



*La contenzione fisica
in ospedale*

evidence based guideline

rev. 2

data elaborazione: 10 gennaio 2006
data revisione: 10 gennaio 2008

D.S.M. – D.I.T.R.A. – M.C.Q.

- **autori:**

*dr. Domenico Gulizia**

*dr. Franco Lugo***

*dr. Angelo Cocchi***

*dr. Alberto Zanobio***

*inf. Angelo Brezzo***

*inf. Giovanni Lauretta***

*inf. Omar Mattia C.***

*inf. Riccardo Chiappa****

*inf. Stefania Dal Fratello***

*inf. Vincenzo Adamo***

- **coordinamento e supervisione metodologica**

*dr.ssa Giovanna Bollini**

*dr.ssa Luciana Bevilacqua*****

* Direzione Infermieristica Tecnica e Riabilitativa Aziendale

** Dipartimento Salute Mentale

*** Dipartimento Area Medica

**** Servizio Qualità – M.C.Q.

Indice:	2
<i>Premessa</i>	3
<i>Introduzione</i>	4
Mezzi di contenzione: <i>definizione, efficacia, tipologia e classificazione</i>	6
Ridurre il ricorso alla contenzione fisica	7
Ricerca e utilizzo di soluzioni alternative	8
La sicurezza ambientale	10
La relazione con la persona violenta	12
Tecniche che riducono la probabilità di un agito	14
Difesa personale	16
Procedure	19
Manovre di contenzione	22
Aspetti normativi	24
Lesioni e contenzione fisica	25
<i>Procedure operative essenziali (sintesi)</i>	27
<i>Appendice</i>	28
Bibliografia	32

PREMESSA

La contenzione meccanica dei degenti in ambito ospedaliero è evenienza assai più frequente di quanto si possa pensare. In realtà tale pratica si estende anche ai reparti non prettamente psichiatrici per la presenza negli stessi di molteplici tipologie di malati ricoverati tra i quali gli anziani, gli anziani confusi, le patologie da astinenza da alcool o sostanze stupefacenti, pazienti nel decorso post-operatorio, con dolore acuto o con patologie dismetaboliche, per citarne solo alcune tra le più frequenti.

Nei reparti psichiatrici (SPDC) la contenzione meccanica può rendersi necessaria in varie fasi di diverse patologie mentali.

Come evidenziato dalla letteratura internazionale, sebbene vengano proposte procedure di “*risk assessment*”, non esistono ad oggi parametri certi di predittività diagnostica, clinica e psicopatologica rispetto al manifestarsi di episodi di violenza ed aggressività verso altri degenti, personale sanitario o terzi nei reparti psichiatrici. Un importante campo di intervento, più di recente evidenziato dalla letteratura internazionale, riguarda l’assistenza al paziente contenuto, in considerazione dei rischi di lesioni potenziali, di quelli successivi al “blocco” del malato, degli eventi avversi (legati anche a pratiche scorrette di applicazione dei mezzi), e della sorveglianza e della difesa del paziente contenuto rispetto ai codegenti ed alle persone non addette presenti in reparto (parenti, partner, amici, etc.).

Appare evidente come l’impostazione di corrette procedure di accoglienza, di accessibilità dell’utente e dei parenti al personale medico ed infermieristico, di gestione del tempo, dei colloqui, delle uscite programmate possa notevolmente ridurre il rischio di comportamenti violenti (tecniche e procedure di “*de-escalation*” – vedi approfondimento specifico). La letteratura evidenzia inoltre l’importanza di strutture architettoniche adeguate al contenimento dell’aggressività, sebbene esistano differenze in tal senso nei vari paesi, anche nell’utilizzo di diversi mezzi di contenimento fisico (si veda ad esempio come le tecniche di “*isolamento*” - “*seclusion*”- del paziente in spazi specifici separati siano in uso solo in alcuni paesi). Di grande importanza anche la disponibilità di procedure farmacologiche, sebbene si evidenzia come non si possano stabilire chiare relazioni di efficacia tra la scelta di un farmaco od un altro in determinati episodi di aggressività, se non in pochi casi molto specifici. Per ultimo la letteratura segnala l’opportunità ed il tentativo, non sempre ad esito positivo, di individuare parametri predittivi (anamnesi, assetto psicopatologico, fase della malattia, risposta ai trattamenti, etc.) e, come detto, e procedure di “*risk assessment*” in grado di allertare il personale rispetto alla probabilità di agiti aggressivi da parte del paziente.

L'obiettivo principale del presente lavoro è definito dai seguenti parametri

diminuzione contenzioni
diminuzione durata contenzioni
diminuzioni eventi avversi

INTRODUZIONE

La presenza d'operatori capaci ed un buon self-control, sono da ritenersi indispensabili per un buon intervento di contenzione fisica, quando questa si deve esercitare contro la manifesta volontà della persona. Le situazioni che si creano durante gli atti di forza, sono sempre diverse, poiché soggette a troppe variabili. Tuttavia, *l'esperienza suggerisce l'utilizzo di procedure pianificate*, dagli operatori, sia nei momenti precedenti l'atto coercitivo, tendenti perciò a ridurre il pericolo insito nell'agire avventatamente, sia durante l'atto di forza, quando il coordinamento tra gli operatori deve essere tale da impedire che l'opera dell'uno crei impaccio all'opera degli altri; entrambi i momenti allo scopo di non nuocere all'individuo soggetto a contenzione fisica. Procedure che richiedono di un opportuno studio, in sede di micro e macro equipe. Ancor oggi, l'atto della contenzione fisica è vissuto ed elaborato dagli operatori, come individuale, con pochi automatismi collettivi; ciò spesso dovuto al rapido turn-over degli operatori, ma anche alla mancata trasmissione delle esperienze vissute e della loro elaborazione in seno allo staff. La mancata elaborazione dell'atto di contenzione fisica, non insegna come operare al meglio per evitare incidenti, per questo motivo, spesso gli operatori si espongono al medesimo rischio della precedente occasione, in cui sono intervenuti con la pratica della contenzione fisica. La difficoltà di elaborare, individualmente, i propri vissuti emotivi, può portare gli operatori ad anticipare o posticipare più del dovuto, l'evento coercitivo, aumentando con ciò il disagio di tutti. Ciò che segue non ha lo scopo di imporsi come **“metodo”**, spesso anzi è disatteso, proprio da chi opera nel campo, nonostante la palese validità nel suo approccio più ampio, ma vuole creare le basi per un approccio al problema e le migliori condizioni, per una riflessione di gruppo, sulle rispettive esperienze, allo scopo di ottenere un documento comune, che sia d'orientamento e chissà, di guida, per coloro chi è chiamato ad operare in questo difficile ambiente. *L'urgenza del trattamento, spesso non permette un buon lavoro d'equipe.* La violenza è un problema frequente e grave nelle istituzioni. Le cause sono correlate ad un precario equilibrio di fattori interni alla persona, ed esterni. Non c'è mai una sola causa e non c'è mai un solo trattamento. Un insieme di fattori sociali, biologici e psicologici sono responsabili di un atto violento.

Il trattamento della persona violenta in reparto, dovrebbe in primo luogo protendere alla prevenzione in termini di personale qualificato e addestrato, che sia consapevole dei propri sentimenti e delle psicodinamiche poste in atto in se stessi e nei confronti della persona violenta. L'ambiente deve essere terapeutico e non affollato, con un equilibrio tra calore umano e un senso di ordine sociale. L'opportunità dei pazienti di parlare con il personale e di esservi a contatto è fondamentale. Al verificarsi di un episodio violento dovrebbe porsi una diagnosi differenziale istantanea, ricordando però che le evidenze scientifiche segnalano che gli agiti aggressivi possono essere correlati ad ogni categoria nosologica psichiatrica

Tabella di riferimento

Forza delle raccomandazioni	Descrizione
A	Evidenza fondata su basi sperimentali e ricerche per supportare questo tipo di suggerimento
B	C'è una ragionevole evidenza sperimentale che supporta questa raccomandazione
C	La raccomandazione è basata su opinioni di esperti

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- Esistono buone prove scientifiche sull'utilizzo della procedura.
- Esistono discrete prove scientifiche sull'utilizzo della procedura.
- Esistono scarse prove scientifiche sull'utilizzo della procedura.
- Esistono discrete prove contrarie all'utilizzo della procedura.
- Esistono buone prove contrarie all'utilizzo della procedura.

MEZZI DI CONTENZIONE – *definizione*

Si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. Si può definire mezzo di contenzione anche qualcosa che limita o controlla i movimenti o i comportamenti di una persona.

