocollo di intervento.

E qui possono verificarsi situazioni che creano un problema "aperto" alla riflessione e cioè :

Quali sono i criteri di scelta che un'équipe assistenziale deve seguire per

giudicare se una M. C. S. è idonea alla situazione ?

TABELLA VI

Profilo Per Identificare Gli Anziani Ad
Alto Rischio Di Caduta.

1. Età Avanzata
Da 70 ad 84 anni: rischio presente
≥ 85 anni: rischio elevato
2. Stato mentale alterato
Deliro/demenza
Lo stato confusionale intermittente determina il rischio più elevato
3. Stato psico-sociale o affettivo alterato
Agitazione
Aggressività
Depressione
Negazione dello stato di malattia
4. Attuale o potenziale incontinenza
Il rischio più elevato si presenta se il soggetto è autonomo nell'uso del bagno ed incontinente
5. Cambio di ambiente
Nuovo ingresso
Cambio di camera nella struttura
6. Storia di cadute
Esiste un rischio se vi sono state 1 o 2 cadute negli ultimi 6 mesi
Il rischio aumenta molto se le cadute sono state numerose
7. Debilitazione o debolezza
8. Confinamento su una sedia
9. Menomazioni visive
10. Ipotensione ortostatica
11. Disturbi Equilibrio e Deambulazione
12. Farmaci
Anestetici, Antidepressivi, Antistaminici, Antipsicotici, Anticonvulsivi, Benzodiazepine, Cardiovascolari, Ipoglicemizzanti, Narcotici

Quali sono gli strumenti per verificare se l'équipe assistenziale possiede le conoscenze specifiche in merito?

La scarsa formazione che si fa in genere sull'argomento, lascia pensare che si debba percorrere molta strada sul tema dell'aggiornamento.

Ai responsabili dei servizi tutelari ed infermieristici spetta informare, sensibilizzare e coinvolgere opportunamente il personale ad essi affidato in particolare in merito a quanto previsto nei punti 7, 8, 9, 10, della Tab. VI per consentirgli di assumersi consapevolmente la responsabilità del loro operato.

COMPORTAMENTI

E' la parte più difficile da realizzare poiché l'esecuzione di atti rilevanti ai fini della salute della persona viene affidata e gestita da operatori che non sono i prescrittori e non sempre sono adeguatamente formati e consapevoli dell'importanza e dei significati insiti nell'applicazione di M. C. S.

La Tab. n. VII indica i punti salienti che devono essere attuati se si vogliono determinare comportamenti operativi corretti, affidabili e responsabili da parte degli operatori assistenziali.

Formare.

Anche in campo assistenziale non può esservi un miglioramento senza un adeguamento costante delle conoscenze sui progressi compiuti nel settore.

Si sottolinea con enfasi che tutti gli operatori coinvolti nell'erogare assistenza agli anziani devono essere adeguatamente formati e regolarmente aggiornati su queste delicate tematiche come già fatto in altre realtà (15).

Ogni amministrazione responsabile di erogare assistenza istituzionalizzata o territoriale ha il

compito di formare periodicamente il personale.

In particolare sul tema specifico il corso di formazione deve instillare alcuni concetti:

- 1) Le M. C. S. non sono strumenti di riduzione del carico di lavoro e spesso sono responsabili di lesioni (vedere Tab. n. IV) che possono portare fino alla morte;
- 2) Si deve sempre considerare dapprima l'adozione di strategie alternative (uso di protocolli, linee guida, adeguamenti ambientali, etc) che rappresentano la strada per migliorare l'assistenza e quindi anche il lavoro assistenziale;
- 3) Se tutto ciò si rivela infruttuoso solo allora si potranno considerare le M. C. S..

TABELLA VII

Misure Contentive di Salvaguardia :
elementi basilari per generare
comportamenti operativi corretti

Formare
Coinvolgere
Insegnare a Osservare e Comunicare
Osservare
Comunicare

Coinvolgere.

Il primo passo per ottimizzare l'applicazione delle M. C. S. risiede nella capacità di coinvolgere gli operatori assistenziali ed i familiari a perseguire precisi scopi ed obiettivi assistenziali messi a punto secondo indicazioni corrette e nell'ambito della salvaguardia e tutela della persona (vedere Tab. n. I e II).

