



PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE

1. SCOPO

Le finalità di questo protocollo assistenziale sono di garantire uniformità e continuità all'attività sanitaria-assistenziale e di garantire una personalizzazione degli interventi, maggiore tutela per la persona fragile e di operare nel rispetto della normativa vigente in materia.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutti gli utenti che afferiscono ai servizi di RSA e CDI. Il protocollo è destinato a tutti gli operatori assistenziali, infermieri, fisioterapisti, medici, educatori/animatori, psicologo, volontari, servizio civile e similari, autisti.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Prima un po' di nozioni ...

Geriatrics and physical containment constitute two substantially antithetical realities, having as the first objective the promotion and maintenance of self-sufficiency and the quality of life through rehabilitation and the recovery of the function, while the second expresses limitation and restriction of the psychomotor possibilities of the subject.

Given the particular delicacy of the use of physical containment, it is necessary that all operators reflect and evaluate always with great caution the situations and the modalities for its implementation.

The most recent cultural approach is that of considering the instruments of protection and physical containment (SPTF) as a therapeutic treatment within a health project, of which it is necessary to evaluate: limits of adoption, contraindications, collateral effects, interaction with other nursing, assistance and pharmacological, educational - animating already in progress.

The main objective of the care is no longer the cure, but the promotion of the global well-being of the person and of their autonomy through a prosthetic system. For prosthetic system is intended the set of aids that allow, through the rehabilitative intervention, the recovery of the maximum autonomy granted, in relation to the gravity and the limitations imposed by the disease.

From this emerges the need for a different vision of SPTF, or rather not instruments aimed at limiting the possibility of movement of the body or of a segment of it, but instruments adequate to favor a postural realignment necessary in the usual activities of daily life (ADL) and basic element for prevention and structuring of third parties. *Lo stesso ausilio classificato come SPTF in realtà diviene il mezzo per potenziare una funzione dell'ospite.*

Per SPTF si intendono tutti i mezzi fisico-chimici-ambientali, applicati direttamente o allo spazio circostante all'individuo, per limitarne i movimenti (Belloi 2000).

Aspetto Legislativo e Deontologico

Attualmente i riferimenti giuridici di portata più generale, e riguardante l'insieme dei trattamenti sanitari, sono contenuti nell'art. 13 e 32 della Costituzione, che recitano rispettivamente "la libertà personale è inviolabile. Non è ammessa nessuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge ..." ed ancora "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

L'applicazione di SPTF della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia,

Rev.	Data	Redazione		Verifica		Approvazione	Motivazione
		RA	DS	RSPP	RA	DS	
05	01/08/2022						Cambio DS

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 2 di 11

di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona, intesa anche come autonomia, a fronte anche di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

In ambito professionale, si possono trovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative all'applicazione di SPTF delle persone assistite a cominciare da quanto previsto dal Codice Deontologico Medico:

- art. 3 *Doveri del medico*
- art. 5 *Esercizio dell'attività professionale*
- art. 15 *Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica*
- art. 17 *Rispetto dei diritti del cittadino*
- art. 29 *Assistenza*
- art. 49 *Obblighi del medico*

Ancora più in dettaglio, se ne parla nel **codice Deontologico** dell'infermiere nell'art. 4.10. "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale d'accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia un'implicita risposta alle necessità istituzionali".

Le conseguenze legali sono rappresentate dalla negligenza e dall'errata reclusione. In Italia, numerosi articoli del Codice Penale, in modo estensivo, esprimono procedure cui rifarsi in caso di soggetti sottoposti a contenzione. In particolare:

- art. 571 - Abusi dei mezzi di correzione e di disciplina
- art. 572 - Maltrattamenti
- art. 582-83 - Lesioni personali volontarie
- art. 589 - Omicidio colposo
- art. 590 - Lesioni personali colpose
- art. 591 - Abbandono di persone e/o incapaci
- art. 605 - Sequestro di persona
- art. 610 - Violenza privata.