MEZZI DI CONTENZIONE – *efficacia*

Forza della raccomandazione A

Non esistono studi controllati che valutano l'efficacia della contenzione fisica meccanica nei pazienti affetti da gravi malattie mentali (73).

MEZZI DI CONTENZIONE – *tipologia*

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- ***Contenzioni fisiche: sono presidi che riducono o controllano i movimenti. Possono essere presidi posizionati sulla persona oppure inseriti come barriera nell'ambiente;***
- **Contenzione chimica: sono farmaci che modificano il comportamento, quali tranquillanti e sedativi;**
- **Contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti;**
- **Contenzione psicologica o relazionale o emotiva: ascolto ed osservazione empatica diminuiscono l'escalation aggressiva del paziente poiché soddisfano il bisogno di sicurezza.**

MEZZI DI CONTENZIONE- *classificazione*

Una classificazione possibile per quanto riguarda i mezzi di contenzione fisica, è la seguente:

1. Mezzi applicati all'ospite a letto (fasce, cinture)*
2. Spondine di protezione a letto
3. Mezzi applicati all'ospite in carrozzina (corpetto)*
4. Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere, polsiere)*
5. Mezzi di contenzione con postura obbligata (cuscini anatomici)*
6. Altri sistemi utilizzabili (cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino, carrozzine¹ basculanti, poltrone basse).

* mezzi attualmente in uso presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano.

1) RIDURRE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA

OBIETTIVI

Le linee guida per l'utilizzo della contenzione fisica sono finalizzate al raggiungimento di tre obiettivi:

*ridurre il ricorso a contenzione fisica;
ricerca e utilizzo di soluzioni alternative;
normare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico rianimatorio.*

La formazione sulla contenzione supportata da una consultazione clinica è efficace per una possibile riduzione della contenzione fisica nei pazienti in strutture di cure residenziali. Questo approccio favorisce una riduzione nell'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero delle cadute o di lesioni gravi. La stessa efficacia non è dimostrabile nelle strutture di cura per acuti (rct, Evans e altri 1994) (70) **Forza della raccomandazione A**

Il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali:

1) situazioni di emergenza, quando il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per se e/o per altri, e l'uso della contenzione si dimostri la scelta migliore (13,30); **Forza della raccomandazione B**

¹ in bibliografia un ausilio (es carrozzina), che limita la funzione dovrebbe infatti essere classificato come un mezzo di contenzione, ma lo stesso ausilio usato per potenziare la funzione dell'ospite è denominato "enabler", perché gli permette di stare fuori dal letto

2)auto ed eterolesionismo, (13,30) quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta, conseguente ad ogni tentativo di alzarsi e camminare (31):

1. stato di incoscienza od ebbrezza (32);
2. periodo pre e post sedazione (32);
3. trasporto con barella (32);
4. per mantenere il corretto allineamento posturale in pazienti con deficit psicomotorio che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico (12,33).

2) RICERCA E UTILIZZO DI SOLUZIONI ALTERNATIVE

Forza della raccomandazione A

1. Situazioni e comportamenti a rischio cui di solito si risponde con la contenzione fisica possono essere affrontati con modalità diverse. La ricerca di altre soluzioni è auspicabile (36,37,38,39,40,41,43,44).
2. **Disturbi d'ansia.** Il problema può essere efficacemente trattato attraverso l'utilizzo di strategie alternative di tipo relazionale: *compagnia individuale, disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore, empatia, conforto, contatto fisico, proposte motorie d'ausilio alla detenzione dell'ansia, tecniche di rilassamento. Valutare la possibilità di trattamento terapeutico con ansiolitici.*

Forza della raccomandazione C

1. **Agitazione psicomotoria.** Le strategie potenzialmente attuabili in questi casi fanno riferimento a: *strategie ambientali con strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi, individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo quali intolleranza ambientale o interpersonale, strategie relazionali dell'operatore, proposte per distogliere l'ospite dallo sfogo aggressivo con passeggiate o attività occupazionali, allontanamento dal presunto evento scatenante.*

2. **Deliri, allucinazioni.** Fondamentale, per affrontare queste alterate percezioni o concezioni della realtà, è l'atteggiamento dell'operatore. Il rapporto con l'ospite deve essere orientato ad una condivisione della situazione che al momento sta vivendo, in quanto, né la critica, né la negazione dell'evento possono ricondurlo alla realtà. Evitare di commentare, banalizzare con eventuale derisione, ma comprendere empaticamente l'angoscia in cui si trova il paziente al momento.
3. **Alterazioni del ciclo sonno-veglia.** Evitare l'allettamento forzato attraverso una maggiore tolleranza e quindi flessibilità da parte degli operatori nella scansione degli orari quotidiani di lavoro. Valutare la presenza di possibili cause d'insonnia quali: dolore, tosse, nicturia, dispnea, fame, sete, bisogno di scaricarsi, presenza/rimozione di presidi medico-chirurgici (catetere uretrovescicale, ago cannula,...), bisogno di essere cambiati, presenza di situazioni ambientali sfavorevoli (rumorosità, materassi non idonei, temperature non adeguate,...).
4. **Prevenzione delle cadute.** Introdurre modificazioni ambientali per ridurre il rischio: diminuzione dell'altezza dei letti, illuminazione e pavimentazioni adeguate, dispositivi d'allarme, scendiletto, strisce antidrucciolo nelle stanze, assenza di barriere architettoniche, sanitari modificati. Valutare e, se necessario, modificare le calzature. In presenza di deficit sensoriali prestare attenzione alla cura del piede. Adottare, per i pazienti particolarmente a rischio di caduta abbigliamenti imbottiti (bascetti e mutande trocanteriche), per attutire l'impatto e ridurre l'incidenza di traumi e fratture. Introdurre specifici interventi riabilitativi quali deambulazione assistita, recupero funzionale. Dotare il soggetto di ausili-bastoni per la deambulazione, carrozzine, scelti in base alle sue caratteristiche fisiche e patologiche.
5. **Trattamenti terapeutici.** In questi casi è possibile ridurre la contenzione attraverso: la riduzione dei tempi di somministrazione, la collaborazione dei familiari durante il trattamento, il controllo da parte degli operatori.

SICUREZZA

L'ambiente

L'edificio dovrebbe avere un ingresso, che funga da corridoio di Accettazione Psichiatrica, ovvero dovrebbe consentire il transito del ricoverato, con modalità più snelle, privilegiandolo rispetto alla linea comune d'accettazione in seno al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA). Dovrebbe prevedersi quindi una sala visita psichiatrica, provvista di ingresso separato, possibilmente in prossimità, se non affiancato, al Posto di Polizia interno, questo anche per il paziente che giunga accompagnato con modalità obbligatorie, coercitive, o in stato di alterazione tale da far temere i suoi agiti, così che possa essere immediatamente accudito. La parte burocratica relativa al suo ricovero, dovrebbe trasmettersi on-line e in tempo reale, tramite l'attuale portale di reparto, che utilizza il sistema intranet, per permettere al personale addetto all'accoglimento, un avvicinamento pronto e personalizzato al caso. I reparti e i servizi, di tutto il perimetro psichiatrico, devono prevedere un ambiente spazioso, confortevole, sicuro, accogliente quanto più possibile, con angoli di verde dove poter far entrare il paziente in fase di deescalation *1). L'ambiente dovrebbe essere dipinto con colori neutri, accenni di delicate tinte pastello, facilmente lavabili e soggetti a ciclici processi di sanificazione, con quadri, copie di litografie, riproducenti motivi allegri, allo scopo di mostrare sì l'efficienza ma anche la cura nei dettagli, che ognuno di noi, vorrebbe trovare, aprendo la propria porta di casa. L'affollamento può essere correlato alla violenza attraverso l'aumento dei contatti e il ridotto spazio difendibile, mentre un aumento del numero di persone senza affollamento genera aumento del controllo sociale e riduzione della violenza (Anderson 1982; Sampson 1983). Questi principi, osservati negli studi sociologici, sono sovrapponibili a ciò che si avviene in un reparto psichiatrico, nel senso che ad un maggior numero di ricoverati si associa un maggior numero di casi di violenza (Palmstierna et al. 1991). Il numero di persone disponibili alla sorveglianza e l'intervento può prevenire la perpetrazione di crimini, tra cui l'omicidio (Messner e Tardiff 1985). Perciò, l'effetto di personale presente, può agire positivamente sul livello di violenza della comunità, inoltre il personale può essere opportunamente addestrato, attraverso programmi ad hoc, tipo "Crime Watch", oppure mediante auto-processi, di organizzazione. C'è un rapporto curvilineo tra calore e aggressività: temperature ambientali moderatamente spiacevoli, provocano un aumento dell'aggressività, mentre temperature estremamente calde la riducono (Bell e Baron, 1981).

