a cura di
Sara Saltarelli
Silvia Vicchi

CONTENZIONE O PROTEZIONE?

Aspetti assistenziali, sanitari, sociali e legali nell'uso delle contenzioni

Vega

MAGGIOLI EDITORE

Contenzione o Protezione ? Aspetti assistenziali, sanitari, sociali e legali nell'uso delle contenzioni.

Dott. Pirani Alessandro

Medico di Medicina Generale – Geriatria
Responsabile Sanitario CRA "G. B. Plattis", Cento, (FE).
Responsabile Centro Delegato Disturbi Cognitivi - Distretto Ovest – AUSL Ferrara
piranibosi@alice.it

Introduzione al Convegno del 18-10-2013 organizzato da Anaste e Società Dolce – Centro Rubbi – Bologna.

Parole chiave: anziano non autosufficiente, integrità psico-fisica, stato confusionale acuto, stato confusionale cronico, fragilità, eventi avversi, cadute, stato di necessità, prevenzione, contenzione, protezione, salvaguardia.

Premesse

Contenzione o protezione ?

Ovvio che, in quanto persone inoltre eponime di Ippocrate, la risposta è: protezione e rifiuto della contenzione. Tuttavia questa risposta è lungi dal chiudere il problema ma anzi apre molteplici interrogativi perché corrisponde ad un enunciato di principio la cui realizzazione pratica nella realtà quotidiana è frammentata in situazioni antitetiche.

Infatti la cronaca riporta spesso notizie di abusi sugli anziani o handicappati, procurati sia al domicilio che in residenza, mediante la "contenzione", cioè il "legare i vecchi" ma parimenti anche di insufficiente assistenza e tutela della persona per il mancato uso, ad es., di "sbarre protettive" con conseguenti importanti eventi avversi lesivi (da "Doctornews" - e-news@doctornews.it - del 28-11-2013 : "Caduta dalla barella senza sbarre protettive: una donna di 82 anni accettata in Pronto soccorso è caduta a terra durante la notte in quanto collocata su una barella sprovvista di sbarre e richiedeva il risarcimento dei danni subiti ....").

La definizione "sbarre protettive" coniuga un oggetto per definizione "contenitivo" con un fine antitetico ma reale, in determinate situazioni e contesti, che è il perseguimento della "protezione a salvaguardia dell'integrità psico-fisica".

Questa definizione inoltre è emblematica di come il tema della "protezione" delle "persone anziane non autosufficienti con stato confusionale acuto o cronico" quindi "molto fragili" continui ad essere tuttora eluso e pertanto non disponga di una adeguata terminologia derivante da un processo culturale, etico e scientifico che affronti e codifichi nello specifico lo "stato di necessità" separandolo dall' "abuso" e definisca percorsi e strumenti eticamente utilizzabili per la "protezione a salvaguardia …" separandoli dagli strumenti penalmente perseguibili della "contenzione".

Lavoro in una residenza di 90 posti letto dal 1983 e le problematiche sollevate dall'assistenza quotidiana a "persone anziane non autosufficienti con stato confusionale acuto o cronico" quindi "molto fragili" mi hanno spinto ad affrontare già da parecchi anni questo tema insidioso. Nel 2000, al fine di ordinare questa materia magmatica, pubblicai il

primo protocollo che "normava" l'uso di determinati strumenti a scopo protettivo alla stregua di un intervento terapeutico: "La Contenzione nell'anziano. Definizione, indicazioni, e metodologia d'intervento: ruoli, comportamenti, strumenti e direttive per gli infermieri e gli operatori socio-assistenziali" [1]. L'obbiettivo che perseguivo era di "separare" la contenzione dalla "protezione" come esplicitai nell'introduzione:

*" 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, 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, 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. ……..

D E F I N I Z I O N E

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.)….."

Per rispondere quindi alla domanda che dà il titolo a questo convegno, ritengo necessario due ulteriori aggiornamenti rispetto a quanto proposi in merito nel 2000 e cioè:

1) ridefinire l'eticità delle Misure Contentive di Salvaguardia (dell'integrità psico-fisica) (MCS) sottoponendo il percorso sviluppato agli otto principi regolatori della "moralità di un'azione" indicati da San Tommaso D'Aquino (Tab. 1).
2) separare quindi definitivamente la "contenzione" dalla "salvaguardia" tramite l'assunzione di responsabilità sanitaria per la "**proscrizione"** o "**prescrizione"** dei rispettivi strumenti.

---

[1] Belloi L., Valgimigli C.,: "La notte dell'assistenza" pag.137-158, FrancoAngeli Editore, Milano, 2000.

Tabella n. 1. San Tommaso d'Aquino: moralità di un'azione. (Summa Theologiae, AD 1265-74)

1.	Quis	«Chi»
2.	Quid	«Che cosa»
3.	Quando	«Quando»
4.	Ubi	«Dove»
5.	Cur	«Perché»
6.	Quantum	«Quanto»
7.	Quomodo	«In che modo»
8.	Quibus Auxiliis	«Con quali mezzi»

1) Quis (Chi)

Chi sono le persone in residenza e quali caratteristiche devono avere per essere eleggibili all' "applicazione mirata di MCS dell'integrità psico-fisica" ?

La tutela del bene vita avviene mediante la tutela della salute preservando ed ottimizzando l'integrità psico-fisica della persona. Tale tutela viene liberamente e consapevolmente perseguita quando, con la maggiore età, la persona fisica matura la "capacità di intendere e volere" e quindi acquisisce la "capacità di agire" .

Ne consegue, pertanto, che le **persone affette da stato confusionale sia transitorio che cronico** sono patologicamente private, momentaneamente o permanentemente, delle normali capacità di "intendere e volere" che consentono alle persone adulte sane di attuare autonomi comportamenti a salvaguardia della propria integrità bio-psico-sociale.

La presenza di **"stato confusionale sia transitorio che cronico"** è particolarmente frequente tra le persone anziane in residenza (Tabella n. 1) essendone una delle prime cause di ingresso (Tabella n. 2) con un trend in costante ascesa (Tabella n. 3) .

Le persone con "stato confusionale sia transitorio che cronico" **spesso ad elevata "comorbilità" e "fragilità"** (Tabella n. 3) possono essere eleggibili all'applicazione mirata di MCS quando si vengano a trovare in situazioni che pongono il problema dello **"stato di necessità"** per la prevenzione di eventi avversi (vedere Nota n 1).

Nota n. 1.

Art.54 C. P.: Condizione di necessità.