Agli operatori devono essere sempre spiegato chiaramente per quali fini si

aderisce ad una richiesta di applicazione di M. C. S. o viceversa le motivazioni per cui viene rifiutata.

Agli operatori deve essere sempre ben chiaro che il fine non è la riduzione del carico di lavoro che anzi può aumentare (16) ma il completamento dell'assistenza.

Insegnare a Osservare e Comunicare

Gli operatori assistenziali devono essere istruiti a sapere osservare e riportare con esattezza ogni più piccolo dettaglio che possa aiutare a decifrare il comportamento degli anziani ed a predisporre risposte coerenti e non coercitive.

Questo punto assume ancora maggiore rilievo se si considera che per accedere ai corsi di qualificazione è richiesto solo il diploma di scuola media inferiore.

Inoltre i corsi di qualificazione non formano a sufficienza su tematiche assistenziali complesse come l'assistenza all'anziano affetto da malattie croniche invalidanti e sulla complessa relazionalità a cui l'operatore deve attenersi per non scatenare reazioni inconsulte ma prevedibili. (Come vengono considerati dal demente gli operatori che gli praticano cure igieniche ? Esattamente alla stregua di sconosciuti che compiono atti non leciti e quindi vengono interpretati come aggressori verso cui il demente attua una più che comprensibile reazione di difesa con atti violenti).

Oltre alla capacità di osservare è importante insegnare agli operatori a comunicare correttamente ciò che osservano agli altri operatori assistenziali. Gli operatori assistenziali vanno istruiti a comportarsi come "terminali sensoriali" , " sonde" che consentono all'UVAG di effettuare un attento monitoraggio e quindi la continuità assistenziale.

Osservare.

Che cosa osservare? Tutto. Gesti, ritualità, suoni, parole, eventi scatenanti, abitudini, etc. : quanto più si riesce a "bucare" del vissuto e della personalità dell'anziano tanto più si potranno adottare comportamenti consoni ed evitare le M. C. S.

Comunicare.

La formalizzazione della trasmissione delle informazioni mediante schede precodificate, soprattutto nell'ambito della consegna integrata, è di grande importanza in quanto soccorre spesso una mancata conoscenza di problematiche specifiche da parte degli operatori.

Un altro vantaggio costituito dagli strumenti informativi precodificati e l'obbligo di adottare una uniformità di espressione in merito alle medesime cose osservate, eliminando errori comunicativi fonti di fraintendimento e quindi di possibili applicazioni di M. C. S..

Un esempio di questo tipo di approccio è riportato nella scheda che descrive i problemi comportamentali degli anziani (17) (Appendice – Modulo A).

STRUMENTI

Gli strumenti si suddividono in due settori :

1. la documentazione relativa alla prescrizione e monitoraggio della M. C. S.;
2. le attrezzature specifiche per attuare le M.C.S..

LA DOCUMENTAZIONE

La prescrizione della M.C. S. deve essere scritta e dettagliata su apposito modulo visionabile in qualsiasi momento al pari di un prospetto di terapia farmacologica.

Il set minimo di informazioni che deve raccogliere (vedere Appendice – Modulo B) sono specificate in dettaglio come segue:

- generalità della persona
- la situazione di bisogno e gli eventi avversi che si desiderano prevenire;
- il tipo di attrezzatura da applicare;
- le modalità di applicazione (sedi e tempi, controlli);
- i nominativi dei componenti dell'UVAG prescrittori e responsabili della corretta applicazione.

Questo modulo rimane agli atti nella cartella integrata dell'ospite.

Il monitoraggio delle M. C. S. viene realizzato:

- continuamente mediante la **consegna integrata tutelare ed infermieristica** che deve segnalare con rapidità la comparsa di eventuali problemi gestionali ;
- settimanalmente mediante rivalutazioni della permanenza delle indicazioni originarie.

LE ATTREZZATURE SPECIFICHE

Le Attrezzature Specifiche sono spesso realizzate senza rigorosi criteri di qualità e sicurezza per cui non raramente risultano inadeguate per gli obiettivi prefissati e lesive.