Il **codice penale** prevede situazioni nelle quali il ricorso agli SPTF degli ospiti sia giustificata (art. 51 c.p., "esercizio di un diritto o adempimento di un dovere"; art. 54 c.p., "stato di necessità") o dovuta (art. 589, art. 590, art. 591). Considerando la contenzione come ultima (e non unica) risorsa possibile, bisogna tenere ben presenti i due principi base per i quali conserva valenza sanitario – assistenziale: stato di necessità (art. 54 c.p.) e principio di proporzionalità.

• Per **stato di necessità** si intende quella situazione caratterizzata da improrogabilità dell'intervento per la salvaguardia della salute dell'individuo e/o di chi gli sta intorno. In tal caso è possibile avviare al consenso informato, se non recuperabile. Non applicando il mezzo di tutela si potrebbe incorrere, infatti, nell'accusa di abbandono d'incapace.

• Per **principio di proporzionalità** si intende, invece, quell'adeguatezza d'intervento *versus* i rischi cui il soggetto (o altri) andrebbe incontro per inerzia, ovvero non intervenendo.

Gli strumenti di protezione e tutela fisica si possono distinguere tre tipi di strumento:

- ✓ fisico: presidi che riducono e controllano i movimenti possono essere posizionati sulla persona oppure mezzi utilizzati dalla stessa (SPTF);
- ✓ chimico: sono farmaci che modificano il comportamento;
- ✓ ambientale: comprendono i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti.

1° Strumenti di protezione e tutela fisica

- Cintura pelvica: è costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura. Si applica a sedie, poltrone o carrozzine.
- Cintura addominale-pelvica: è costituita da una fascia addominale in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura, su cui è cucita una fascia, anch'essa in cotone o materiale sintetico, che passa tra le gambe. Si applica a sedie, poltrone o carrozzine.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 3 di 11

- Guantoni o manopole: sono costituiti da materiale traspirante e morbido, imbottiti internamente. Si indossano come guanti, evitano la chiusura della mano a pugno. Possono avere delle strisce in tessuto per ancorare i polsi a punti fissi.
- Spondine per il letto: sono a scatto e già applicate al letto.
- Tavolino per carrozzina (semplici o a doppio binario): è di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina.
- Cinture di sicurezza per il letto: sono costituite da una fascia imbottita applicata alla vita della persona e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio. Si chiudono con un chiodo magnetico, che è possibile aprire tramite chiave magnetica, o con gancio a scatto. Consentono libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta.
- Fascia addominale: è costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito di materiale traspirante; è provvisto di cinghie di ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla seduta in sedia, carrozzina o poltrona.
- Fascia inguinale: costituito da una fascia imbottita applicata alla carrozzina dietro lo schienale, avvolge gli arti inferiori a livello della parte interna della coscia e si fissa con gancio a scatto dietro lo schienale.

Non sono invece considerati mezzi di tutela e protezione:

- gessi ortopedici;
- supporti in materiale rigido che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa non ancorati al letto;
- dispositivi d'allarme al letto o alle porte;
- speciali serrature a scatto;
- spondine che proteggano metà o tre quarti del letto;
- spinte laterali;
- para sponde;
- cuscini preventivi curativi e di postura;
- cunei divaricatori imbottiti di postura e prevenzione danni terziari;
- tute intere o indumenti allacciate sulla schiena;
- Lenzuoli anti caduta.

2° Strumenti di protezione e tutela farmacologica

L'applicazione di strumenti di protezione e tutela farmacologica consiste nella somministrazione di psicofarmaci (benzodiazepine e neurolettici) capaci di provocare mutamenti del comportamento in senso sedativo (è lecita e ammissibile se parte di un trattamento terapeutico).

L'applicazione di strumenti farmacologici di protezione e tutela degli ospiti comporta anche il problema di trovare il "dosaggio giusto" (spesso raggiunto dopo lunghi monitoraggi e tentativi) e quello degli effetti collaterali dei sedativi (calo dell'attenzione, difficoltà nella deglutizione, immobilità con rischio di lesioni).

