

**SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO****INDICE DELLE REVISIONI**

Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
00	01/02/16	Prima emissione	TUTTI	TUTTE

RESPONSABILITA'

	ELABORAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	01/02/16	01/02/16	01/02/16
FUNZIONE	Il Direttore di Struttura	Il Direttore Sanitario il Fisioterapista e l'Infermiere	Presidente del Consorzio Obiettivo Sociale
FIRMA			

	PROTOCOLLO DI LAVORO	PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 2 di 8

1. Scopo della procedura

Lo scopo della seguente procedura ha l'obiettivo di tutelare sotto ogni suo aspetto la dignità individuale degli ospiti ricoverati presso le strutture gestite dal Consorzio Obiettivo Sociale, oltre che a garantire il più elementare dei diritti di libertà così come l'art.13 della Costituzione Italiana.

2. Ambito di applicazione

La presente procedura, principio ispiratore dal Consorzio Obiettivo Sociale, si applica in tutte le strutture.

3. Ruoli e professionalità

sono coinvolti nell'applicazione della procedura tutte le figure professionali dell'area sanitaria assistenziale, il direttore della struttura e tutti coloro che a qualsiasi titolo collaborano alla tutela della salute dell'ospite.

PRINCIPI GENERALI

- Ricordare sempre che se salute è benessere fisico, mentale e sociale, anche la salvaguardia della personalità e la libertà ne sono componenti; quindi qualsiasi trattamento, ancorché volto rimuovere o prevenire la malattia, non automaticamente garantisce la salute, se è gravato da una componente affettiva -qual è quella lesiva della libertà- che incide sulla componente mentale e sociale del benessere.
- In sede di équipe multidisciplinare, prima di proporre al soggetto un trattamento mediante mezzo di protezione e tutela, valutare sempre se un minor grado di miglioramento dello stato morboso o una minor efficacia della prevenzione, qualora ottenute con un trattamento meno affettivo quanto a coattività, possa corrispondere ad un maggior grado di salute. Di conseguenza considerare il mezzo di protezione e tutela come una misura che in ambito sanitario è ammissibile non solo quando oggettivamente congrua rispetto ai bisogni di salute della persona, ma soprattutto **quando costituisca trattamento terapeutico o preventivo senza alternative meno coercitive in quelle concrete circostanze.**
- Usare il mezzo di protezione e tutela alla stregua di un farmaco. Con idonea prescrizione medica, soppesando attentamente tutte le possibili indicazioni all'uso le controindicazioni e gli effetti collaterali, costruire un progetto da cui risultino le strategie, le procedure alternative messe precedentemente in atto senza successo (letti ad altezza variabile, sedie protette, caschi protezione, biancheria intima imbottita in sede trocanterica, sistemi di postura complessi, sistemi di stabilizzazione e sicurezza del cammino e dei trasferimenti, sistemi di controllo ambientale, segnali acustico visivi di attraversamento di zone a rischio, spazi idonei alla deambulazione libera o assistita)
- Individuare i presidi a scopo di protezione più adeguati (spondine e fasce per il letto, fascia per carrozzina, fascia pelvica, tavolino per carrozzina). Valutare le possibili ricadute comportamentali dell'Ospite. Indicare i livelli di sorveglianza e tutela da attivare nei confronti del soggetto contenuto, sia dal punto di vista assistenziale che relazionale. Indicare la motivazione sanitaria, l'identificazione dei tempi, dei metodi, della frequenza d'uso, la durata del progetto, i mezzi da utilizzare che dovranno essere i più idonei al singolo caso e verificati nell'applicazione ad intervalli regolari. Limitare l'uso del mezzo di protezione diurna a non più di 4 ore consecutive; garantire all'Ospite la possibilità di movimento ogni 2 ore; valutare ogni 2/3 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili al mezzo di protezione; garantire la sicurezza e il comfort dell'Ospite. Inserire il progetto di protezione nel PAI dell'Ospite.
- Evitare la contemporanea associazione della protezione fisica a quella farmacologica. Monitorare il numero complessivo degli Ospiti contenuti, individuarne i profili in modo che la raccolta di dati multidimensionali in relazione a queste specifiche problematiche da gestire diventi strumento di prevenzione.
- Dare informazione a tutto il personale in modo che vi sia una applicazione corretta del progetto
- Monitorare la salute dell'anziano tenendo sotto osservazione variabili quali compressione toracica e addominale, lesione di tronchi nervosi periferici, piaghe da pressione, incontinenza, irrequietezza, ansia, agitazione, assopimento, isolamento, chiusura e sospendere l'uso del mezzo di protezione qualora raggiungano livelli di criticità, sentito il medico curante.
- Sottoporre a rivalutazione almeno trimestrale l'esigenza del mezzo di protezione e tutela
- Garantire all'ospite la mobilitazione almeno ogni due ore compilando apposita griglia e siglando l'avvenuta applicazione e verificare inoltre che non si presentino eventuali danni direttamente e indirettamente attribuibili alla contenzione stessa