- necessità di salvare sé o altri da pericolo attuale di grave danno alla persona; (condotte pericolose riconducibili ad espressione sintomatica di malattia)
- Pericolo attuale ed inevitabile; (strumenti per la prevenzione del rischio)
- Danno grave alla persona
- Azione proporzionata al pericolo; (prevalenza del bene salvato rispetto a quello sacrificato)

Il riscontro dello "stato di necessità" deve essere effettuato dall' **"equipe multiprofessionale assistenziale della residenza"** di solito composto da medico curante, infermieri, fisioterapista (FT), operatori socio assistenziali (OSS).

L'equipe multiprofessionale deve attuare un processo, condiviso e verificabile, di **valutazione multidimensionale ed identificare le situazioni assistenziali** che necessitano

di tutela della integrità psico-fisica della persona. Al termine di tale processo, l'equipe assistenziale predispone il Piano Assistenziale Individuale (PAI) in cui sono contenute tutte le procedure assistenziali necessarie per mantenere l'integrità psico fisica della persona compresa, se necessaria, l'applicazione mirata di MCS condivisa con tutti gli operatori assistenziali della persona.

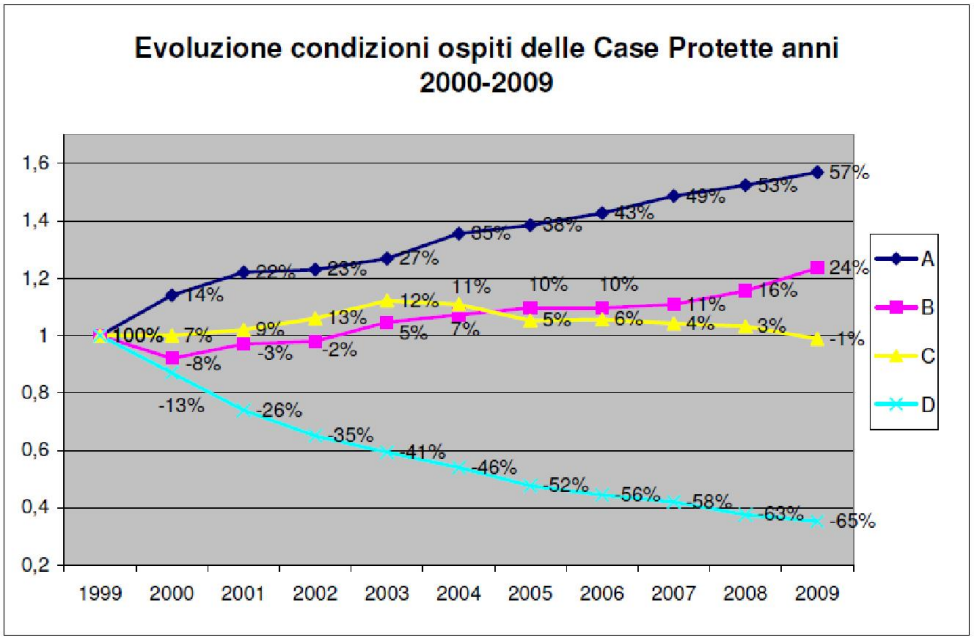
Tabella n. 1. Le disabilità "Disturbi del Comportamento" e "Linguaggio" rilevate con la scala BINA e confrontate per classi d'età. (da: "Regione Emilia Romagna - Ricerca Finalizzata *Triennale: La Valutazione dell'autosufficienza nell'anziano: un sistema computerizzato* basato sull'assessment multidimensionale [Codice 223/89/Crs], 1993-1995").

	TOTALE			< 70	70-79	80-89	> 89
	N. casi	%		%	%	%	%
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO							
Assenti	2005	**24**		18	23	25	30
Disturbi dell'umore	**2633**	31		35	33	30	27
Disturbi della cognitività	**3127**	37	**76**	35	36	38	38
Aggressività costante	**654**	8		13	8	7	5
LINGUAGGIO							
Normale	3848	**46**		43	46	46	48
Esprime il pensiero	1873	22		26	21	22	20
Comprende solo	1778	21	**54**	19	21	21	23
Non comprende	920	11		12	12	11	9

Tabella n. 2. Le menomazioni causa di istituzionalizzazione rilevate con la scala BINA. (da: "Regione Emilia Romagna - Ricerca Finalizzata Triennale: La Valutazione dell'autosufficienza nell'anziano: un sistema computerizzato basato sull'assessment multidimensionale [Codice 223/89/Crs] 1993-1995").

	TOTALE		Maschi		Femmine	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
Totale	**8419**	100	2405	**39**	6014	**61**
MENOMAZIONE						
Demenza	2276	**27**	576	24	1700	28
Malattie locomotorie	1040	**12**	248	10	792	13
Ictus	948	**11**	311	13	637	11
Malattie cardiovascolari	859	**10**	230	9.6	629	10
Malattie psichiatriche	582	6.9	183	7.6	399	6.6
Non specificato	526	6.2	160	6.7	366	6.1
Grande senilità	488	5.8	93	3.9	395	6.6
Assenza risorse sociali	300	3.6	118	4.9	182	3.0
Malattie neurologiche	266	**3.2**	112	4.7	154	2.6
Traumi/fratture	255	**3.0**	60	2.5	195	3.2
Neoplasie	244	2.9	109	4.5	135	2.2
Cecità-sordità	126	**1.5**	36	1.5	90	1.5
Cecità	101	**1.2**	30	1.2	71	1.2
Sordità	100	**1.2**	22	0.9	78	1.3
Malattie respiratorie	98	1.2	49	2.0	49	0.8
Incontinenza sfinterica	88	1.0	24	1.0	64	1.1
Malattie genito urinarie	71	0.8	21	0.9	50	0.8

Tabella n. 3. Evoluzione del Case Mix delle residenze convenzionate della Regione Emilia Romagna: progressivo incremento dei pazienti con "disturbi cognitivi – comportamentali" (Gruppo A) e con "elevato bisogno sanitario" (Gruppo B : compresenza di elevata comorbilità e fragilità). (da: "Sintesi della seconda classificazione degli ospiti delle case protette convenzionate anno 2009 valevole per l'anno 2010. [Ai sensi della DGR 1378/99 e con riferimento alla Determina del Direttore generale Politiche sociali n. 7108 del 11/8/1999]. Dicembre 2009).



LEGENDA

Case Mix

Gruppo **A** : grave disturbo comportamentale

Gruppo **B** : elevato bisogno sanitario

Gruppo **C** : grado disabilità severo

Gruppo **D** : grado disabilità moderato

2) Quid (Che cosa)

Che cosa ci si prefigge di conseguire con l' "applicazione mirata di MCS dell'integrità psico-fisica" ?

L'obbiettivo assistenziale basilare è la tutela dell'integrità psico-fisica della persona anziana in **"stato confusionale sia transitorio che cronico"** proteggendola perciò da eventi avversi mediante un'opera sistematica di prevenzione.