3° Strumenti di protezione e tutela ambientale

È la strategia alla quale si ricorre per quei pazienti affetti da patologie neurodegenerative (demenza, ecc.) la cui sintomatologia prevalente è il vagabondaggio a finalistico.

Questi strumenti di protezione e tutela non sono più un limite fisico e psicologico della libertà, al contrario, divengono il mezzo sicuro e protetto per aumentare le possibilità di spostamento autonomo di ospiti con deficit cognitivi e disturbi comportamentali importanti.

Si utilizzano spazi dedicati, ampi, ben illuminati, sorvegliati e arredati in modo da non recare danno all'ospite.

In struttura attualmente sono presenti cancelli con i codici che limitano l'accesso all'esterno e di porte con codice per tutelare l'ingresso e l'uscita dal servizio e campanelli d'allarme all'apertura di porte perimetrali dello stesso. E' presente anche un sistema elettronico antifuga per gli ospiti più a rischio (vedi procedura PC 27 SG- ASSC)

A CHE COSA SERVONO e COME SI POSIZIONANO I SPTF:

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 4 di 11

1 Sponde per il letto

Lo scopo è di evitare la caduta dell'ospite dal letto o facilitare i cambi di postura. Le sponde fanno parte della struttura del letto. Sono utilizzate per ospiti allettati o trasportati in barella o per ospiti che ne necessitano per eseguire cambi posturali nel letto e per ospiti che, durante il riposo pomeridiano o il sonno notturno, presentano rischio di caduta (vedi protocollo prevenzione e gestione cadute).

Si posiziona l'ospite nel letto, si alzano le sponde e ci si accerta del loro corretto posizionamento o ancoraggio.

2 Cintura di sicurezza per il letto

Lo scopo è quello di proteggere e tutelare gli ospiti che potrebbero scavalcare le sponde del letto ma non a compiere i passaggi posturali e la deambulazione in sicurezza (vedi protocollo prevenzione e gestione cadute).

Si applica direttamente al letto dell'ospite con le seguenti caratteristiche:

- sedazione (avvenuta);
- negligenza spaziale unilaterale (o "sindrome neglect")¹;
- irrequietezza o agitazione psicomotoria durante il riposo a letto, unita ad un elevato rischio di caduta;

Si posiziona la cintura sul letto e si ancorano le estremità alla rete del letto; si fa coricare l'ospite in posizione supina sul letto; la cintura deve essere adeguata alle dimensioni della persona; si chiude la cintura con chiodo o gancio accertandosi che sia fissata.

3 Guantoni o manopole

Lo scopo è di evitare che l'ospite strappi presidi sanitari come PEG (gastrostomia endoscopica per cutanea), SNG (sondino naso-gastrico), infusioni venose, o si procuri danni o infezioni ecc. durante il riposo a letto o in carrozzina/sedia. Si applica ad ospiti portatori di PEG, SNG e/o infusioni venose, o ad ospiti che rimangono a letto dopo enteroclistma con la possibilità che effettuino manovre pericolose (ingerire materiale biologico o pezzi di plastica o cotone).

Si possono applicare 1 o 2 guantoni: si posiziona l'ospite correttamente sdraiato a letto o in carrozzina/sedia, si infila la mano dell'ospite nell'apposito "guanto" prestando attenzione che la mano rimanga aperta e le dita estese, si allaccia il velcro intorno al polso.

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

È molto importante quando si tolgono questi presidi, controllare che non vi siano lesioni della cute, arrossamenti o edemi delle mani.

5 Cintura pelvica

Lo scopo è di evitare il disallineamento posturale e la prevenzione di danni terziari all'ospite seduto in carrozzina, poltrona o sedia, attraverso la riduzione dello scivolamento in avanti del bacino.