	PROTOCOLLO DI LAVORO	PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 3 di 8

ASPETTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE FISICA

La prima legge in materia nata dal bisogno di regolamentare un fenomeno sempre più incontenibile, fu la n. 36 del 1904, intitolata "Legge sui manicomi e sugli alienati" seguita dalla n. 615 del 1909 "Regolamento attuativo". Principio ispiratore di tali provvedimenti era che le funzioni assistenziali infermieristiche di custodia e domestiche fossero finalizzate a far rispettare le regole, controllare e contenere i comportamenti disturbati e disturbanti.

Nel 1968 con la legge n. 431 sull'assistenza psichiatrica si arriva ad una prima parziale revisione della legge del 1904: punti salienti di tale intervento legislativo erano l'abolizione dell'obbligo dell'iscrizione del paziente al Casellario Giudiziario, il riconoscimento della possibilità di ricovero volontario e l'istituzione dei centri di igiene mentale.

Si giunge quindi alla riforma psichiatrica n. 180 del 1978, intitolata "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", poi inserita all'interno della legge n. 833/78.

Il principio ispiratore diventa il fatto che il malato con patologie della senescenza o con turbe psichiche, ha gli stessi diritti degli altri pazienti e quindi non deve più essere curato in base alla pericolosità sociale con la custodia; la cura e il ricovero diventano una libera scelta della persona, solo in casi particolari si può intervenire contro la sua volontà tramite un trattamento sanitario obbligatorio definito un atto sanitario e non di controllo sociale. Tale nuova impostazione scuote dalle fondamenta il principio stesso del ricorso ai mezzi di contenzione, al punto da ipotizzarne l'incompatibilità con il principio della volontarietà del trattamento sanitario.

Nonostante questo, continuano ad essere redatti protocolli che disciplinano l'uso della contenzione nelle case di riposo, nelle R.S.A, nei reparti di geriatria, nei reparti di rianimazione, nei reparti di neurologia ecc.

Le motivazioni che inducono a contenere gli ospiti nelle residenze per anziani si ravvisano nella necessità di prevenire i danni da caduta, di controllare i comportamenti disturbanti, quali l'aggressività e il vagabondaggio, di consentire la somministrazione di un trattamento medico senza l'interferenza del paziente. In realtà si tratta di un intervento raramente appropriato nell'anziano a causa delle conseguenze su molte funzioni fisiche e psichiche, non più stimolate adeguatamente. Si riduce la massa e il tono muscolare, peggiora l'osteoporosi, si perdono progressivamente le funzioni di vita quotidiana, come alimentarsi, vestirsi, lavarsi. A questo devono necessariamente aggiungersi le lesioni provocate da presidi inadeguati o nel tentativo di liberarsene. Pesanti sono le conseguenze sul piano psicologico, anche se si tratta di pazienti confusi o dementi: dall'agitazione all'umiliazione, alla paura, all'apatia, alla deprivazione neuro-sensoriale. Le cadute, motivo per cui viene usata la contenzione, spesso non diminuiscono e gli esiti sono più rovinosi. La mortalità nei pazienti sottoposti a contenzione pare sia maggiore, anche se è difficile quantificarla. Dati i valori costituzionali inevitabilmente sottesi in materia di misure di contenzione e il totale fallimento dell'applicazione della misura di contenzione in tema di prevenzione dei disturbi comportamentali si pone come necessario affrontare la tematica da un punto di vista preventivo e in virtù di un approccio multidisciplinare. In altre parole la decisione di applicare la misura di contenzione dovrà porsi come l'extrema ratio, assunta al termine di un processo che non potrà prescindere da una valutazione multidimensionale del soggetto, strumento che permetterà di capire a priori chi potrebbe essere a rischio di cadute o di disturbi comportamentali. Il punto d'incontro tra le varie professionalità sarà rappresentato per il "Consorzio Obiettivo Sociale" dal Piano Assistenziale Individuale, in cui sarà possibile affrontare le varie problematiche e nel quale si cercherà di individuare gli interventi da mettere in atto per prevenire i disturbi del comportamento in quel soggetto ed in quel contesto. In tale luogo