Questo deriva dal fatto che i mezzi di contenzione in uso sono di derivazione psichiatrica e non specificatamente studiati per le problematiche assistenziali degli anziani affetti da malattie croniche invalidanti.

Ad esempio, abbiamo sempre trovato insoddisfacenti e pericolosi i sistemi a "pettorina" di fissaggio alla sedia a ruote o poltrona reperibili in commercio poiché non impediscono lo scivolamento in basso della persona e possono favorire il rischio di soffocamento.

Volendo realizzare un sistema che prevenisse le cadute dalla sedia, non lesivo e che lasciasse libertà di movimento, abbiamo studiato ed

approntato un modello che è stato realizzato dalle operatrici della lavanderia dell'istituto con minimo dispendio di tempo ed economico.

Le caratteristiche del sistema di fissaggio ad "imbragatura" (Appendice – Modulo C, Fig. n. 1) che abbiamo realizzato sono le seguenti :

- non altera la meccanica ventilatoria né produce lesioni di altro tipo (sicurezza);
- impedisce cadute in avanti o scivolamenti verso il basso (scopo);
- aiuta al mantenimento della postura mantenendo normale libertà di movimento (libertà della persona);
- è stato realizzato in tessuto lavabile (praticità d'uso, economicità);
- è di veloce applicazione (2 min. circa) da parte degli operatori (riduzione del carico di lavoro).

Esula dalla trattativa prendere in considerazione le singole attrezzature reperibili sul mercato ed analizzarne il funzionamento ed i difetti : come tutte le cose sono sempre migliorabili.

E' buona norma comunque che l'UVAG, una volta decisa la necessità di applicare le M. C. S., verifichi sempre che l'attrezzatura prescelta sia:

- idonea agli scopi prefissati;
- sia realizzata in modo che la sua corretta applicazione non procuri danno alla persona.

La necessità di applicare M. C. S. non può prevalere sull'inidoneità dell'attrezzatura a disposizione in quel momento nel rispetto dell'antico ma sempre valido assunto: "primum non nocere".

In questo campo molto deve essere ancora fatto per realizzare specifiche attrezzature per gli anziani che rispettino elevati standard di qualità e sicurezza.

La definizione di questi standard qualitativi, costituirebbe un basilare punto

di riferimento a cui i produttori e rivenditori sarebbero obbligati ad attenersi.

DIRETTIVE

Le direttive da impartire agli operatori sono relative a realizzare un controllo di qualità sull'uso o meno delle M.C.S. nell'ambito del processo di Total Quality Mangement (TQM) (2).

Il TQM è un approccio diverso rispetto al Controllo di Qualità (CQ) : il CQ è caratterizzato dalla definizione di livelli minimi accettabili di prestazioni e outcome relativi alle procedure assistenziali mentre il TQM focalizza la sua funzione sui bisogni dell'Anziano (cliente) piuttosto che su quelli dell'organizzazione che deve rispettare delle regole operative.

Il TQM si basa sui dati oggettivi pertinenti alla qualità piuttosto che sul parere degli esperti ed enfatizza le comunicazioni interpersonali e la partecipazione dello staff a definire il problema ed a designare le soluzioni piuttosto che a stabilire il conseguimento di uno standard assistenziale minimo.

In questa ottica è necessario predisporre un sistema di controllo degli eventi avversi conseguenti sia all'uso che alla mancata applicazione delle M.C.S.

Gli operatori devono essere formati a segnalare su un apposito registro, definito **Registro Eventi Avversi** (Appendice- Modulo D) gli outcome ed i problemi connessi alla presenza o assenza di M. C. S.

Sarà così possibile monitorare le problematiche relative sia all'uso che al non uso di M. C. S. .

Nel contempo il registro diventa uno strumento di **trasparenza dell'operato assistenziale** nei confronti dell'anziano stesso, dei famigliari, degli amministratori etc.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza di assistenza ad anziani non autosufficienti ci insegna che nel variegato ed eterogeneo universo delle problematiche assistenziali geriatriche esiste sempre una zona grigia di transizione dalla certezza al ragionevole dubbio.