Gli interni

Lo spazio è **indispensabile**, per diminuire i fattori di rischio correlati all'agitazione psicomotoria, fattori tra i quali si ricordano: l'ambiente percepito come minaccioso, angusto, la mancanza di privacy, la convivenza forzata, il misto di patologie diverse che convivono contemporaneamente nello stesso ambito, l'impossibilità d'uscire. Si dovrebbero prevedere dei protocolli soggetti a revisione periodica, da parte dello staff, per rendere l'ambiente idoneo ed efficace ai fini terapeutici. Vanno promosse politiche, in tal senso: supporto dei manager, collaborazione dello staff clinico. Lo spazio quindi, ha notevole importanza nelle scelte strategiche di un ambito psichiatrico *2). Sempre riguardo allo spazio occorre aggiungere che attività "sicure", andrebbero fornite per l'esercizio fisico, mentale e per quelle interazioni private, che diminuiscano la tensione e provvedano alternative alla noia e alla violenza*3). Le aree per il riposo e quelle per l'attività diurna dovrebbero essere separate ed almeno un'area-soggiorno per reparto, dovrebbe restare aperta, per chi non riesce a dormire. Il confort oggi trova la sua ispirazione all'interno dei criteri di accreditamento.

Le stanze di degenza

L'ambiente climatizzato è senza dubbio più confortevole, inoltre permette di tenere le finestre chiuse ermeticamente, come sui treni moderni, per evitare gesti o comportamenti lesivi della persona, dell'ambiente esterno o del decoro, quindi dell'immagine. La sicurezza deve rispondere a quei criteri già noti da tempo, perciò serramenti in metallo e vetri infrangibili per le parti che si aprono sugli accessi esterni, vetrate, quadri d'abbellimento alle pareti, ricoperti in plastica trasparente al posto del vetro. Le pareti lavabili. Le suppellettili, armadi e comodini, dovrebbero essere fissati al muro o al pavimento ove poggiano. Particolare attenzione deve porsi agli angoli ciechi, ovvero quei punti della stanza, dell'anticamera o prossimi al bagno, in cui è possibile nascondersi alla vista. Sono invece da considerarsi inopportune le telecamere a circuito chiuso, perché ritenute troppo invasive della privacy. Un sistema di rilevazione di fumo come disposto in ottemperanza alla Legge 626 inerente alla sicurezza dei luoghi di lavoro, cui si deve aggiungere la presenza bocchette idranti poste sui corridoi, che sono da preferire agli idranti a bombola, almeno per le parti comuni ai degenti, onde evitare che questi siano usati impropriamente.

Il campanello per la chiamata del personale, deve essere posto al muro in prossimità della testata del letto, in modo da evitare pericolosi cavi elettrici esposti. I letti di degenza dovrebbero avere una struttura semplice e resistente, con il minor numero d'inserti o aggiunte, in pratica sono da evitarsi ad esempio i letti elettrici, con tavolino incorporato, con parti di legno, smontabili; la biancheria dovrebbe essere ignifuga al pari d'ogni suppellettile presente nelle stanze, tale biancheria tuttavia presenta costi elevati e durata inferiore rispetto alla biancheria comune, inoltre è poco apprezzata per la ruvidità, che non si concilia con il riposo, per ciò, il suo utilizzo dovrebbe limitarsi al settore interno preposto all'assistenza delle degenze più a rischio.

LA RELAZIONE CON LA PERSONA VIOLENTA

In qualche momento tutti noi dobbiamo affrontare, in pronto soccorso, in reparto o in ambulatorio, situazioni in cui siamo chiamati ad avere a che fare con la persona che ha appena percosso qualcuno, si è procurato ferite, ha lanciato qualcosa, oppure minaccia atti violenti. Spesso un gruppo di persone- personale, polizia, pazienti, parenti, curiosi o altri osservatori- si è raccolto intorno a questa persona. Tutti si aspettano che l'infermiere, lo psichiatra o gli altri operatori presenti, si occupino del problema e “facciano qualcosa”. **Nessuno può sentirsi sicuro del proprio intervento**; ciò nonostante, gli altri spesso si aspettano proprio un intervento risolutivo quasi “magico”, come si vede al cinema. Si dovrebbe considerare l'uso di mezzi verbali di intervento, come bagaglio indispensabile per l'infermiere, specie se a contatto con particolari patologie, da includere nei programmi di formazione del personale. In termini di prevenzione, è essenziale che un reparto di ricovero, abbia un personale adeguato per numero, qualitativamente addestrato e costantemente aggiornato, per mettere in atto le tecniche di deescalation, di isolamento o di contenzione, in modo efficace, appropriato e sicuro. È importante che il personale sia gentile e non autoritario, ma nel contempo, agisca come istituzione, chiarendo limiti e norme comuni. Il personale, nel trattamento della persona violenta deve:

- a. Preoccuparsi della propria sicurezza.
- b. Apparire calmo e controllato.
- c. Utilizzare il “tono” della voce.
- d. Quando il paziente inizia a parlare, ascoltarlo.
- e. Se possibile, sedersi entrambi.
- f. Non guardarlo con fissità.

In sostanza, nel colloquio dobbiamo apparire “vicini” al paziente, quindi è utile:

- g. Sorridere, comunica disponibilità
- h. Prestare attenzione, con lo sguardo, il corpo e l’ascolto
- i. Evitare l’uso di soprannomi o appellativi vari
- j. Evitare di essere disturbati, spegnere il cellulare

Lo schema delle fasi che tipicamente si succedono in un episodio aggressivo si fonda su due concetti:

➤ L’**Arousal**, cioè un’attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti emotivi, fisici e psicologici, che si producono in una situazione di minaccia reale o percepita come tale. Reazione di tipo **fight or fly**. In queste condizioni sono inibite le abituali capacità di comunicazione e di problem solving. Non si colgono gli stimoli meno oppressivi, il comportamento viene guidato da *vettori ideativi semplici*.

➤ La **deescalation** consiste in interventi di *desensibilizzazione* progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell’aggressività (tecniche di estinzione progressiva). Si utilizzano tecniche di comunicazione atte a modulare gli stimoli positivi e quelli avvesativi.

Il Ciclo dell’aggressività

Il ciclo dell’aggressività si compone di 5 fasi², che vanno prontamente riconosciute, perché in ognuna di esse vi è una particolare indicazione delle varie tecniche d’intervento. Gli interventi devono essere tempestivi.

1. fase del *trigger* (o del fattore scatenante): individuabile in un intensificazione dello stimolo avversativo, disinibizione indotta da sostanze, percezione di una mancanza di attenzione, fattori di provocazione (veri o presunti), stress o altro. L’intervento più opportuno in questa fase sarà riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in “ambiente neutro”, con più bassi stimoli.

² Le fasi 1 e 2 sono quelle della pre-aggressione. Richiedono una rapida presa d’atto del problema e un’altrettanto rapida valutazione del rischio.

2. fase della *escalation*: in cui l'intervento consisterà in un approccio verbale utilizzando una comunicazione **diretta** (diretta espressamente alla persona, con l'uso del nome), **specificata** (basata sulle rivendicazioni del momento, frasi brevi, termini semplici) e **positiva** (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, cioè tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze). Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e di minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate.

TECNICHE CHE RIDUCONO LA PROBABILITA' DI UN AGITO

L'estinzione progressiva può essere usata per ridurre le risposte disadattive dell'organismo, cioè quando una risposta non è più seguita da alcun rafforzamento. L'estinzione in questo può servire per eliminare comportamenti mantenuti da precisi rinforzamenti provocati dall'ambiente (es. il bambino che disturba in classe per attirare l'attenzione; ignorare il comportamento in questione porta l'estinzione del comportamento stesso). *Negoziazione, talk-down-* indicazioni operative:

- a. non molestare, minacciare o assumere un atteggiamento negativo verso il problema.
- b. Non invadere lo spazio occupato dal paziente ma mantenere una distanza utile.
- c. Stabilire un contatto verbale, usare frasi brevi, dal contenuto molto chiaro, con tono di voce caldo e rassicurante, rivolgersi al paziente usando il suo nome personale, ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto sostiene il paziente, non polemizzare o contrastare. Continuare a dichiararsi d'accordo coi contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni.
- d. Porre il paziente di fronte a scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo così dall'originale programma motorio.

Token-economy: modificazione del comportamento che agisce attraverso il rafforzamento simbolico. Premi e penalità in base ai comportamenti adottati.

Strategie di autocontrollo: tecniche di rilassamento, distrazione, time out.