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 4 di 8

d'incontro andranno affrontate le tematiche relative alla riorganizzazione del lavoro mediante piani di assistenza che terranno conto, fin dove possibile, delle specifiche esigenze degli ospiti. Con altri soggetti (medici specialisti, ASL, Comune, ecc.), invece andranno affrontati argomenti relativi alla "protesizzazione ambientale", data la scarsa padronanza dell'ambiente che hanno gli anziani affetti da patologia dementigena, e che potrebbero scatenare i predetti disturbi comportamentali. In tale ambito, sarà decisa e condivisa l'eventuale applicazione del mezzo di contenzione quale ultima risorsa in situazioni pericolose, non altrimenti risolvibili ed evitabili. Laddove la contenzione dovesse essere l'ultima risorsa possibile si dovrà porre in essere quanto possibile perché la stessa conservi quella valenza sanitario-assistenziale di cui si parlava; non solo ma come un qualsiasi atto sanitario, la contenzione non è mai un processo statico, ma sicuramente di tipo dinamico: la rivalutazione del processo, sia nel perseguimento dei suoi obiettivi (mettere in sicurezza il soggetto e gli altri), sia nei suoi standard procedurali, sarà affrontato e rivisto periodicamente. A questo deve necessariamente aggiungersi che le professioni sanitarie in genere, le quali costituiscono "servizi di pubblica necessità" ai sensi dell'art. 359 C.P., implicano talora l'uso di violenza personale nell'interesse del paziente. È chiaro il riferimento allo stato di necessità disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale secondo il quale il medico che abbia applicato la misura di contenzione, pur avendo compiuto un reato (in quanto ha limitato la libertà di movimento di una persona senza il consenso di quest'ultima) non sarà punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. In tali circostanze il medico ha non solo il diritto ma anche il dovere di agire anche in assenza di esplicito consenso in quanto, in caso contrario, potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace.

Perché possa dirsi sussistente lo stato di necessità, e quindi perché il medico che ha applicato la misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente non sia punibile, è però necessario che sussista il cosiddetto principio di proporzionalità.

Oltre all'imminenza e alla non evitabilità del pericolo si richiede quindi la proporzionalità del fatto al pericolo; più precisamente si richiede quell'adeguatezza d'intervento verso i rischi cui il soggetto andrebbe incontro non applicando, nel caso concreto, la misura di contenzione. È evidente quindi che la contenzione non potrà mai essere dettata da motivazioni di carattere punitivo o giustificata per sopperire a carenze organizzative. I principi sopraesposti trovano integrale applicazione anche nel Codice deontologico dell'infermiere che, all'art. 4.10, prevede espressamente l'obbligo per l'infermiere di adoperarsi "affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità "istituzionali", prevedendo esplicitamente la possibilità da parte dell'infermiere di contenere, viene a far rientrare di fatto tra le competenze dello stesso l'applicazione della predetta misura ovviamente nei limiti e nei modi posti dal Codice Deontologico stesso (art 4.10. "Rapporti con la persona assistita") e nel rispetto della libertà e dignità della persona (art. 2 "Principi etici della professione"). In particolare, per quanto riguarda la responsabilità infermieristica, essendo la contenzione assimilabile a una pratica terapeutica, l'infermiere potrà contenere soltanto se esiste una prescrizione medica, rispondente alle seguenti regole:

- Predisposizione Art. 1442 Codice Civile: "Consenso informato uso di mezzi di protezione e salvaguardia" oppure su emergenza registrando in cartella clinica con l'indicazione della

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 5 di 8

motivazione circostanziata; durata del trattamento o della sua rivalutazione previa verifica.

Ovviamente il professionista (in collaborazione con l'équipe) dovrà provvedere all'elaborazione di strategie alternative al fine di evitare la realizzazione di quel rischio che, attraverso l'applicazione della misura di contenzione, si voleva evitare.

I disturbi d'ansia, ad esempio, potranno essere efficacemente combattuti attraverso l'utilizzo di strategie alternative di tipo relazionale come una maggiore disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore.

Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (*art. 54 Codice penale*), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci" (*art. 591 Codice penale*).

A questo punto sarà importante agire seguendo la seguente procedura:

- a. Identificazione della persona che necessita di contenzione per l'adesione al trattamento;
- b. valutazione dello stato di coscienza della persona che deve essere sottoposta a terapia;
- c. valutazione del grado di collaborazione del paziente tramite colloquio;
- d. valutazione d'équipe sulla reale necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione.
- e. Ratifica dell'uso del mezzo di contenzione nella documentazione clinica della persona assistita;
- f. prescrizione medica sul diario clinico;
- g. annotazione sul diario infermieristico;
- h. compilazione della scheda infermieristica.