La prevenzione di eventi avversi evitabili costituisce quindi il cardine etico e professionale [vedere punto 7. Quomodo (In che modo)] che supporta l'applicazione di MCS, quando non altrimenti evitabile o differibile.

In questo ambito, le situazioni che possono richiedere l'applicazione mirata di MCS sono riferibili:

1. **al procurarsi o procurare danni o lesioni** quali ad esempio:
   - traumi da cadute accidentali;
   - traumi da comportamento agitato o violento verso se stessi o terzi : altri anziani fragili, operatori sanitari ed assistenziali, etc. ;
2. **alla necessità di trattamenti terapeutici intensivi e/o continuativi** quali ad esempio:
   - fornire un supporto come ausilio per una corretta postura,
   - facilitare un esame diagnostico o una terapia intensiva e continuativa in assenza dei quali si può configurare l'omissione di soccorso (ad esempio, cicli di fleboclisi, alimentazione parenterale, etc.);
   - garantire la sicurezza del trasporto in barella.

Al di fuori di queste indicazioni l'applicazione di MCS perde il significato di prevenzione per assumere quello ingiustificato di strumento di limitazione dei diritti dell'uomo.

Particolare attenzione merita il tema delle "cadute" nella popolazione anziana, oggetto di un vastissimo settore di ricerca. La persona anziana che accede a posto-letto residenziale è per definizione "non autosufficiente" cioè affetta da menomazioni che comportano il riconoscimento dell' "invalidità civile con indennità di accompagnamento" (Legge n.18, 11.2.1980).

La legge riconosce tale indennità quando la persona :

- "è impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore", oppure
- "necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita", quindi dipendente in tutte le ADL compresa **la mobilità**.

In questa seconda categoria rientrano di solito gli anziani che entrano in residenza che sono quindi, per definizione, persone con compromissione parziale o totale della mobilità e quindi con un rischio di caduta molto più elevato di quello già rilevante dei loro coetanei autosufficienti (vedere Nota n. 2).

Infatti le ricerche indicano che :

1. il 21 % degli anziani che entrano in residenza cade entro i primi trenta giorni dall'ingresso (N. E. Leland, P. Gozalo, et al. . Falls in Newly Admitted Nursing Home Residents: a National Study. J Am Geriatr Soc 60:939–945, 2012) ;
2. il tasso medio di cadute per gli anziani residenziali è pari a 1.7 per posto letto/anno (range 0,6- 3,6) (L. Z. Rubenstein. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing, 2006; 35-S2: ii37–ii4);
3. le fratture di femore raddoppiano negli anziani che entrano in residenza rispetto a quelli residenti al domicilio (K. Rapp, C. Becker et al.. Hip fractures in institutionalized elderly people: incidence rates and excess mortality. J Bone Miner Res 2008;23:1825–1831).

Nota n. 2.

da: PNLG 13 : Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Ministero della Salute – Istituto Superiore Sanità. (2009).

Pag 18. "Le conseguenze delle cadute degli anziani.

Le cadute dell'anziano hanno implicazioni varie e complesse: in termini generali infatti circa il 20% delle cadute richiede un intervento medico, il 5-10% causa una frattura dell'anca e il 7% delle persone che hanno una frattura dell'anca muore. Le cadute sono inoltre la seconda causa di trauma cranico (35%) e spinale (37%). Un importante esito di caduta è la frattura del femore che si presenta nello 0,6% delle persone sotto i 64 anni, sale al 10,8% per le persone sopra i 64 anni, al 12,9% per quelle sopra i 74 anni e al 14,2% per quelle sopra i 79 anni. Connesso alla caduta con frattura è il fatto che se l'anziano rimane abbandonato a terra per un certo tempo può andare incontro a disidratazione, ulcere da decubito, rabdomiolisi, ipotermia e polmonite.

Gli anziani che cadono, in particolar modo quelli che cadono ripetutamente, tendono ad avere deficit della capacità di svolgere le attività quotidiane semplici e strumentali e sono ad alto rischio di successivo ricovero, di ulteriore limitazione fisica e morte. ….."

3) Quando (Quando)

Quando si verifica lo “stato di necessità” nella persona anziana in residenza ?

Il team assistenziale deve verificare che **la presenza dello “stato di necessità”** in una persona anziana in “stato confusionale acuto o cronico” si possa configurare quando:

- presenti un elevato “rischio individuale di caduta” documentato attraverso la somministrazione test ed il rilievo di indicatori specifici;
- abbia un comportamento agitato, violento o inadeguato verso se stesso o terzi quali altri anziani fragili, operatori sanitari ed assistenziali, etc. ;
- necessiti di ausili per mantenere la corretta postura;
- debba effettuare un esame diagnostico o una terapia intensiva e continuativa in assenza dei quali si può configurare l’omissione di soccorso (ad esempio, cicli di fleboclisi, alimentazione parenterale, etc.);
- debba eseguire in sicurezza un trasporto in barella.

Parimenti il team assistenziale deve verificare **l’assenza dello “stato di necessità”** e quindi evitare l’applicazione impropria di MCS in una persona anziana in “stato confusionale acuto o cronico” quando presenti ad es. :

- wandering senza rischio di caduta;
- agitazione psicomotoria senza spunti violenti;
- problemi comportamentali da disturbi cognitivi (ad es. bisogni corporali espletati fuori dal bagno);
- problemi di deambulazione ma senza particolare rischio di caduta.

4) Ubi (Dove)

Perché in residenza le situazioni che configurano lo “stato di necessità” nella persona in “stato confusionale sia transitorio che cronico” sono più frequenti che al domicilio ?

L’anziano non autosufficiente presenta caratteristiche bio-psico-sociali variabili a seconda dell’ambiente in cui si trova (domicilio, ospedale o residenza) e che possono mutare le esigenze assistenziali, spesso imprevedibilmente (ad es. comparsa di delirium ed agitazione psicomotoria durante ricovero ospedaliero in anziano apparentemente “normale” al domicilio).

Quindi, il rischio individuale di caduta anche per lo stesso anziano varia in rapporto ai diversi ambienti e strumenti di valutazione. Infatti il rischio di caduta è più basso al domicilio perché il rapporto assistenziale di norma è almeno di 1 operatore per 1 anziano / h. 24 mentre in residenza tale rapporto sale a 1 operatore per ogni 2,5 anziani con una variabilità importante a seconda dei turni: ad esempio di notte scende drasticamente quando invece spesso aumenta la necessità di sorveglianza. Lo stesso discorso si può applicare alla degenza ospedaliera dove, a differenza della residenza, è comunque è permessa / richiesta la presenza di personale / famigliari con compiti di sorveglianza ed aiuto assistenziale.