Si applica a ospiti seduti in carrozzina (bascula, fissa o pieghevole), poltrona o sedia, che presentano:

- controllo dell'asse tronco-bacino compromesso o comunque che manifestino uno scarso controllo del tronco e del bacino;
- incapacità (in caso di scivolamento in avanti del bacino) di tornare autonomamente in posizione seduta corretta;
- forte tendenza alla retro-latero-pulsione e/o limitazione nella flessione dell'anca, con segni di irrequietezza.

Si posiziona la cintura sul tipo di seduta utilizzato, si fa accomodare l'ospite e si allaccia la cintura alla parte posteriore della seduta (chiusura a scatto), assicurandosi del corretto ancoraggio e posizionamento (non deve trascinare gli arti inferiori e/o stringere il tronco). Le fasce di chiusura devono essere ancorate ad un lato della

¹ La "negligenza spaziale unilaterale" (NSU) o "sindrome neglect" è una delle patologie più frequentemente riscontrate dopo un danno cerebrale all'emisfero destro e consiste in un deficit di consapevolezza dello spazio controlesionale. È una condizione neurologica e neuropsicologica nella quale, dopo il danneggiamento di alcune particolari zone del cervello, la persona non considera più una parte dello spazio. Tale patologia determina un insieme di deficit che non riguarda i livelli iniziali dell'elaborazione dell'informazione, ma quelli di ordine più elevato. Eventuali disordini visivi, somatosensoriali e motori, sebbene frequentemente riscontrabili insieme alla NSU, non sono di per se sufficienti o necessari per la diagnosi di questa patologia. Oltre alla mancanza di consapevolezza dello spazio controlesionale, sono presenti altri deficit come: riduzione delle capacità attentive, tendenza patologica a focalizzarsi sui dettagli, basse capacità di memoria visuospatiale e deficit nella pianificazione ed esecuzione di attività nell'emispazio controlesionale. Possono essere presenti anche deficit motori, rappresentativi, attenzionali ed esplorativi sempre per l'emispazio sinistro.

Le manifestazioni della negligenza spaziale unilaterale sono molteplici e, poiché sono parti di una sindrome, possono variare moltissimo da un soggetto ad un altro. Può capitare infatti che due pazienti affetti da questa patologia manifestino sintomi totalmente diversi da uno all'altro, pur essendo considerati entrambi affetti da neglect.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 5 di 11

carrozzina, in modo da tagliare l'angolo bacino-tronco a 45° circa, per dare più stabilità. Non tenere la cintura eccessivamente allentata perché si annulla l'effetto.

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

Da tenere presente anche che, per quanto possa essere qualitativamente ben realizzata e confortevole (imbottita, morbida, fatta di materiale traspirante), la cintura pelvica, nel tempo, può creare lesioni cutanee e microlesioni legamentose nella zona inguinale. Per prevenire tali inconvenienti in alcuni casi può essere utile che la seduta (carrozzina) sia basculante, ossia inclinata di pochi gradi nella parte interna.

6 Cintura addominale-pelvica

Lo scopo è di evitare il disallineamento posturale e la prevenzione di danni terziari all'ospite seduto in carrozzina, poltrona o sedia, attraverso la riduzione dello scivolamento in avanti del bacino e/o l'anteposizione del tronco.

Si applica a ospiti seduti in carrozzina (bascula, fissa o pieghevole), poltrona o sedia, che presentano:

- controllo dell'asse tronco-bacino compromesso o comunque che manifestino uno scarso controllo del tronco e del bacino;
- incapacità (in caso di scivolamento in avanti del bacino) di tornare autonomamente in posizione seduta corretta;
- forte tendenza alla ante-latero-pulsione e/o limitazione nella flessione dell'anca, con segni di irrequietezza.

Si posiziona la cintura sul tipo di seduta utilizzato, si fa accomodare l'ospite e si allaccia la cintura alla parte posteriore della seduta (chiusura a scatto), assicurandosi del corretto ancoraggio e posizionamento (non deve trazionare gli arti inferiori e/o stringere il tronco). Non tenere la cintura eccessivamente allentata perché si annulla l'effetto.