Timeout: cioè allontanamento dalla situazione scatenante. I pazienti sono invitati a riconoscere i segni di allarme e a mettere in atto da soli comportamenti di autocontrollo.

1. Fase *critica-acting out*: punto culminante dell'eccitamento. Aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla sicurezza e sulle riduzione delle conseguenze. Gestione "in acuto" dell'atto aggressivo.
2. Fase del *recupero-recover*: caratterizzata dal graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. È una fase molto delicata, in quanto il paziente è recettivo per eventuali nuovi *trigger*. Non attuare interventi intempestivi, volti all'elaborazione dell'evento, che potrebbero innescare una nuova crisi. Il monitoraggio attivo ma distante, senza nuovi stimoli, inopportuni è l'unico intervento raccomandabile.
3. fase della *depressione post critica*: ovvero comparsa di emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. L'intervento dovrà attuarsi con l'elaborazione dell'evento, volta alla riduzione dei sentimenti più gravi. Confronto con la vittima. Discussione dell'evento nella riunione quotidiana.

L'episodio di aggressività violenta rappresenta un evento critico, che va discusso all'interno dell'equipe, perché siano valutate le cause, sia ridiscusso il piano assistenziale. Si segnala inoltre che l'acatisia iatrogena può scatenare l'aggressività.

Il primo problema è il pericolo per l'operatore. Qualsiasi minaccia, anche se espressa in termini scherzosi, deve essere seriamente valutata, discussa in empatia con il paziente. Deve prevedersi un modo per l'operatore, di comunicare di trovarsi nei guai: se in un ambulatorio, uno studio medico, una sala, l'infermeria, ecc., è possibile celare un allarme muto, altrimenti occorre sviluppare un codice con parole chiave o segnali prestabiliti qualora non sia possibile parlare, tutto ciò in base al pericolo da fronteggiarsi. Persino in ambiente ambulatoriale occorre predisporre un piano di risposta ad una situazione violenta, tra cui le situazioni di presa di ostaggi. Il piano dovrebbe essere scritto e ricordato con aggiornamenti a tema. Gli ambienti non dovrebbero contenere oggetti pesanti come vasi, posacenere a meno di non averli fissati a muri o pavimento.

Si deve prevedere la presenza di cuscini e di una sedia leggera, da usarsi come scudo per controllare o scoraggiare, un'aggressione. Prevedere inoltre una via di fuga dall'ambiente e dal paziente, è parte dell'esperienza che ogni operatore matura in certi ambienti, ambienti che per questo, devono essere studiati. Il colloquio, per qualunque operatore si trovi di fronte a una persona violenta, deve avvenire in *posizione di sicurezza*, protettiva, non minacciosa. Non dobbiamo inoltre, preoccuparci di intervenire soltanto qualora la violenza sia manifesta, ma intervenire preventivamente, alle prime note, di un imminente "crisi violenta", quindi occorre un equilibrio di giudizio, perché si oscilli sempre tra l'omissione e l'abuso, senza cadere in nessuno dei due estremi.

DIFESA PERSONALE

Il problema della sicurezza del personale comprende lesioni causate dal paziente soprattutto in reparti di ricovero e in Pronto Soccorso. Sono state descritte (Thackrey 1987) tecniche fisiche di auto-protezione, ritenute sicure ed efficaci, sia per la salvaguardia degli operatori, sia per la tutela del paziente; esse richiedono un minimo addestramento e di pratica per essere imparate alla perfezione; qui di seguito un breve accenno delle tecniche ritenute, da noi, *di buona pratica*:

- la stazione laterale durante il colloquio, ruotato di circa 30° rispetto all'asse paziente, offre un minore bersaglio, poiché la superficie in posizione laterale, del corpo, è minore rispetto alla superficie in posizione frontale, inoltre comunica migliore disponibilità al dialogo, evitando di "ricordare" come ci si fronteggia fra gorilla, con tanto di percosse sul proprio petto.
- Mantenere una distanza utile, sia per la fuga, sia per il fronteggiamento, qualora si intuisca il pericolo è un efficace tattica; mantenere sempre e comunque la distanza ideale, tracciata dalla massima estensione delle proprie braccia, in direzione del petto del paziente; se necessario, per verificare e mantenere di continuo il rispetto di tale distanza, eseguire proprio il gesto, con il palmo delle mani rivolto al potenziale aggressore, nonché far seguire il gesto ad un messaggio chiaro ed efficace, con un tono di voce deciso.
- In base ai più moderni criteri di Difesa Personale, la frase che si ritiene oggi più efficace è "**stai lontano**", frase che dovrà essere ripetuta costantemente, sino a che sussistano avvicinamenti indesiderati, inoltre **non accettare la diatriba** sino a che sussista una fonte di pericolo nella distanza dal soggetto violento (è

vanificato “lo stai lontano” se si risponde ad una frase del soggetto, sia pure dettata in risposta ad una accusa o una domanda che rivolga, anche se appaia mite rispetto all’attimo prima, ciò sino a che non si sia stabilita e mantenuta, una distanza di sicurezza efficace.

- Se si viene afferrati per un polso, è opportuno piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell’aggressore, per indurlo a lasciare la presa.
- Se si viene afferrati per i capelli, stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato, per limitarne i danni, ed abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l’aggressore a lasciare la presa per mancanza di sufficiente equilibrio. La presa per i capelli ha lo scopo di dominare sull’altro, priva di stabilità l’intera persona, perciò è da ritenersi tra le più pericolose, da subire.
- Sfuggire ad uno strangolamento e la chiave della sopravvivenza. Occorre abbassare il mento verso lo sterno proteggendo così la zona critica. La protezione della gola consente di non perdere conoscenza e guadagnare tempo al fine di liberarsi.
- Per i morsi è opportuno spingere la parte morsa più a fondo nella bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il proprio corpo, quindi aiutarsi, magari chiudendo le narici dell’aggressore.
- Per le percosse, è preferibile seguire un corso specifico di auto-difesa, per quanto Thackrey ne abbia illustrato delle tecniche efficaci, sul suo trattato, esse richiedono una preparazione adeguata, principi che risultano difficilmente praticabili con la sola descrizione delle tecniche.
 1. Per **decalation**, s’intende quel processo d’operazioni, attuate dagli infermieri, per ridurre progressivamente il comportamento aggressivo-violento. Comportamenti comuni, assunti per lo più dall’esperienza maturata nel settore, che sono spesso frutto di raccomandazioni o procedure operative, sotto forma scritta.
 2. In Psichiatria, l’agitazione psicomotoria riguarda il 13,1% di pazienti di “primo contatto”. Le infermiere hanno un rischio tre volte maggiore, rispetto ad altri ambiti lavorativi, di subire aggressioni correlate a fenomeni d’agitazione psicomotoria.
 3. Il 60% dei colleghi infermieri dei tre S.P.D.C. presenti nel nostro dipartimento, ha subito almeno un’aggressione nella carriera lavorativa.

3) NORMARE L'INTERVENTO CONTENITIVO, ALLA STREGUA DI UN INTERVENTO TERAPEUTICO RIANIMATORIO

Forza della raccomandazione C

La decisione di porre un paziente “in contenzione” deve essere riportata sulla documentazione clinica (cartella medica ed infermieristica) del paziente: la prescrizione è competenza del medico. In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'infermiere può decidere di applicare una contenzione; questa decisione verrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile. (27, 28, 31)

La prescrizione deve chiaramente indicare:

MOTIVAZIONE. Le circostanze eccezionali e le motivazioni riportate più sopra sono gli unici elementi da considerare per decidere di contenere il paziente. **Forza della raccomandazione B**

TIPO DI CONTENZIONE. Particolare attenzione deve esser posta nella scelta del tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione. **Forza della raccomandazione B**

DURATA. La contenzione deve essere limitata nel tempo: la prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di prolungare o ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'equipe. La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto. (27, 28, 31) **Forza della raccomandazione B**

PROCEDURE

- Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 15 minuti dal personale infermieristico e almeno ogni otto ore dal personale medico (e comunque ogni qualvolta l'infermiere responsabile lo ritenesse necessario). La decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la condizione che l'ha determinata (27, 28) **Forza della raccomandazione B**
- Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte (27, 28) **Forza della raccomandazione C**
- La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni tre, quattro ore. **Forza della raccomandazione C**
- Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione. **Forza della raccomandazione C**
- È indicato l'utilizzo di un registro dove annotare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati. **Forza della raccomandazione C**
- n.b. oltre le 24 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della trombosi venosa profonda. Il medico psichiatra valuterà l'opportunità di predisporre un idoneo trattamento anticoagulante preventivo, anche avvalendosi di specifica consulenza internistica. **Forza della raccomandazione A (78)**

Ciò che segue è da ritenersi la risultante del fallimento d'ogni mediazione posta in atto prima, quale tentativo non coercitivo, di ottenere l'adesione/ascolto del soggetto, al trattamento curativo/assistenziale.