La ricerca ha messo in evidenza come vi sia un rapporto di causa-effetto ben preciso tra la maggior dotazione di personale assistenziale e la riduzione del tasso di cadute negli

anziani che entrano in residenza : "…Conclusion : For newly admitted Nursing Homes residents, NHs with higher Certified Nursing Assistant staffing had a lower fall rate." (N. E. Leland, P. Gozalo, et al. . Falls in Newly Admitted Nursing Home Residents: a National Study. J Am Geriatr Soc 60:939–945, 2012)

5) **Cur (Perché)**

Perché l'anziano, in particolare residenziale, cade e, spesso, si "rompe" ?

L'eziopatogenesi di tale fenomeno è riconducibile a due gruppi di fattori :

1) predisponenti fisiologici (Tabella n. 4) e patologici (Tabella n. 5);
2) scatenanti (Tabella n. 6).

Tabella n. 4. Eziopatogenesi delle cadute nell'anziano residenziale: fattori predisponenti fisiologici. (adattato da J. C. Brocklehurst e T. Hanley. Geriatria. Masson Editore. 1978)

- involuzione del controllo posturale: allungamento dei tempi di reazione del "riflesso di mantenimento posturale";
- involuzione della consistenza ossea : riduzione della massa e della elasticità;
- evoluzione della massa corporea: aumento del peso ed altezza rispetto al bambino = aumento energia cinetica d'impatto

Tabella n. 5. Eziopatogenesi delle cadute nell'anziano residenziale: fattori predisponenti patologici (Beauchet O. et al.; French Society of Geriatrics and Gerontology.How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology, J Nutr Health Aging. 2011; 15:79-84).

- Age > 80
- Female gender
- A history of traumatic fractures
- > 4 drugs taken per day
- Psychoactive drugs (benzodiazepins, hypnotics, antidepressants, and neuroleptics)
- Cardiovascular drugs (diuretics, digoxin, or class I antiarrhythimic)
- Anticholinergic drugs
- Gait and/or balance disorders (one leg balance ≤ 5 seconds and Timed Up & Go score ≥ 20 seconds)
- Low strength and/or muscular power of the lower limbs (Body Mass Index < 21 kg/m2 or a weight loss ≥ 5% over 1 month or ≥ 10 % over six months)
- Osteoporosis
- Osteoarthritis of the lower limbs and/or of the spine
- Anomalies of the feet (toe deformation and callosity)
- Sensor disorders in the lower limbs
- Low visual acuity: assess visual acuity using the Monnoyer and/or Parinaud test charts
- Depressive syndrome: 4-item Geriatric depression scale > or = 1
- Cognitive decline: MMSE of Folstein (MMSE) < 27

Tabella n. 6. Eziopatogenesi delle cadute nell'anziano residenziale: fattori scatenanti. (da PNLG 13 : Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Ministero della Salute – Istituto Superiore Sanità. (2009).

- cardiovascolari : ipotensione ortostatica, sincope, aritmie, etc.
- neurologici : vertigini, capogiri, TIA, crisi comiziali, etc.;
- psicologici : depressione, paura di cadere, etc.
- metabolici : disidratazione, ipoglicemia iatrogena, iponatremia, febbre, etc.
- ambientali : scarsa illuminazione, barriere architettoniche (scale, assenza di corrimano, etc.), calzature e/ o abbigliamento inadeguato, etc.

6) Quantum (Quanto)

Quanto incide l'evento avverso "caduta" nella salute dell'anziano?

Ho considerato come termine di paragone il "bambino" cioè l'altra fase della vita dell'uomo in cui la caduta è un evento frequente, valutando il "decesso" come indicatore.

Il confronto tra l'evento avverso "decesso" occorso ai bambini in Europa per tutte le fratture e agli anziani in Italia solo nelle fratture di femore mette in evidenza una differenza particolarmente rilevante a sfavore di questi ultimi nonostante gli ultra65enni italiani siano un settimo circa dei bambini europei.

Tabella n. 7. Confronto tra l'evento avverso "decesso" occorso ai bambini in Europa ed agli anziani in Italia (adattato da WHO – Europe. European report on child injury prevention. 2008).

- **0-19** anni : **1.700 decessi** / anno / cadute / Europa (0-15 anni = > 80.000.000)
- **≥ 65** anni : **16.000 decessi** / anno / fratture femore / Italia (≥ 65 anni = 11.773.962)

I provvedimenti legislativi messi in atto per prevenire l'eventi avverso "caduta" nei bambini si fondano sul presupposto che "..il loro impulso ad esplorare l'ambiente circostante non è protetto dalla capacità di valutare le situazioni di rischio connesse o reagire ai pericoli. "(da WHO – Europe. European report on child injury prevention. 2008).

I bambini sono quindi "contenuti" a norma di legge per prevenire traumi da cadute quando vengono portati a spasso nei passeggini, nei seggiolini per auto o biciclette (cinture di varie forme e tipi) o a piedi con il guinzaglio, messi a dormire nei lettini dotati di spondine scorrevoli, messi a giocare nei "box", denominati tali perché dotati di recinto di appoggio-contenimento, etc.

Anche il mondo degli adulti, pienamente liberi e capaci di provvedere alla tutela della propria integrità psico-fisica, prevede l'applicazione per legge di MCS in situazioni di "pericolo attuale ed inevitabile" (vedere Nota n. 1) quali le cinture di sicurezza durante la guida in auto, il volo aereo, l'ingresso in alcuni padiglioni pericolosi dei parchi divertimento, etc.

L'introduzione nel 1959 delle cinture di sicurezza sulle auto fu a lungo seriamente osteggiata dai produttori automobilistici: i fatti hanno poi dimostrato che la loro introduzione ha salvato milioni di vite umane.

7) Quomodo (In che modo)

In che modo l'equipe assistenziale residenziale può verificare **la presenza dello "stato di necessità"** in una persona anziana in "stato confusionale acuto o cronico".

Due sono i presupposti a disposizione del medico operante nell'equipe assistenziale per potere verificare la presenza dello stato di necessità :

1) presupposti etico – deontologici e professionali;
2) presupposti valutativi : strumenti.

1. Presupposti etico – deontologici e professionali.

Il medico curante può avvalersi sia del mandato etico che gli perviene dal codice Deontologico (vedere Nota n. 3) che di quello professionale derivante dalla convenzione Nazionale declinata nelle varie regioni per l'assistenza domiciliare residenziale.

Nota n. 3

Da : Codice Deontologico (2006) . Doveri di assistenza

Art. 32. Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti fisici o psichici, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, *ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psico-fisico o sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata*.

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

Nota n. 4

Da : La normativa : DGR 3085/2001 e successive della Regione Emilia Romagna.

4 Assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività.

"Il medico .... è tenuto a svolgere la propria attività di diagnosi e cura in modo integrato con gli altri operatori sociali e sanitari privilegiando la modalità di lavorare in équipe e realizzando un approccio assistenziale globale che si avvale di nuovi strumenti quali la valutazione multidimensionale dell'anziano e la realizzazione di piani personalizzati di assistenza."