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

Da tenere presente anche che, per quanto possa essere qualitativamente ben realizzata e confortevole (imbottita, morbida, fatta di materiale traspirante), la cintura addominale-pelvica, nel tempo, può creare lesioni cutanee e microlesioni legamentose nella zona inguinale. Per prevenire tali inconvenienti in alcuni casi può essere utile che la seduta (carrozzina) sia basculante, ossia inclinata di pochi gradi nella parte interna.

7 Fascia addominale

Lo scopo è di evitare lo sbilanciamento in avanti e a limitare la capacità di fare leva sui braccioli con possibile, conseguente, caduta dell'ospite.

Si applica ad ospiti seduti in carrozzina (bascula, fissa o pieghevole), poltrona o sedia, che presentano:

- controllo dell'asse tronco-bacino compromesso o comunque che manifestino uno scarso controllo del tronco e del bacino;
- tendenza ad alzarsi da soli o a sporgersi in avanti, ma equilibrio insufficiente nella stazione eretta (vedi protocollo prevenzione cadute);
- disturbo cognitivo di grado elevato e/o tratti di irrequietezza ed elevato rischio di caduta (vedi protocollo prevenzione cadute)

Si posiziona la fascia addominale sul tipo di seduta utilizzato, vicino ad un bracciolo; si fa accomodare l'ospite e si allaccia la fascia (in base alle dimensioni della persona) nella parte posteriore della seduta (chiusura a scatto), assicurandosi del corretto ancoraggio e posizionamento. Le fasce di chiusura devono essere ancorate ad un lato della carrozzina, in modo da tagliare l'angolo bacino-tronco a 45° circa, per dare più stabilità.

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

Da tenere presente che la fascia deve essere regolata in larghezza (non eccessivamente stretta), non deve comprimere l'addome; deve essere posta in modo tale da passare a circa 45° tra l'angolo del bacino-tronco.

9 Fascia inguinale

Lo scopo è di evitare la caduta dell'ospite dalla carrozzina ovvero lo scivolamento del bacino in avanti, nonché mantenere il corretto appoggio del bacino all'interno della seduta.

Si applica ad ospiti seduti in carrozzina fissa o bascula (seggione polifunzionale), poltrona, che presentano:

- difficoltà nel controllare il tronco e tendenza a scivolare col bacino in avanti;
- scarsa capacità di controllo del bacino.

Si posiziona la fascia sul tipo di seduta utilizzato, si fa accomodare l'ospite, si passa la fascia tra le gambe e si allaccia la cintura alla parte posteriore della seduta (chiusura a scatto), assicurandosi del corretto ancoraggio e posizionamento

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 6 di 11

(non deve trazionare gli arti inferiori e/o stringere il tronco). Non tenere la fascia eccessivamente allentata perché si annulla l'effetto.

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

Da tenere presente anche che, per quanto possa essere qualitativamente ben realizzata e confortevole (imbottita, morbida, fatta di materiale traspirante), la fascia inguinale, nel tempo, può creare lesioni cutanee e microlesioni legamentose nella zona inguinale. Per prevenire tali inconvenienti in alcuni casi può essere utile che la seduta (carrozzina) sia basculante, ossia inclinata di pochi gradi nella parte interna.

Da tenere presente che la fascia inguinale deve essere regolata in modo tale da non comprimere i genitali o trazionare gli arti inferiori.

10 Tavolino per carrozzine bascule o fisse

Lo scopo è di facilitare l'alimentazione autonoma e in alcuni casi l'uso di oggetti personali (lettura giornali, idratazione, ecc.) e mantenere il corretto allineamento posturale del tronco sfruttando l'appoggio dei gomiti o delle braccia. Ha il vantaggio di non essere percepito come uno strumento di protezione e tutela vero e proprio.