1 MODALITÀ OPERATIVE: USO DEL MEZZO DI PROTEZIONE E TUTELA FISICA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

Al momento dell'ingresso e con cadenza almeno trimestrale il medico valuta, in seguito a riunione di equipe, la necessità del mezzo di protezione. La valutazione avviene tenendo conto della compresenza di tre fattori principali quali alterazioni dello stato di coscienza

- alterazioni dell'apparato locomotore
- disturbi comportamentali
- Alla valutazione medica della necessità del mezzo di protezione, il medico compila il diario clinico e la scheda di prescrizione avendo cura di raccogliere il consenso informato da parte dell'anziano stesso o del suo tutore legale/amministratore di sostegno (allegato 2). Il nominativo dell'ospite viene quindi inserito dal referente assistenziale all'interno dell'elenco ospiti con mezzo di protezione diurna o notturna (allegati 3/4) e viene attivato da parte del personale assistenziale e infermieristico il monitoraggio del mezzo di protezione sull'apposita modulistica (allegati 5/6).
- Nella colonna "note" della "scheda di monitoraggio ospite con strumento di contenzione" inserire un asterisco nel caso in cui l'ospite riportasse lesioni direttamente o indirettamente riconducibili al mezzo di protezione rimandando così alla descrizione del rilievo scritta e sottoscritta nel diario socio assistenziale.

	PROTOCOLLO DI LAVORO	PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 6 di 8

- L'uso del mezzo di protezione da parte del personale assistenziale può avvenire solo ed esclusivamente in seguito a prescrizione medica e con il consenso dell'anziano stesso o di un suo tutore legale.

5.1 MISURE DA ADOTTARE PREVENTIVAMENTE ALL'USO DEL MEZZO DI PROTEZIONE

Il mezzo di protezione non deve essere considerato come unica soluzione alla riduzione del rischio di cadute. Anzi, deve essere considerato come soluzione ultima dopo aver provato con alternative meno coercitive.

Partendo sempre dalla valutazione medica vengono analizzati i tre fattori principali per cui si ravvede la necessità di un provvedimento e si studia un progetto mirato al miglioramento degli stessi. Pertanto i provvedimenti potrebbero essere:

- attivare un piano terapeutico che riduca la frequenza dei disturbi comportamentali
- eseguire esercizi di rinforzo muscolare che migliorino l'andatura della deambulazione
- istruire l'ospite collaborante all'uso di ausili per la deambulazione
- inserire l'ospite in un progetto di terapia occupazionale
- aumentare la frequenza dei luoghi comuni dove vi è maggiore sorveglianza

Nella maggior parte dei casi il mezzo di protezione viene utilizzato a scopo preventivo anche durante il periodo di valutazione dei sistemi alternativi durante il quale l'ospite viene supervisionato e valutata la possibilità di sospendere o meno l'uso preventivo del mezzo di protezione.

5.2 TIPOLOGIA DI STRUMENTI DI PROTEZIONE

La contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento spontaneo ed autonomo di un individuo, è una pratica sanitaria e terapeutica prescrivibile esclusivamente dal medico e dunque proscritto al personale di assistenza in assenza di prescrizione medica.

5.2.1 LA CONTENZIONE FARMACOLOGICA

La contenzione farmacologica può essere utilizzata al bisogno in caso di eventi acuti di agitazione di un ospite psichiatrico o che presenti diverse problematiche caratteriali/psichiche che causino rischio o pericolo per l'incolumità dell'ospite stesso o delle persone che lo circondano oppure mediante farmaci di effetto più moderato per le persone che soffrono di disturbi del comportamento costanti.

In entrambi i casi la prescrizione del farmaco è esclusivamente responsabilità del medico. In caso di disturbi del comportamento costanti e di terapia farmacologica sedativa il personale infermieristico deve effettuare un monitoraggio continuo dell'effettiva utilità della terapia in atto in quanto la contenzione farmacologica può avere anche effetti contrari a quelli prefissati e causare un'ulteriore agitazione dell'ospite oltre che sottoporlo ad elevato rischio di caduta se non sorvegliato. Di norma gli ospiti che assumono una terapia farmacologica sedativa con costanza vengono regolarmente seguiti da un centro psicogeriatrico di riferimento con cui il medico di struttura si interfaccia per la corretta gestione della terapia stessa.