4.1 Attività mediche di diagnosi e cura . Il MMG in Casa Protetta è tenuto a:

...d) assumere *la responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli*

anziani ospiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;..”

Queste leve consentono al medico curante di trovare un punto di equilibrio tra le varie ed antitetiche disposizioni di legge sul tema della salvaguardia/contenzione (vedere Tabella n. 8).

Tabella n. 8. Disposizioni di legge del Codice Penale che scindono gli atti eseguiti a scopo di “salvaguardia” da quelli eseguiti a scopo lesivo quali la “contenzione”.

Salvaguardia versus	Contenzione
Non impedire un evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo; (art.40 C. P) Abbandono di incapace (art.591 C.P.) Omissione di soccorso (art.593 C.P.)	Inviolabilità libertà personale (Art.13 C.I.) Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (Art. 571 C.P.) Maltrattamento (Art. 572 C.P.) Lesioni personali (Art. 583 C.P.) Sequestro di persona (Art. 605 C.P.) Aggressione e violenza (Art. 610 C.P.) Consenso atto terapeutico (Art 32 C.I.)

2. Presupposti valutativi : strumenti.

Lo “stato di necessità” non può basarsi su un giudizio astratto e soggettivo ma esclusivamente sul riscontro di elementi oggettivi determinati mediante precise procedure e strumenti di misura validati allo scopo (vedere Tabella 9 e 10).

Tabella n. 9. Strumenti per la valutazione del procurarsi o procurare danni o lesioni.

Eventi avversi prevenibili	Strumenti di valutazione
– Traumi da cadute accidentali	– Indice di Conley (Infermiere) – Scala di Tinetti per valutare equilibrio e andatura (FT) (*) – Valutazione Individuale Rischio di Caduta (Ris.Ca) (**) (FT) – etc.
– Traumi da comportamento violento verso se stessi o terzi	– Neuro Psychiatric Inventory (NPI) (Medico) – Nursing Home Problem Behavior Scale (Infermiere, OSS) – Monitoraggio comportamentale, diario medico, consegna infermieristica e tutelare – etc.

(*) FT : Fisioterapista.

(**) Valutazione Individuale Rischio di Caduta (Ris.Ca): strumento di valutazione multidimensionale del rischio individuale di caduta sviluppato dall’equipe assistenziale della Residenza “G. B. Plattis” in corso di validazione. (vedere Scheda n 1)

Tabella n. 10. Strumenti per la valutazione della necessità di trattamenti terapeutici intensivi e/o continuativi.

Trattamenti terapeutici intensivi e/o continuativi	Strumenti di valutazione
supporto per una corretta postura facilitare un esame diagnostico o una terapia intensiva	– valutazione locomotoria, neuromotoria e posturale (FT) (*) – Neuro Psychiatric Inventory (NPI) (Medico) – Nursing Home Problem Behavior Scale (Infermiere, OSS) – Monitoraggio comportamentale, diario medico, consegna infermieristica e tutelare – etc.

(*) FT : Fisioterapista.

8) Quibus Auxiliis (Con quali mezzi)

Con quali mezzi è possibile procedere alla applicazione mirata di MCS nelle persone anziani non autosufficienti in residenza nel pieno rispetto della persona secondo in principi sinora esaminati ?

Il primo elemento che separa la “contenzione” dalla “salvaguardia” è insito nella natura dell’atto causale: la “contenzione” è conseguente a giudizio soggettivo di uno o più operatori assistenziali in assenza di percorso diagnostico valutativo mentre la “salvaguardia” è atto risultante solo a seguito di specifico percorso diagnostico – valutativo con individuazione di eventi avversi prevenibili a cui è possibile fare seguire la prescrizione di trattamento a fini terapeutici.

Considerati gli importanti effetti che le MCS hanno sulla salute delle persone, la loro applicazione è perciò equiparabile a qualsiasi altro atto medico che deontologicamente deve sempre essere fatto in “ scienza e coscienza” a supporto di una precisa assunzione di responsabilità.

Quando ricorre lo “stato di necessità” per repentaglio dell’ “integrità psico-fisica della persona”, viene quindi individuato il presupposto per cui procedere a “prescrizione” cioè ad un atto a piena valenza sanitaria e ad esclusiva prerogativa e responsabilità medica, alla stessa stregua di una terapia farmacologica.

Il primo presupposto di un strumento che viene usato per prevenire e salvaguardare eventi avversi è che esso stesso non costituisca fonte di eventi avversi. Questo presupposto non è tautologico ma è la base su cui si fonda la “prescrizione in scienza e coscienza”. A questo scopo il medico deve prescrivere MCS di cui sia certo :

1) della innocuità per esperienza ed evidenza;
2) del conseguimento della salvaguardia e prevenzione di eventi avversi.

Il medico quindi bandirà qualsiasi strumento che non risponda ai requisiti delle MCS in quanto hanno funzione puramente contenitiva - costrittiva (Tabella n. 11).

La necessità di applicare MCS non può prevalere e prescindere sull’inidoneità dell’attrezzatura a disposizione in quel momento nel rispetto dell’antico e sempre valido assunto: “primum non nocere”.

Tabella n. 11. Strumenti di contenzione (SC) versus Misure contenitive di Salvaguardia (MCS.

CONTENZIONE versus	Misure Contenitive Di Salvaguardia (MCS)
Corpetti con bretelle e cintura Bende per polsi e caviglie Cinghie Sedia geriatrica con piano d'appoggio fisso Cinture di sicurezza per il letto Lenzuola per contenere Vesti complete, etc.	Cintura di sicurezza pelvica Piano d'appoggio per sedia su indicazione del fisioterapista (postura) Manopole "antigraffio" Protezioni in velcro per punti a rischio di Lesioni da pressione Bracciali per polsi e caviglie se necessari per terapia e.v. o O2 Spondine per il letto (*) NON AMMISSIBILI ALTRI STRUMENTI

(*) se sussiste il rischio di scavalcamento delle sponde sarà utilizzato se possibile il letto elettrico ad alzata variabile cosiddetto "letto per Alzheimer"; in assenza di questo saranno posizionati materassi sul pavimento attorno alla base del letto.

Poiché il medico non è mai l'unico attore della gestione della MCS e quasi mai il richiedente, le responsabilità inerenti alla prescrizione ed al corretto impiego vanno concordate e ridistribuite con gli altri componenti permanenti dell'équipe assistenziale multidisciplinare e con tutti gli OSS interessati secondo un preciso percorso metodologico.