Per *l'American Psychiatric Association*, le indicazioni per l'uso immediato d'isolamento e contenzione sono:

1. Evitare un danno imminente ad altri. In particolare personale ed altri degenti- se altri mezzi non sono efficaci e/o adatti.
2. Evitare danni imminenti al paziente se altri mezzi di controllo sono inefficaci o inadatti.
3. Evitare gravi interruzioni del programma terapeutico o danni significativi all'ambiente.
4. Quando fanno parte del programma terapeutico comportamentale in corso.
5. Ridurre la quantità di stimoli che il paziente riceve (per l'isolamento).
6. A richiesta del paziente.

- a. E' preferibile preparare il teatro operativo, allontanando dal luogo quei mobili, suppellettili, oggetti d'uso comune, che potrebbero divenire armi improprie o procurare intralcio alle manovre di contenzione.
- b. Non esistono letti di contenzione in Ospedale. Il "setting" deve essere predisposto all'uopo, prevedendo un coprimaterasso o traversine impermeabili.
- c. E' opportuno provvedere alla preparazione del letto, con fascette di contenzione morbide, in numero adeguato alla tipologia del soggetto: tenendo conto che tutti e quattro gli arti devono essere fissati ai montanti del letto, è possibile fissare gli arti inferiori, con una fascetta a due manette in corda di nylon(sistema tuttora in uso presso la nostra azienda). Tuttavia questo è in contraddizione con ciò che è riportato da alcune linee guida americane, dove invece è ritenuto opportuno che le gambe del paziente restino divaricate; inoltre, mentre un braccio deve essere fermato lungo il fianco del paziente, l'altro deve fissarsi sopra la sua testa. Tuttavia ciò aumenta il rischio di lesioni del plesso brachiale e per l'articolazione del cingolo scapolo-omerale Le cinghie di cuoio sono invece ritenute le più sicure. Nella nostra Azienda, si legano entrambe le braccia lungo i fianchi, al telaio del letto.(74)
- d. E' bene assicurarsi che il punto d'inserzione delle fascette di contenzione non possa scorrere lungo le strutture e i montanti del letto. La lunghezza delle fascette varia secondo la tipologia del paziente, più si accorciano e meno libertà di movimento avrà il soggetto. N.b. fascette troppo lasse aumentano la possibilità che il collo della persona contenuta si infili sotto il braccio o sotto la fascetta con ovvi rischi di lesioni e/o soffocamento.

- e. E' consigliabile rimuovere dalle proprie tasche ogni cosa non necessaria all'intervento coercitivo, ad esempio penne e matite; come pure togliersi orologi, collane, anelli, occhiali (quando possibile), zoccoli, maglioni, marsupi e quanto si può portare con sé o indossare oltre la divisa.
- f. Dotarsi di guanti, occhiali, mascherina (D.P.I.)
- g. E' meglio allontanare dal teatro operativo tutti coloro che non sono implicati nelle manovre coercitive, al fine di evitare inutili coinvolgimenti emotivi o curiosità morbose da parte d'altri soggetti estranei all'intervento.
- h. E' necessario avvicinare il soggetto con un numero adeguato di operatori e con prestanza fisica sufficiente. Il gruppo dovrebbe essere composto da un minimo di tre operatori (Tartaglione 1994), ad un massimo di sei (Hyman 1988, 1995). In letteratura è altresì raccomandato operare con un gruppo di cinque operatori senza mai scendere al di sotto delle quattro unità (74).
- i. E' utile stabilire, all'interno del gruppo operativo, un leader con il compito di starter all'atto coercitivo, ovvero che dà il segnale d'inizio e guida tutta l'operazione.
- j. E' meglio dare un'ultima possibilità al soggetto, ordinando di raggiungere il suo letto spontaneamente, prima di effettuare l'intervento di coercizione fisica.
- k. E' preferibile immobilizzare il soggetto quando questi è già in prossimità del letto, evitando il pericolo e lo sforzo insiti nel trascinamento.

Tutti questi punti, discutibili e ampliabili, sono il presupposto per un intervento, che di per se è un atto di forza, il più delicato possibile.

Purtroppo l'imprevedibilità e la rapida escalation di certe azioni/reazioni a volte non consente un'adeguata preparazione dell'ambiente in cui si opera, soprattutto se ciò avviene al di fuori di un ambiente protetto, quale un S.P.D.C.

MANOVRE DI CONTENZIONE.

Nella maggioranza dei casi la contenzione e l'isolamento del soggetto hanno luogo senza la presenza del medico, seppure questa sia da molti considerata preferibile, essa non è richiesta dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (A.P.A.), ma bensì posticipata con vari tempi e modi.

L'A.P.A. *Task Force on Psychiatry Uses of Seclusion and Restraint* non ha raccomandato tecniche specifiche d'approccio ai pazienti o sistemi di contenzione, ma ha indicato che l'isolamento e la contenzione andrebbero considerati analoghi alla rianimazione cardiopolmonare in un'istituzione, nel senso che dovrebbe essere disponibili:

1. Linee guida scritte specifiche ed un manuale d'uso di queste procedure.
2. Approvazione delle linee guida da parte dell'Ufficio Legale dell'Amministrazione dell'Ospedale e dello Stato.
3. Istruzione del personale circa le linee guida e ripasso effettivo delle tecniche.
4. Analisi con il personale intorno ai problemi relativi alle linee guida e loro periodico aggiornamento e revisione.

PROCEDURA

1. Al segnale convenuto, ogni operatore si occuperà di bloccare un arto del soggetto impedendone i movimenti articolari, trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno specifico operatore tratterà il capo del soggetto avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate o morsicature, e per sottrarre stabilità al soggetto.
2. A volte è preferibile sdraiare in terra il soggetto, per ottenere la sua resa, prima di sdraiarlo sul letto.
3. La presa al collo, di rara necessità, ma doverosamente prevedibile, dovrà essere operata da un operatore con provata esperienza, perché delicata. Essa deve prevedere in ogni caso la normale respirazione del soggetto ed essere flessibile, adeguandosi ai movimenti repentini ed imprevedibili del gruppo e del paziente. Le linee guida americane sinora lette, non accennano neppure alla pratica della presa sul collo, seppure parlino di "stabilizzare il capo", esse in genere prevedono che il paziente sia afferrato agli arti e depresso a terra, quindi la testa viene "stabilizzata".(75).

4. Una volta sul letto, il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto. Secondo il soggetto e della possibilità di manovra, si potranno contenere prima gli arti inferiori o prima gli arti superiori, in ogni caso, prima si termina, meglio sarà per tutti.
5. E' opportuno, anche se ciò può posticiparsi, spogliare il soggetto di giacche, maglioni pesanti, scarpe e calze.
6. Rimuovere ogni cosa dalle tasche del soggetto. Ponendo particolare attenzione ad oggetti potenzialmente taglienti, ai pirici, ingeribili o lesivi per la cute.
7. Durante tutta l'operazione è indispensabile mantenere un atteggiamento calmo, anche se risoluti nell'agire; un tono di voce sereno e parole acquietanti renderanno il vissuto meno traumatizzante al soggetto.
8. A meno di controindicazioni a farmaci, le prescrizioni terapeutiche devono essere eseguite appena il paziente è contenuto.
9. Nel caso in cui la crisi d'agitazione è irrefrenabile, può rendersi necessario fissare il paziente supino; ora ciò è ottenuto per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro la testata dello stesso. Questa deve ritenersi una misura provvisoria, nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione.
10. Può rendersi necessario fissare intorno ai polsi o alle caviglie, degli inserti di tessuto morbido o di cotone, allo scopo di evitare al soggetto, fastidiose irritazioni.