Siamo certi e convinti che deve essere bandito e condannato con ogni mezzo l'abuso della contenzione ma nel contempo nutriamo un forte dubbio che la totale abolizione della M. C. S. sia talvolta pregiudizievole del mantenimento dello stato bio-psico-sociale e funzionale della persona.

Non si deve dimenticare che la battaglia contro l'uso indiscriminato della contenzione è nata in quelle realtà (ad es. USA) in cui l'impiego routinario costituiva prassi assistenziale in oltre il 50% della casistica non autosufficiente.

Nella nostra realtà assistenziale questi riscontri sono relegati a casi isolati di strutture che non rispettano i parametri operativi previsti dalle normative vigenti.

Tra l'impercorribile strada dell'abuso e l'insidiosa strada della totale proibizione delle M.C.S., abbiamo scelto una terza via che, secondo una logica pragmatica, preveda un uso ragionato delle M. C. S. sulla base di un percorso metodologico e scientifico ben documentato e condiviso responsabilmente da tutti gli operatori assistenziali.

Non si vuole aver la presunzione di avere fornito una soluzione ad un problema così complesso.

Ci sembra utile però il metodo: tentare di trovare soluzioni ai problemi mediando una fusione tra aspetti pragmatici, culturali e scientifici secondo un'ottica che privilegia la risoluzione dei problemi quotidiani della gente bisognosa piuttosto che dettati politici basati su astrattismi culturali privi

di fondamento scientifico per lo più inapplicabili nella pratica quotidiana.

La complessità di questo come di tanti altri problemi assistenziali in ambito geriatrico, dovrebbe essere una molla sufficientemente forte per allargare l'ambito del confronto accademico al coinvolgimento degli operatori esperti nel settore.

Un panel di esperti qualificati interdisciplinare ed internazionale è la base per la costituzione di una **authority** che "legiferi" e attui disposizioni in merito, sciogliendo i dubbi e le riserve e verificando le "certezze".

L'apertura di un dibattito permanente su questo argomento è un approccio auspicabile all'inquadramento e monitoraggio di una tra le numerose, eterogenee e variegate problematiche assistenziali dell'anziano che costituiscono sempre una continua sfida a far quadrare i conti tra teoria e pratica, etica e morale, principi e valori personali ed universali.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Roucoules G., Perlemuter L..
Dizionario pratico di assistenza e cure domiciliari .Contenzione e sicurezza (apparecchiature di).
Pag. 59, 1992. Masson Editore.
- 2) Coe R. D.: Total Quality Management and quality of care in geriatric medicine. Aging Successfully, Vol. VIII, No. 3: 1-3, 1998.
- 3) Strumpf N. E., Patterson Robinson J., Stockman Wagner J., Evans L.K. .
Restraint – Free Care. Individualized Approaches for frail elders. 60-75, 1998, Springer Publishing Company, NY.
- 4) Belloi L., Pirani A., Francia R. . Quale casistica nelle residenze sanitarie assistenziali. Senior, 6: 24-31, 1992.
- 5) Delfini S., Botta P. Analisi delle cadute dell'anziano in una RSA.
M. D. Medicinae Doctor, 22: 20-21, 1999.
- 6) Kapp M. B. Restraint Reduction and Legal Risk Management.
JAGS 47:375-376,1999.
- 7) Pirani A., Belloi L., Bonzagni A., Malaguti A., Della Piana F., Mazza M..
BARICENTRO : un sistema di valutazione funzionale multidimensionale per determinare il piano assistenziale personalizzato, la presa in carico ed il carico di lavoro assistenziale negli anziani non autosufficienti istituzionalizzati.
43 °Congresso Nazionale SIGG.
Firenze, 12-15 Novembre 1998
- 8) Assemblea generale delle Nazioni Unite.
La tutela dei diritti umani. Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. 1948.
- 9) Costantini S.. L'emergenza conten-zione nelle residenze sanitarie per anziani.
Atti Congresso SIGG : “ Il demente nelle istituzioni : la realtà e le prospettive. 63-70; Piacenza 1996
- 10) Miles S. H., Irvine P. I., Deaths caused by physical restraints. Gerontologist, 1992; 40:811-816.
- 11) Tinetti M.E., Liu W. L., Ginter S.F. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities.
Ann. Intern. Med., 199; 116:369-374.
- 12) G. P. Vecchi.
Il Centro di Valutazione Geriatrica. Supplemento monografico al Giornale di Gerontologia. Fidenza (PR), Mattioli Eds.,1990.
- 13) The Future of Geriatric Assessment: Research. Recommendations. Supplement to the J Am Ger Soc 1991, Vol. 39 - NO. 9 - Part 2.
- 14) Pirani A., Belloi L., Francia R..
Sistemi informatici per la comunicazione interprofessionale in geriatria.
Medicina Geriatrica, 2: 196-212, 1992.
- 15) American Association of Homes and Service for the Aging.
National Nursing Home Restraint Minimization Program : “Retrain don't restrain”.
Reference Curriculum and Clinical Coordinator's Guide.
Nursing Staff Workbook.
- 16) Blakeslee J., Goldmann B., Papougenis D. Untying the elderly, Kendal's Restaint free program at Longwood & Croslands. Generation Supplents, 79, 1990.
- 17) Patterson Robinson J., Zisselman P. M..
Making sense of behavior: cornerstone of individualized care. In : Strumpf N. E., Patterson Robinson J., Stockman Wagner J., Evans L.K. Restraint – Free Care. Individualized Approaches for frail elders. 31-44, 1998, Springer Publishing Company, NY.