Questi capisaldi costituiscono conditio sine qua non per avviare il processo di richiesta, formulazione ed applicazione delle MCS, articolato come segue:

1. segnalazione del bisogno e richiesta di intervento (infermieri, OSS, fisioterapista, medico)
2. identificazione dei fattori di rischio prevenibili e dello stato di necessità (infermieri, raa, oss, fisioterapista, medico);
3. valutazione e selezione delle risposte più idonee (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo);
4. se indicata, scelta di idonea MCS (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo);
5. valutazione rapporto rischi/benefici (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo coinvolti nella gestione delle MCS);
6. eventuale predisposizione di MCS alternativa a quelle in uso (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo coinvolti nella gestione delle MCS);
7. predisposizione per il corretto uso (tipo, zona di applicazione, durata e tempi, controllo effetti collaterali) mediante prescrizione concordata su apposito modulo (vedere Schema n. 2) (équipe assistenziale multidisciplinare) ;
8. variazione del PAI rispetto alle indicazioni formulate nella prescrizione della MCS (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo coinvolti nella gestione delle MCS) ;
9. illustrazione agli operatori assistenziali delle specifiche operative (punto 7) (responsabile infermieristico , responsabile assistenziale di nucleo, fisioterapista);
10. verifica del conseguimento degli obiettivi di salvaguardia previsti (équipe assistenziale multidisciplinare + OSS di nucleo coinvolti nella gestione delle MCS).

Ogni operatore assistenziale che ruota attorno all'anziano ha un ruolo preciso nel richiedere, applicare e gestire le MCS: nessuno può chiamarsi fuori qualora vi sia un uso

improprio, inadeguato o nocivo ed è pleonastico che a ruoli diversi competono diversi gradi di responsabilità.

La congruità tra segnalazione del bisogno, verifica dello "stato di necessità" 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 che enucleino dal contesto dell'anziano l'effettiva presenza di uno o più fattori di rischio (caduta, disidratazione, denutrizione, auto e/o eterolesionismo, etc.).

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 MCS.

In caso di insuccesso si passa al punto 4 e cioè alla scelta della MCS ed al protocollo di intervento. 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 per consentirgli di assumersi consapevolmente la responsabilità del loro operato.

Per questo la metodologia d'intervento per l'applicazione di MCS deve essere articolata all'interno del PAI seguendo i seguenti capisaldi:

a) la continuità assistenziale ossia l'organizzazione dell'assistenza in modo da avere sempre sotto controllo la situazione dell'anziano;
b) l'assunzione di responsabilità nell'applicazione di MCS da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza;
c) la quotidiana verifica della correttezza delle indicazioni ed applicazioni;
d) la valutazione di strategie alternative;
f) la rimozione di tutti gli stressors e barriere ambientali;
e) la rimozione di tutte le situazioni di impropria o inadeguata applicazione di MCS;
f) la verifica costante di possibili eventi avversi legati all' "applicazione mirata di MCS".

In conclusione, quando l'equipe assistenziale ravvisa la necessità di procedere ad "applicazione mirata di MCS", questa azione:

1) deve essere la risultante di un processo in cui l'équipe ha esperito, "in scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, correzione e rimozione tutte le cause di impropria applicazione;
2) deve derivare esclusivamente da Valutazione o ri Valutazione Funzionale Multi Dimensionale (vedere Scheda n. 1) e predisposizione o revisione del PAI che veda l'adozione di MCS come condizione essenziale per prevenire possibili eventi avversi;
3) viene indicata agli operatori assistenziali mediante **prescrizione a responsabilità in primis medica** alla stregua di trattamento terapeutico, **condivisa e co-firmata con l'equipe assistenziale.** (Vedere Scheda n. 2).

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

Scheda n 1. Valutazione del Rischio Individuale di Caduta : la scheda Ris.Ca.

Fondazione Istituto G. B. Platti- Onlus

Unita' Di Valutazione eAssistenza Geriatria

GRIGIO LIGHTEN UP AGEING! Gruppo di RIcerca Gerontologica- geriatrica Interdisciplinare Operativo

Responsabile : Dott. PIRANI ALESSANDRO

Rischio di Caduta (*) Scheda di Valutazione Per Anziani Istituzionalizzati

Sezione A : Deambulanti somministrabile [si] [no]

Cognome e Nome _____ ___/__/___ Sesso: [M] [F]

PESO Kg. : _____ Altezza : cm_____ BMI : _____.

Condizioni Predisponenti	NO	Presente		Revisione / / / / / / / 201 201 201 201 201 201 201
1) (FT) Precedenti Cadute (età ≥ 60 anni) (una caduta = 3 F; 2 M; > una = 5 F; 4 M)	0	F	3 / 5	
		M	2 / 4	
1) (FT) Precedenti Fratture (età ≥ 60 anni) (una frattura = 3F; 2 M; > una = 5 F; 4 M)	0	F	3 / 5	
		M	2 / 4	
3) (FT) Stato Mentale (MMSE < 27 **) (BINA : Item 4 = 2 o 3)	0	2		
4) (FT) Dist. comportamento (depressione : BINA : Item 4 = 2 : punteggio 1 ; agitaz. psicomot. BINA : Item 4 = 4 : punteggio : 2	0	1 / 2		
5) (FT/M) Artrosi rach. LS [ ] , arti inf. [ ] piedi [ ] (CIRS: Item 11 ≥ 3 - **Menomaz. Grave invalidante**)	0	2		
6) (FT/M) Malat. SNC[ ], neurop. arti inf. [ ] vertigini [ ] epilessia [ ] (CIRS= Item 12 ≥ 3 - **Men. Grave invalid.**)	0	2		
7) (FT/M) Grave deficit visivo (BINA=Item 6 ≥ 3)	0	2		
8) (FT) Cardiopatie [ ] aritmie [ ] ipotensione [ ] anche iatrogena (CIRS:Item 1 ≥ 3 – **Menom. Grave invalidante**)	0	2		
9) (FT) Alterazioni andatura e/o equilibrio (BINA: se Item 7 = 2: punteggio 1; se 3 punteggio: 2)	0	1 / 2		
10) (M) Farmaci (benzodiazepine, ipnotici, neurolettici, steroidi, anticolinergici, diuretici, antidiabetici) **compila Medico**	0	2		
		Totale		

Rischio Caduta **0 – 4 = MINIMO** **5- 11 = MEDIO (*)** **≥ 12 = ELEVATO**

(*) se Item 6 include "vertigini" e Item 9 = a 2 il paziente passa nel "rischio elevato"

Piano Assistenziale

[ ] di solito non si prevede accompagnatore [ ] attività motoria [ ] individuale [ ] di gruppo
[ ] sufficientemente compensato solo da ausili idonei [ ] assistenza tutelare + ausili
[ ] cintura di sicurezza pelvica (di norma non si applica per Ris.Ca "minimo") sponda [ ] dx. [ ] sx.
[ ] tavolino per postura [ ] altro :

(**) O. Beauchet et al. : How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatirc and Gerontology. JNHA; 2011: 79-84. American Geriatric Society/British Geriatric Society. Clinical Prevention Guidelines: Prevention of Falls in older persons. 2010.