ESEMPI

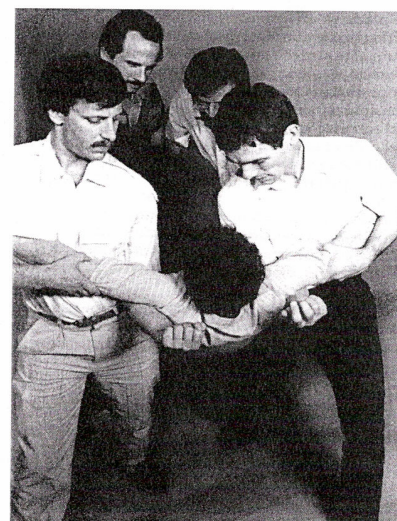
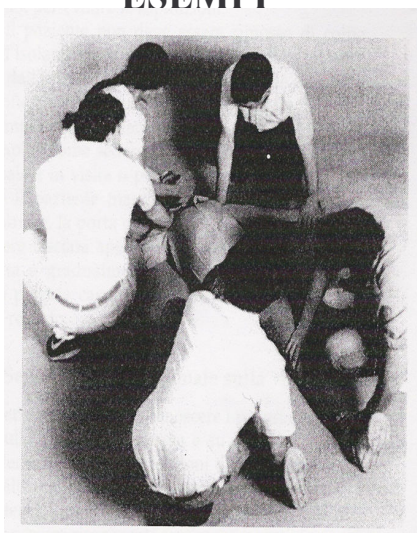
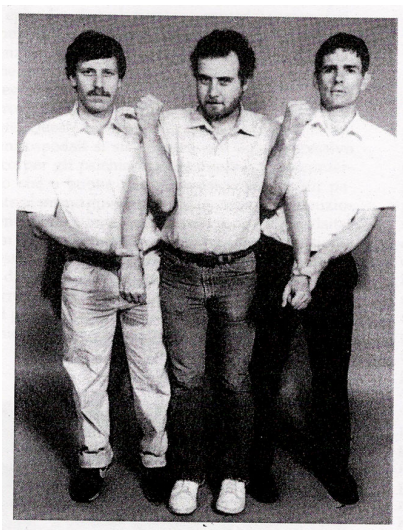


FIG.1 Possiamo osservare come la presa dei polsi conservi al paziente la libertà di movimento controllata dagli operatori, ma non obbligata, da una presa in chiave articolare del braccio. Le mani libere degli operatori sono strette a pugno, per evitare dolorose prese e torsioni alle dita, oppure morsi.

FIG.2 Possiamo notare come l'infermiera si preoccupi di stabilizzare la testa del soggetto, impedendone movimenti che potrebbero sfociare in morsicature o testate.

ASPETTI NORMATIVI

Codice deontologico dell'infermiere

“...L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario motivato e non metodica abituale di accadimento.”

Articolo 13 della Costituzione Italiana

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato delle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge”

Articolo 54 del Codice Penale

L'applicazione del contenimento fisico deve essere riservata alle situazioni d'eccezionale gravità non altrimenti gestibili che, mettendo a repentaglio l'incolumità del paziente e/o della comunità si configurano come stati di necessità.

Articolo 591 del Codice Penali

Abbandono di minore o incapaci: “chiunque abbandoni una persona di anni 14, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni”.

Articolo 605 del Codice Penale

Sequestro di persona: “chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni.

LESIONI E CONTENZIONE FISICA (72)

Forza della raccomandazione A

Una revisione sistemica ha studiato le lesioni collegate alla contenzione fisica ovvero quelle provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo, quali abrasioni, lacerazioni, strangolamento e quelle legate ad effetti indiretti della contenzione fisica, provocate cioè dall'immobilità forzata a cui è costretto il paziente. Queste ultime si possono identificare nell'aumento di tasso di mortalità, nello sviluppo di lesioni da pressione, nelle cadute, nell'impossibilità di tornare al domicilio dopo la dimissione.

LESIONI DIRETTE

In letteratura, escluse le situazioni di manifesta violenza (fisica e/o sessuale) o di atti "impropri" da parte di altri pazienti degenti (es. tentativi di liberazione, ecc.), esistono poche informazioni sulla prevalenza di lesioni correlate alla contenzione fisica; un piccolo numero di casi studiati le riporta includendo:

Lesioni nervose. Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotolamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

Lesioni ischemiche. Dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.

Tromboembolia. La letteratura segnala il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, anche in assenza di fattori di rischio preesistenti e, sebbene non esistano studi specifici sull'efficacia, viene consigliata la valutazione di trattamento preventivo (78).

Asfissia. Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo, o è stata trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia.

Morte improvvisa. Due studi descrivono la morte improvvisa in seguito ad un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione. Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute **come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione**. Tuttavia questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso accade.

Ipertermia e sindrome neurolettica maligna

LESIONI INDIRETTE

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia, è più difficile da dimostrare il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni, quindi è importante usare cautela nell'interpretazione di queste informazioni. Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione sono maggiormente esposti al **rischio di caduta**, hanno **degenze di maggiore durata**, incorrono nelle infezioni nosocomiali, hanno un'**umentata mortalità** e più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione. L'uso della contenzione per i residenti delle case di riposo è stato associato con un certo numero di esiti avversi, quali il **declino nel comportamento sociale e cognitivo** e della mobilizzazione e un aumento nel disorientamento, lo sviluppo di **lesioni da decubito e l'incontinenza urinaria e intestinale**. Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute, **i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta** rispetto ai residenti non contenuti. Inoltre, le lesioni gravi correlate alle cadute sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione. Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione ad intervalli, è più elevato. Per concludere, sembra che la sospensione della contenzione riduca il rischio di lesioni correlate alle cadute. Sono stati identificati nella letteratura molti suggerimenti su come ridurre il rischio da lesione, tra cui i più comuni sono:

- seguire le raccomandazioni dei fornitori;
- orientamento dello staff e la formazione sull'uso corretto dei dispositivi della contenzione e sui pericoli ad essi connessi;
- evitare di isolare la persona contenuta;
- ridurre l'uso della contenzione.

PROCEDURE OPERATIVE ESSENZIALI

- 1) Compilazione immediata del Registro delle Contenzioni che riporti: data, ora, numero progressivo della contenzione, data di ricovero, motivazione e firma del medico, firme di passaggio dell'infermiere (almeno ogni 15 minuti), controfirma del medico (almeno ogni 8 ore); se il provvedimento supera le 24 ore controfirma di una figura apicale (Dirigente Struttura Complessa, Responsabile del servizio). Data e ora della "contenzione" con motivazione e firma del medico, eventuali eventi avversi (attualmente i Registri dei tre SPDC di Niguarda non sono omogenei e non riportano informazioni sovrapponibili).
- 2) Presenza del medico all'atto della contenzione; sua decisione e motivazione scritta sul Registro delle Contenzioni ed in cartella, dove sarà riportata anche tipo di contenzione decisa e praticata dall'equipe. Modalità particolari di sorveglianza, assistenza e difesa del paziente (per esempio isolamento o altre pratiche) dovranno anch'esse essere scritte e dettagliate dal medico in cartella clinica, considerando che è obbligo del medico tutelare l'assistito e rispettarne i diritti. Si rammenta che la letteratura internazionale sconsiglia e la legge vieta pratiche considerate eticamente scorrette nei confronti della persona sotto la tutela dei sanitari. Appare sempre opportuno, non appena sia possibile, fornire al paziente spiegazioni chiare relative alla decisione presa.
- 3) Evitare prese al collo, torace ed addome. E' preferibile tentare una presa per gli arti superiori ed inferiori, possibilmente cercando di evitare lesioni, distorsioni, slogature.
- 4) Terminato l'intervento occorre un controllo attento sull'applicazione dei mezzi di contenzione. Ove sorgano dubbi è necessario far valutare al medico la condizione del paziente ed eventuali rischi legati alla contenzione meccanica.
- 5) Verifica dei parametri almeno ogni 15 minuti da parte dell'èquipe infermieristica per la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Valutazione iniziale e continua dell'eventuale insorgenza di reazioni avverse legate alla applicazione dei mezzi contenitivi.