APPENDICE: Modulo A**Unità di Valutazione e Assistenza Geriatrica**

Responsabile : Dott.

Modulo di osservazione dei Comportamenti Gravemente Disturbanti (*) (CGD)

COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita _____

	Data ____/____/____	Ora ____	Data ____/____/____	Ora ____
Descrivere in dettaglio cosa è successo?				
Dove si è svolto il fatto?				
Chi altri era presente?				
Descrivere quali motivazioni interiori possono avere scatenato nell'anziano il CGD? (vissuto intrapersonale)				
Descrivere cosa nell'ambiente potrebbe avere scatenato nell'anziano il CGD? (contesto ambientale)				
Descrivere come si è svolto l'intervento e quali cambiamenti ha determinato nell'anziano?				
Quali altri interventi potrebbero essere di aiuto nella situazione specifica?				
Firme Operatori				

(*) Aggressività, violenza fisica e verbale, inappropriato espletamento dei bisogni corporali, ecc.

APPENDICE: Modulo B

Unità di Valutazione e Assistenza Geriatrica

Responsabile : Dott.

TUTELA DELLA PERSONA CON STATO CONFUSIONALE ACUTO O CRONICO**Prevenzione di danni e lesioni involontarie:
APPLICAZIONE MIRATA DI MISURE CONTENITIVE DI SALVAGUARDIA (M.C.S.)**

COGNOME _____ NOME _____ ANNI ____ DATA _____

SITUAZIONI RICHIEDENTI APPLICAZIONE MIRATA DI M.C.S.

1. Necessità di trattamenti intensivi : _____
2. Autolesionismo : _____
3. Eterolesionismo : _____
4. Cadute Frequenti (*) : _____

(*) Rischio di gravi lesioni da caduta: criteri di individuazione (Tinetti, JAGS 43:1214-21, 1995) :

I) MMS < 26 o SPMSQ > a 2; II) 2 o + menomazioni croniche ; III) Scala Tinetti < 12/22; IV) BMI < 22

MEZZI PRECAUZIONALI**MODALITA' di APPLICAZIONE**

	Situazione	Quantità	Occasionale	Notturna	Diurna
	CODICE				

ORDINARIO (A.A.D.B)**AL LETTO:**

☐ BRACCIO DESTRO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ BRACCIO SINISTRO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ TRONCO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ SPONDE AL LETTO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CARROZZELLA

☐ TRIANGOLO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

STRAORDINARIO (I. P.)**AL LETTO:**

☐ BRACCIO DESTRO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ BRACCIO SINISTRO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ TRONCO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