NOTE:_____

Medico_____ Responsabile. I. P._____ RAA_____ Fisioterapista_____

Fondazione Istituto G. B. Platti- Onlus
Unita' Di Valutazione eAssistenza Geriatria
GRIGIO LIGHTEN UP AGEING !
Gruppo di RIcerca Gerontologica- geriatrica Interdisciplinare Operativo
Responsabile : Dott. PIRANI ALESSANDRO

Rischio di Caduta (*) Scheda di Valutazione Per Anziani Istituzionalizzati

Sezione B : Non Deambulanti

[ ] trasferimento letto-poltrona quotidiano
[ ] trasferimento letto-poltrona occasionale

Cognome e Nome _____ ___/__/___ Sesso: [M] [F]

Condizioni Predisponenti	NO	Presente		REVISIONE / / / / / / / 201 201 201 201 201 201 201
1) (FT) Precedenti Cadute (età ≥ 60 anni) (una caduta = 3 F; 2 M; > una = 5 F; 4 M)	0	F	3 / 5	
		M	2 / 4	
1) (FT) Precedenti Fratture (età ≥ 60 anni) (una frattura = 3F; 2 M; > una = 5 F; 4 M)	0	F	3 / 5	
		M	2 / 4	
3) (FT/M) Stato Mentale (MMSE < 27) (BINA : Item 4 ≥ 2)	0	2		
4) (FT) Movimenti Afinalistici persistenti o ricorrenti (a carico del tronco e / o arti superiori/inferiori)	0	2		
		Totale		

Rischio Caduta | **0 – 2 = MINIMO** | **3-4 = MEDIO** | **≥ 5= ELEVATO**

Piano Assistenziale

[ ] attività motoria [ ] individuale [ ] di gruppo
[ ] sedia a ruote standard
[ ] cintura di sicurezza pelvica (di norma non si applica per Ris.Ca "minimo")
[ ] sponda [ ] dx. [ ] sx.
[ ] tavolino per postura
[ ] sedia a ruote con unità posturale standard
[ ] sedia a ruote con unità posturale basculante
[ ] altro :

NOTE:_____

Medico_____ Responsabile. I. P._____ RAA_____ Fisioterapista_____

Scheda n 2. Scheda di prescrizione da parte dell'equipe assistenziale di MCS .

Assistenza Domiciliare Ospiti Residenze Assistenziali Dr. _____ Distretto AUSL Ferrara_____

Tutela della Persona in Stato Confusionale [ ] Acuto [ ] Cronico

Prevenzione di danni e lesioni involontarie in base al PAI ed ai parametri assistenziali disponibili nella Casa Protetta

Applicazione Mirata **SINGOLA MISURA CONTENITIVA DI SALVAGUARDIA (MCS)** del Sig/ra: _____ nat_ il __/__/__

Necessità **I.** Trattamenti sanitari intensivi:_____ **II.** Cadute Frequenti [1] : _____

(Disturbi del Comportamento) : III. Autolesionismo : _____ **IV.** Eterolesionismo :_____

Tipo: MANOPOLA: [DX] [SX] POLSINO: [DX] [SX] SPONDA:[DX] [SX] [ ] TAVOLINO PER POSTURA CINTURA: [ ] PELVICA [ ] ADDOMINALE

Monitoraggio: PLURIQUOTIDIANO . **Revisione:** [ ] **A)** quotidiana [ ] **B)** settimanale [ ] **C)** mensile **D)** plurimensile

APPLICAZIONE	Proposto da [2] INF./ RAA / FT	DATA	MODALITA' di APPLICAZIONE Letto			Sedia a Ruote/Poltrona			Firma [3]	Firma [4]	Firma [4] RAA o F T	Firma [5]	Revisione: ___		
CODICE															
Necessità			Occasionale	Diurna	Notturna	Occasionale	Diurna	Notturna	Medico	Inf.		Coord.			
RIMOZIONE			MOTIVO RIMOZIONE :												

APPLICAZIONE	Proposto da [2] INF./ RAA / FT	DATA	MODALITA' di APPLICAZIONE Letto			Sedia a Ruote/Poltrona			Firma [3]	Firma [4]	Firma [4] RAA o F T	Firma [5]	. Revisione: ___		
CODICE															
Necessità			Occasionale	Diurna	Notturna	Occasionale	Diurna	Notturna	Medico	Inf.		Coord.			
RIMOZIONE			MOTIVO RIMOZIONE :												

APPLICAZIONE	Proposto da [2] INF./ RAA / FT	DATA	MODALITA' di APPLICAZIONE Letto			Sedia a Ruote/Poltrona			Firma [3]	Firma [4]	Firma [4] RAA o F T	Firma [5]	. Revisione: ___		
CODICE															
Necessità			Occasionale	Diurna	Notturna	Occasionale	Diurna	Notturna	Medico	Inf.		Coord.			
RIMOZIONE			MOTIVO RIMOZIONE :												

[1] Rischio di gravi lesioni da caduta: criteri di individuazione (Tinetti. JAGS 43:1214-21. 1995) :I) MMSE < 26 o SPMSQ > a 2: II) presenza di 2 o più menomazioni cron. : III) Tinetti < 12/28: IV) BMI < 22

[2] Richiesta di permesso di applicazione di MCS: I P / RAA / FT [3] Concessione permesso di applicazione di MCS secondo i protocolli scientifici

[4] "PRESA IN CARICO" permesso di applicazione di MCS secondo i protocolli scientifici [5] Presa Visione permesso applicazione

Fondazione G. B. Plattis- Onlus . Vicini 15, 44042, CENTO (FE) Tel. 051 - 90.30.48 Fax 051- 683.11.62

Assistenza Domiciliare Ospiti Residenze Assistenziali Dr. _____ Distretto AUSL Ferrara_____

Data	Necessità codice	Ora applicazione	Ora rimozione	Firma Infermiere

Data	Necessità codice	Ora applicazione	Ora rimozione	Firma Infermiere

Fondazione G. B. Plattis- Onlus . Vicini 15, 44042, CENTO (FE) Tel. 051 - 90.30.48 Fax 051- 683.11.62

Conclusioni

Contenzione o Protezione?

La disamina del tema del Convegno secondo i principi della "moralità dell'azione" di San Tommaso può offrire un contributo orientativo : "fatti non foste per viver come bruti ma per seguire vertute e conoscenza" scriveva Dante avendo forse già letto gli scritti di San Tommaso.

In tema di protezione e sicurezza della persona anziana in residenza (Safe Resident Care) molto deve essere ancora fatto per realizzare l'obbiettivo della "Protezione".