APPENDICE (71)

Alternative alla contenzione Tabella 1

Cambiamenti ambientali:

1. Migliorare l'illuminazione
2. Luci che si accendono con facilità
3. Percorsi liberi da mobili
4. Facile accesso ad aree esterne sicure
5. Porte d'uscita chiuse a chiave
6. Zone di attività alla fine di ogni corridoio
7. *Strisce antidrucciolevoli sul pavimento e pavimenti antidrucciolevoli*
8. *Barriere di tessuto fissate alle porte con velcro*

Bisogni di assistenza infermieristica *sicurezza*

1. Segnalatore dei confini del letto per segnalarne i bordi, come coperte arrotolate sotto le lenzuola
2. L'uso di cuscini lungo il corpo per mantenere la postura
3. Morbidi tappeti da pavimento o materassi vicino al letto per attutire ogni eventuale caduta
4. La persona a rischio deve dormire su materasso posto sul pavimento
5. No alle sponde o alle mezze sponde con letti bassi
6. Sedie o tavoli accanto al letto per aiutare con i passaggi
7. Trapezio per aumentare la mobilità nel letto
8. Richiami visivi per incoraggiare il paziente o il residente ad usare il campanello di chiamata
9. *Materasso concavo*
10. *Materasso ad acqua per ridurre i movimenti ai bordi del letto*
11. *Altezza del letto individualizzata*
12. *Aggiustare l'altezza del letto in base alla lunghezza delle gambe*
13. *Rimozione delle ruote*
14. *Striscia antidrucciolevole vicino al letto*

Bisogni assistenza infermieristica *movimento*

1. Cuscini sulla sedia
2. Cuscini per la sedia per ridurre il rischio di scivolare per le persone che hanno movimenti continui a “scatti” per fermare il loro movimento fuori dalla sedia
3. Personalizzare la seduta (incastrare i cuscini e/o posizionarli con un buco al centro)
4. Cuscini sui braccioli della sedia a rotelle per prevenire lo scivolamento laterale della persona
5. *Sedie con seduta profonda*
6. *Sedia a dondolo o reclinabile*
7. *Grandi cuscini sul pavimento*
8. *Alti schienali*
9. *Rimozione delle ruote*

Bisogno di assistenza infermieristica *eliminazione*

1. Assistenza “sollecita” durante l’eliminazione
2. Cicli di eliminazione individuale
3. Piano per l’eliminazione
4. Valutazione dell’incontinenza
5. Identificazione del bagno con disegni
6. Comode accanto al letto

Attività e programmi

1. Sviluppare programmi riabilitativi ed esercizi che comportano l’insegnamento di tecniche sicure ai residenti per gli spostamenti
2. Sviluppo di un programma di deambulazione
3. Terapie fisiche, occupazionali e ricreative
4. Esercizi incorporati nel programma quotidiano di assistenza
5. Attività individuali o di gruppo
6. Attività ricreative e sociali
7. Possibilità di sfogo per i comportamenti ansiosi o assidui
8. Strutturare la routine giornaliera
9. *Attività notturne per coloro che vagano di notte*

Modifiche nell'assistenza infermieristica

1. Il personale deve conoscere i bisogni individuali della persona (Piani di Assistenza Individualizzati)
2. Aumentare la supervisione e l'osservazione
3. Valutare e controllare le condizioni che possono alterare il comportamento
4. Strutturare la routine quotidiana
5. Il personale di supporto deve essere presente durante i passaggi posturali
6. Possibilità di utilizzare comodamente il campanello senza "allungarsi"
7. I pazienti devono essere collocati vicino all'infermeria
8. Facilitare il riposo notturno (intervenire sull'organizzazione di reparto)
9. La persona deve rimanere a letto solo il tempo per riposare

Alternative psicosociali

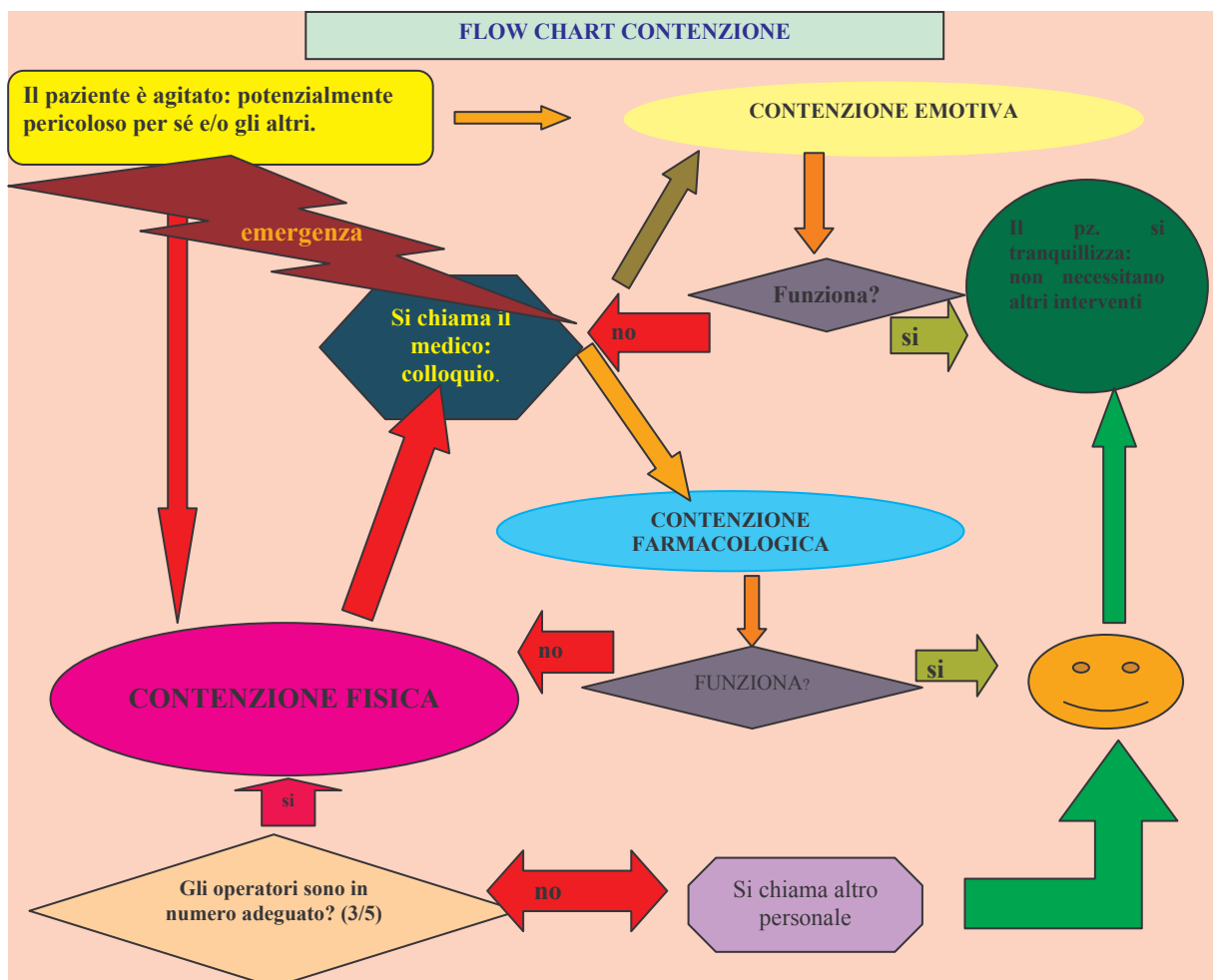
1. Compagnia
2. Ascolto attivo
3. Aumentare le visite
4. Incoraggiare l'interazione tra residente e personale
5. Fornire compagnia usando la famiglia, gli amici, i volontari (attivazione rete sociale)
6. Aumentare l'interazione sociale
7. Massaggio e tecniche di rilassamento
8. Orientamento alla realtà
9. Quietude nella stanza (ridurre il rumore ambientale)
10. Stimolazione del sensorio (o diminuire la stimolazione sensoriale)

Modificazioni fisiologiche

1. Ridurre il dolore/pianificare la somministrazione degli analgesici
2. Verificare le cause fisiologiche di deterioramento cognitivo

Allarmi

1. Allarmi al letto
2. Allarmi per controllare le persone che “vagano”
3. Allarmi alle porte d’uscita
4. Sistema elettronico a sensori



BIBLIOGRAFIA

1. A. Bianchetti, O. Zanetti: La rete dei servizi, in E. Zanetti (ed): Il nursing delle demenze. Lauri Edizioni Milano
2. Clinical practice guidelines for "Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patients settings and emergency departments", National Institute for Clinical Excellence, NCC-NSC, 22/02/2005.
3. L. K. Evans, N. E. Strumpf: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc*, 1989; 37:65-74
4. L. C. Burton, P. S. German, B. V. Rovner, L. J. Brant: Mental Illness and the use of restraints in nursing homes. *Gerontologist*, 1992; 32: 164-170
5. L. K. Evans, C. Williams, E. Strumpf: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P. R. Katz, R.L. Kane, M.D. Mezey: *Advances in long term care. Volume 1.* Springer Publishing Company, New York, 1991
6. D. Gulizia, La formazione infermieristica orientata all'evidence based quale strumento per il controllo degli infortuni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Tesi di Laurea 2003/2004.
7. Scalici, M.B. Baggio, M. Benevento, V. Boato, S. Perale, L. Rossi, A. Vesco, A. Cester: Applicazione di un protocollo per la contenzione fisica dei vecchi in Casa di Riposo. *Giorn. Geront.* 1996 Vol. 44
8. U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Nursing Home Survey: 1977 (Pubb. No. NHCS-PHS-79) U. S. 1794 Government Printing Office, Washington (DC) 1979
9. U.S. Health Care Financing Administration, Medicare/Medicaid Nursing Home Information 1987-88, Government Printing Office, Washington (DC) 1988
10. L. Mion, M. Adams: Nursing patients 75 years and older. *Nursing Management*, 1986; 17:24-28
11. N. E. Strumpf, L.H. Evans, D. Schwartz: Restrain-free care: from dream to reality. *Geriatric Nursing*, 1990; May/June:122
12. W. Marks: Physical restraints in the practice of medicine. *Current Concepts. Arch Intern Med*, 1992; 152: 2203-2206
13. E. Paiusco, D. De Leo: Conseguenze del contenimento sul paziente anziano. In: D. De Leo, A. Stella: *Manuale di psichiatria dell'anziano.* Piccin Padova 1994; 713-725
14. L. K. Evans, N. E. Strumpf: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint *J. Am Geriatr Soc*, 1989; 37: 65-74
15. Y. K. Scherer, L. M. Janelli et al.: The nursing dilemma of restraints. *Journal of Gerontological Nursing* 17: 14-17, 1991