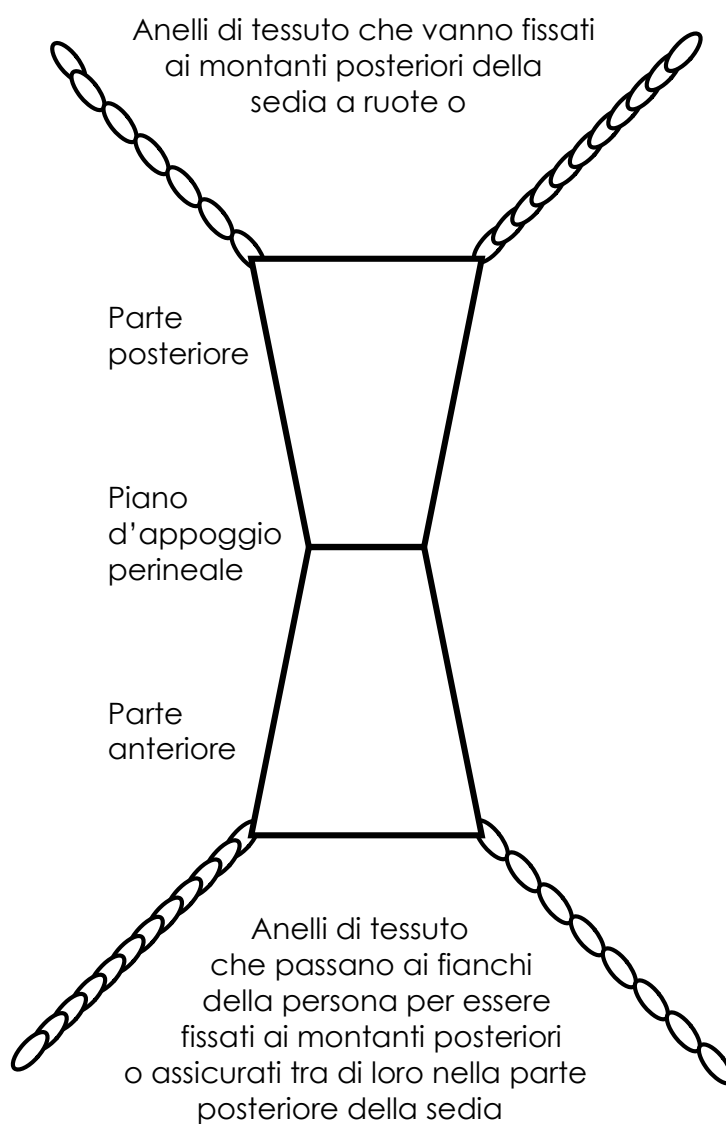
NOTE: _____

Medico _____ Responsabile Infermieri _____ RAA _____

APPENDICE: Modulo C**Unità di Valutazione e Assistenza Geriatrica**

Responsabile : Dott.

Fig. N. 1. Proposta per un sistema sicuro ad "imbragatura" per impedire cadute e scivolamenti dalla sedia.



APPENDICE: Modulo D

Unità di Valutazione e Assistenza Geriatrica

Responsabile : Dott.

REGISTRO DEGLI EVENTI AVVERSI

COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita _____

Presenza di M. C. S. : [no] [si] Tipo: _____

Modalità di Applicazione : _____

1) CADUTE

OPERATORI PRESENTI	DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA DINAMICA DELLA CADUTA	GIORNO/ORA	CONSEGUENZE (*)

Conseguenze :Legenda 1) Nessuna; 2) Frattura del _____ ; 3) Trauma articolare; 4) Ematoma, 5) Ferita.

2) TRAUMATISMI - FRATTURE INVOLONTARIE

OPERATORI PRESENTI	DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA DINAMICA DELLA TRAUMATISMO	GIORNO/ORA	CONSEGUENZE (*)

3) PIAGHE DA DECUBITO

OPERATORI PRESENTI	DESCRIZIONE DETTAGLIATA	GIORNO/ORA	STADIO

4) ALTRO 1) Problemi comportamentali 2) ospedalizzazione impropria, 3) decesso 4) _____

OPERATORI PRESENTI	DESCRIZIONE DETTAGLIATA	GIORNO/ORA	CONSEGUENZE