Questo convegno che si pone l'obiettivo fondamentale ed ambizioso di rispondere ad una domanda critica in tema di Safe Resident Care, affronta un tema etico fondamentale e cioè la separazione del "bene dal male" insita in ogni azione umana (pensiamo ad es. all'energia atomica, alle armi che l'uomo ha sviluppato in primis per difesa dalle aggressioni, dalla fame… come mirabilmente rappresentato nella overture di "2001 : Odissea nello spazio").

Gli organizzatori di questo convegno, Anaste e Società Cooperativa Dolce, tanto perspicaci quanto audaci, hanno riunito i massimi esperti in campo nazionale in tema di sanità, geriatria, legislazione, etica, deontologia, scienze infermieristiche che sono i relatori che mi seguiranno.

Non v'è dubbio quindi che essi daranno il loro prezioso ed esperto contributo per dare una risposta adeguata a tale quesito.

L'augurio e la richiesta che faccio a tutti, a partire dagli organizzatori quanto ai dotti relatori, è che la vera risposta sia l'avvio di un tavolo tecnico nazionale permanente, interprofessionale ed inter istituzionale, dove i temi della Safe Resident Care della persona anziana in residenza siano affrontati senza preclusioni e con la produzione di Linee Guida scientificamente ed eticamente sostenibili e praticabili nella quotidiana realtà assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

PROTOCOLLO PER LA CONTENZIONE FISICA - Trattamento sanitario necessario e indifferibile per la tutela dell'ospite. Mauro Marin. Pordenone – S. Quirino. Sito WEB : Merck Sharp & Dome Watch . 2010

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 Maria Claudia, Bonzagni Anna et al. In "La notte dell'assistenza" 137-158, FrancoAngeli Ed., Milano, 2000.

TOTAL QUALITY MANAGEMENT: ADMINISTRATIVE AND CLINICAL APPLICATIONS IN NURSING HOMES. Schnelle JF, Ouslander JG, Osterweil D, Blumenthal S. JAGS 41:1259-66,1993.

TQM AND QUALITY OF CARE IN GERIATRIC MEDICINE. Coe R. M. Aging Successfully; 3:1-3,1998.

TOTAL QUALITY MANAGEMENT INTEGRATO AMMINISTRATIVO E SANITARIO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO. A. Pirani, M. C. Mazzuca, A. Bonzagni, A. Malaguti, F. Della Piana, A. Lanzoni, M. Mazza. Gruppo di RIcerca Gerontologica- geriatrica Interdisciplinare Operativo.. Istituto G.B. Plattis, Via Vicini 5, 44042, Cento (FE). SIGG Novembre 2000 Giorn. Geront. 11: 861, Novembre 2000

LA COMPLESSITÀ E L'INSTABILITÀ CLINICA NELL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO**.** S. Lopez, A. Sibilano, M.G. Stefanoni, G. Gazzardi, R. Balconi, A. Guaita. G. GERONTOL.; 2009; 57:23-32.

RESTRAINT-FREE CARE: individualized approach for frail elders. N. Strumpf, J. Patterson Robinson, J. Stockman Wagner, L. K. Evans. Ed. Springer Publishing Company. New York, 1998.

QUALE CASISTICA NELLE RSA. Belloi L., Pirani A., Francia R.. Senior, 6: 24-31, 1992.

REFINING A CASE-MIX MEASURE FOR NURSING HOMES: RESOURCE UTILIZATION GROUPS (RUG-III). Fries B.E., Schneider D., Foley W. J., Favazzi M., Burke R., Cornelius E.: Medical Care 32:668-680,1994.

"RETRAIN DON'T RESTRAIN". American Association of Homes and Service for the Aging. National Nursing Home Restraint Minimization Program. Reference Curriculum and Clinical Coordinator's Guide. Nursing Staff Workbook.

UNTYING THE ELDERLY, KENDAL'S RESTAINT FREE PROGRAM AT LONGWOOD & CROSLANDS. Blakeslee J., Goldmann B., Papougenis D.. Generation Supplents, 79, 1990.

FNOMM. CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA. Doveri di assistenza : Art. 32 . - Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili. (2006).

ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE. LA TUTELA DEI DIRITTI UMANI. Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. 1948.

OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT (OBRA '87): Federal Nursing Home Reform Act. 1987 . USA

BARICENTRO: A MULTIDIMENSIONAL GERIATRIC ASSESSMENT TOOL TO DETERMINE TIME NEEDED FOR IMPLEMENTING INDIVIDUAL CARE PLAN IN NURSING HOME A. Pirani, A. Bonzagni, A. Malaguti, F. Della Piana, M. Mazza.. American Geriatric Society, Annual Meeting, May 6-10, 1998, Seattle, Wa. USA, Abstract Book: 184.

THE FUTURE OF GERIATRIC ASSESSMENT: RESEARCH. RECOMMENDATIONS. Supplement to the J Am Ger Soc 1991, Vol. 39 - N 9 - Part 2.

RESTRAINT REDUCTION AND LEGAL RISK MANAGEMENT. Kapp M. B.. JAGS 47:375-376,1999.

DEATHS CAUSED BY PHYSICAL RESTRAINTS Miles S. H., Irvine P. I.,. Gerontologist, 1992; 40:811-816.

MECHANICAL RESTRAINT USE AND FALL-RELATED INJURIES AMONG RESIDENTS OF SKILLED NURSING FACILITIES. Tinetti M.E., Liu W. L., Ginter S.F.. Ann. Intern. Med., 199; 116:369-374.

SISTEMI INFORMATICI PER LA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE IN GERIATRIA Pirani A., Belloi L., Francia R.. Medicina Geriatrica, 2: 196-212, 1992.

LA CONTENZIONE NELL'ANZIANO: TRA "VECCHI" E "NUOVI" PROBLEMI CHE IMPATTANO SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NELLA RELAZIONE DI CURA. Cembrani F. Geriatria Extraospedaliera; 3-4 : 11-14; 2013.

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE MIRATA DI MISURE CONTENTIVE DI SALVAGUARDIA (M.C.S.) DELL'INTEGRITÀ PSICO-FISICA DELLA PERSONA ANZIANA ISTITUZIONALIZZATA IN STATO CONFUSIONALE ACUTO O CRONICO. Pirani A., Benini L.. Coordinamento FIMMG - MMG di Casa Protetta Provincia di Ferrara. 21-06-2010.

SAFE RESIDENT CARE DELL'ANZIANO: "RIS.CA", PROPOSTA PER UN SISTEMA DI VMD PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE. Pirani A., Benini L., Levato F., Breviglieri G., Rianna M. F. 13° Congresso Nazionale Associazione Italiana Psicogeriatria. Gardone Riviera (BS) • 18-20 Aprile 2013