16. G. S. Brungardt: Patient restraint: New guidelines for a less restrictive approach. *Geriatrics* 1994; 49: 43-50
17. P. Werner et al.: Physical restraints and agitation nursing home residents. *J Am Geriatric Soc*, 1989; 37
18. C. Powel et al.: Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *Canadian Medical Association Journal* , 1989, 141:561-564
19. L.Z. Rubenstein, K. R. Josephson, A.S. Robbins: Falls in the nursing home . *Ann Intern Med.* 1994; 121(6): 442-451
20. R. Brady, F.R. Chester , L.Pierce, J.P. Salter, Geriatric falls: prevention strategies for the staff . *J Geront Nurs.* 1993; 19 (9): 26-32
21. F. K. Ejaz, J. A. Jones, M. S. Rose : Falls among nursing home residents : an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 42:960-964, 1994
22. M.E. Tinetti, W. L. Liu, S. F. Ginter: Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med.* 1992; 116: 369-374
23. M.Petrini , L. Antico, R. Bernabei, F. Caretta: L'uso dei mezzi di contenzione nelle istituzioni per persone anziane. In "Anziani Oggi" , 1991; 2:1-19
24. J. Blakeslee, B. Goldman, D. Papougenis: Untying the elderly: Kendal's Restraint-free program at Longwood & Crosslands. *Generations* , Supplements, 1990;79
25. S.H. Miles, P. Irvine: Death caused by physical restraint. *Gerontologist* 1992;32: 762-766
26. T.F. Scoot, J.A. Gross: Brachial plexus injury due to vest restraints. *N En J Med* 1989; 320: 598
27. L. Katz: Accidental strangulation from vest restraint *JAMA*, 1987; 257: 2032-2033
28. L.K. Evans, N.E. Strumft: Myths and fact about restraints for the elderly *J Nursing* 1991; 21:24
29. Use of restraints federal standards, Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1984
30. Indicazioni all'uso della contenzione del Royal College of Nursing di Londra In: G.S. Wright: *Nursing the Older Patient* Harper & Ron Publisher , 1989 London
31. Commissione "Linee guida ed indicatori di qualità " della Federazione delle società medico-scientifiche italiane, Raccomandazioni per la partecipazione delle società medico-scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee guida di comportamento pratico. *QA* 1996 7.77-95
32. G.S. Wright: *Nursing the Older Patient*. Harper & Ron Publishers, 1989, London

33. J. Rader, M. Donius: Leveling off restraints. *Geriatric Nursing* Marzo/Aprile : 71-73; 1991
34. H. Rubenstein, F. H.Miller, S.Postel: Standards of medical care based on consensus rather than evidence: The case of routine bedrail use fort he ederly. *Law, Medicine & Healt Care*, 1983; 11: 271-276
35. Evans, N.E. Strumft: Tying down the ederly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc*, 1989; 37: 65-74
36. J.M. Levine, V. Marchello, E. Tolos: Progres toward a restraint free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatr Soc* 43: 914-918, 1995
37. C.A. Quinn: The four A's of restraint reduction: attitude, assessment, anticipation, avoidance. *Orthop Nurs* 13(2): 11-19, 1994
38. J Rose: When the care plan says restrain. *Geriatric Nursing* 1987; 8:20
39. G.Marini, A. Salsi, La contenzione nell'anziano confuse: principi e pratica. *Argomenti di Gerontologia*, 1994; 6:37-44
40. L.K.Evans, E. Strumpf, C.Williams: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P.R.Katz, R.L. Kane: *Advances in long term care. Volume 1. Springer Publishing Company, New York, 1991*
41. G.S. Wright: *Nursing the Older Patient. Harper & Ron Publishers, 1989 London*
42. J.G. Ouslander, D.Osterweil, *Medical care in the nursing home. McGraw Hill, Inc.1991; Chapter 10: 129-133*
43. R. Tideiksaar: *Falling in old age: its prevention and treatment. Springer Publishing Co, 1989*
44. Herzberg: Positioning the nursing home resident: an issue of quality of life. *The American Journal of Occupatuonal Therapy*, 1993; 47:75-77
45. H. Bryant, L. Fernald: Nursing knowledge and use of restraint alternatives : acute and chronic care. *Geriatring Nursing* 1997; 18: 57-60
46. L. Belloi, C. Valgimigli "La notte dell'assistenza" ed. F. Angeli, 2001
47. G. Casale, A. Guaita, R. Sandri, M. Trabucchi, "Linee operative di consenso in RSA" Ed. F. Angeli, 2001
48. U. Senin "Paziente anziano e paziente geriatrico"
49. EdiSES Napoli, 2000
50. E. Zanetti, S. Costantini, "uso dei mezzi di contenzione fisica"Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm , 2001

51. Banche dati: Network Cochrane italiano, Joanna Briggs Institute, AHCPR, CINHALL, Medeline, Ovid
52. D. Gulizia, ricerca bibliografica on-line ppgg 39-52, tratto da: contributo all'elaborazione e implementazione di linee guida in neonatologia, Editeam SAS Gruppo Editore, 2002
53. Duse Maurizio, Insegnare l'informatica in azienda. Tecniche e metodologie per la formazione all'uso del computer nel mondo del lavoro, F. Angeli
54. F.I.S.M., Commissione Linee Guida ed Indicatori di qualità, QA – 1997
55. Gallippi A., Dizionario di informatica e multimedialità inglese-italiano, Tecniche Nuove
56. Gensini Gian Franco, Evidence Based Medicine, infomedica, 1998
57. Il computer e il professore. A che cosa serve l'informatica nella scuola italiana – AIE
58. L. Benci, aspetti giuridici della professione infermieristica, elementi di legislazione sanitaria, McGraw Hill sett. 1999
59. L'INFERMIERE, Assistenza- modelli d'efficacia, aggiornamenti professionali n° 1 – 2000, anno XLIV, gen- feb. 2000
60. Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per la Valutazione della Qualità Tecnico-scientifica ed umana dei servizi e degli interventi sanitari e per l'accreditamento delle istituzioni sanitarie, 1995
61. P. Di Giulio, Gli strumenti dell'assistenza – documenti – 5/97
62. PC Professionale, guida indipendente al personal computing, 1-126, Mondadori Informatica
63. PC Upgrade, mensile del Gruppo Editoriale JCE, 7/8 2001
64. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
65. Preda Renzo, Laboratorio di informatica educativa. Per l'estensione qualitativa del processo di apprendimento, Telepubblica
66. Requisiti Minimi delle L.G., FISM, vol. 7 – n° 2, giugno 1996
67. Semec Claudia, Primi elementi di informatica, Edizioni Goliardiche
68. Trisha Greenhalg, Evidence Based Medicine, Infomedica, 1998
69. V. Pistotti, Utilizzazione delle banche dati per la risoluzione dei problemi clinici, Prospettive in Pediatria 28, 207-212, 1998
70. Deliberazione del Direttore Generale n°960 del 28 giugno 2000 All. 6/19- Az. Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano

71. Journal of advanced nursing, 40 (6), Evans D-Wood J-Lambert, 2002
72. Best Practice, Contenzione fisica – parte 2 – vol 6, Issue 4, 2002
73. Best Practice, Contenzione fisica – parte 1 – vol. 6, Issue 3, 2002
74. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane review), Sailas E., Fenton M., Issue 1, 2005, page web of the Cochrane Library
75. (WR Dubin, Kj Weiss: Emergency psychiatry, in Psychiatry vol.II. Lippincott, philadelphia, 1991
76. Thackrey M. *Therapeutics for Aggression: Psychological/Physical Crisis Intervention*. New York. Human Science Press 1987
78. Lursen S.B., Jensen T.N., Olsen N.V. *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint*, Acta Psych. Scand, 2005, Apr., 111(4):324-7