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 7 di 8

5.2.2 LA CONTENZIONE FISICA

Di seguito gli strumenti utilizzati accompagnati da descrizione e principali ragioni per cui vengono prescritti:

- **Fascia per carrozzina:** È costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito di materiale traspirante; è dotato d'alcune cinghie d'ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per questioni di sicurezza è da evitarne l'uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.
- **Fascia pelvica:** È costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per applicazione a sedie o carrozzine. La fascia previene anche la postura scorretta, evitando lo scivolamento in avanti del bacino. Le varianti alla fascia pelvica possono essere costituite da: divaricatore inguinale, fasce anti-scivolamento, corsetto con bretelle, corsetto con cintura pelvica.
- **Tavolino per carrozzina:** È di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuale attività.
- **Spondine per letto:** Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza, o essere asportabili da parte del personale. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente di scavalcarle. Vengono utilizzate per prevenire la caduta dal letto in caso di ospite che si muove o per agevolare la corretta posturazione dell'ospite allettato.
- **Bracciali di immobilizzazione:** Sono solitamente in gommapiuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-lesionismo ma nella maggior parte dei casi vengono prescritti agli ospiti che hanno la tendenza a manomettere dispositivi medici quali vaterteri venosi o vescicali, peg, sondini ecc.
- **Fasce di sicurezza per il letto:** Sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio. Consentono libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta.

2 ULTERIORI RACCOMANDAZIONI:

- Il mezzo di protezione non può essere imposto per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto.
- Durante il periodo di uso del mezzo di protezione garantire al paziente la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.
- Valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili al mezzo di protezione, quali abrasioni, ulcere da decubito, edemi agli arti inferiori, ematomi, etc.
- Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di uso del mezzo di protezione.

3 COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI DI PROTEZIONE:

I potenziali danni legati ad un utilizzo scorretto e/o prolungato dei mezzi di protezione si dividono in tre categorie:

- Traumi meccanici
 - strangolamento
 - asfissia da compressione della gabbia toracica
 - lesione dei tessuti molli superficiali
- Malattie funzionali e organiche:
 - decondizionamento psicofisico
 - incontinenza
 - lesioni da decubito
 - infezioni
 - diminuzione della massa, del tono e della forza
 - muscolare
 - aumento dell'osteoporosi

	PROTOCOLLO DI LAVORO		PL011	
	SISTEMI E STRUMENTI DI PROTEZIONE E CURA DELL'ANZIANO		Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 8 di 8

- Sindromi della sfera psicosociale:
 - stress
 - umiliazione
 - depressione
 - paura e sconforto

Durante la fase della mobilitazione quindi bisogna valutare sempre che l'applicazione del mezzo di protezione non apporti alcun danno diretto o indiretto all'anziano: l'operatore impiegato al monitoraggio deve riportare in diaria qualsiasi anomalia fosse verificata e riportarlo al personale infermieristico che, consultato il medico, attuerà i dovuti interventi.

In sintesi:

1. La contenzione in un reparto deve essere un intervento terapeutico - preventivo mirato e ragionato, a cui si può ricorrere dopo aver escluso altre opportunità di intervento.
2. Il ricorso alla contenzione deve essere discusso con il personale infermieristico e di assistenza, prescritto dal medico e valutato giornalmente indicando nel diario clinico le motivazioni e le modalità di utilizzo.
3. Essenziale è l'implementazione di un programma educativo di tutto il personale sulle indicazioni all'uso della contenzione e la valutazione di presidi/interventi alternativi.
4. Il migliore indice predittivo sembra essere la valutazione dello stato psico - funzionale del soggetto (la rilevazione delle ADL, Activity Day Living, attività quotidiane di vita) pre - morbose sembra l'indice più attendibile.
5. Interventi ambientali, di riattivazione/riabilitazione e l'utilizzo di presidi tecnici idonei sono risultati efficaci nel ridurre il ricorso alla contenzione.

Conclusioni

Art. 4.10 : "L'INFERMIERE E L'EQUIPE TUTTA, SI ADOPERA AFFINCHÉ IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA SIA EVENTO STRAORDINARIO E MOTIVATO, E NON METODICA ABITUALE DI ACCUDIMENTO. CONSIDERA LA CONTENZIONE UNA SCELTA CONDIVISIBILE QUANDO VI SI CONFIGURI L'INTERESSE DELLA PERSONA E INACCETTABILE QUANDO SIA UNA IMPLICITA RISPOSTA ALLE NECESSITA' ISTITUZIONALI".