Si applica a carrozzine fisse o bascule; può essere semplice (con un binario unico), quindi può essere spostato lateralmente, o doppio (con 2 binari), in questo caso rimane fissato alla carrozzina tramite una vite.

In generale gli ospiti seduti in carrozzina presentano:

- tendenza alla "caduta" laterale del tronco;
- nel caso di ospiti plegici (l'arto plegico può essere posizionato sul piano del tavolino mantenendo la posizione di "scarico");
- controllo del tronco totalmente o parzialmente conservato (necessità di appoggio per attività manuali).

È bene informare l'ospite prima, durante e dopo l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela dell'ospite.

Si posiziona l'ospite seduto sulla carrozzina, si inserisce il tavolino nelle apposite guide fissate sui braccioli e ci si accerta del corretto ancoraggio tramite vite.

TUTONE

A seguito delle ultime indicazioni regionali e dell'Asl locale si provvede a regolamentare l'utilizzo del "tutone" per gli ospiti con deficit cognitivi. Lo strumento è inteso come limitante della libertà della persona anche se non presente nella normativa C.P.

Limitante nella capacità dell'utente di raggiungere le parti intime o coperte da tutone stesso. Non essendo normato a livello legislativo si è deciso di predisporre un modulo di "Prescrizione Tutone" su indicazione medica e relativa "informativa" al tutore o AdS o in assenza di figure legiferate del familiare di riferimento. (Allegato5)

Nella prescrizione vi sono indicati i dati anagrafici, la motivazione, quando posizionarlo e le rivalutazioni trimestrali. La prescrizione ha durata annuale, poi dovrà essere riformulata.

PROCEDURE:

RACCOMANDAZIONI GENERALI

Un corretto assessment di applicazione dello strumento si ottiene valutando i seguenti parametri: le abilità motorie (andatura, equilibrio, trasferimenti, la valutazione del piede e di ausili più idonei, dalla scarpa al deambulatore), la comorbilità (patologie acute e croniche), la presenza di deficit della vista o dell'udito, l'uso di farmaci, la presenza di disturbi comportamentali, l'ambiente (inteso come sicurezza, facilità di accesso e mobilità, comfort, privacy), la possibilità di partecipazione a gruppi di socializzazione o attività specifiche di interesse o svago.

L'intervento terapeutico tramite l'utilizzo di SPTF deve essere interpretato e attuato, sia pure come provvedimento eccezionale, solo ed esclusivamente quale atto terapeutico ragionato e mirato. Proprio come un qualsiasi atto sanitario, non è mai un processo di tipo "statico", bensì "dinamico": La rivalutazione del processo, sia nel perseguimento dei suoi obiettivi, sia nei suoi standard procedurali, va affrontato e rivisto periodicamente dall'equipe multidisciplinare. Inoltre l'applicazione e la validità dello strumento utilizzato sono verificate tramite la scheda di monitoraggio degli strumenti di protezione e tutela fisica.

L'uso dello SPTF **non può essere impostato per più di 12 ore consecutive** salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto (es. spondine al letto nel periodo di riposo o di allettamento). Durante il periodo di applicazione degli SPTF **l'ospite deve essere controllato periodicamente** ogni 30 minuti circa e la decisione del ricorso a tali strumenti deve

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 7 di 11

essere rivista qualora non sussista più la motivazione che la ha determinata e comunque riconfermata tramite le schede necessarie, non oltre i 6 mesi dalla data di inizio.

Si deve altresì garantire all'ospite la possibilità di **movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2/3 ore con esclusione (della notte) dei periodi di riposo pomeridiani**

Occorre **monitorare e valutare ogni 2 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi** direttamente attribuibili allo SPTF e perseguire sempre il comfort e la sicurezza dell'ospite.

Secondo le nuove indicazioni regionali del 23.12.2015 "Ulteriori indicazioni in merito ai controlli d'appropriatezza" in cui si ricorda che ... "le procedure adottate devono essere conformi alle linee guida di riferimento e alle migliori pratiche assistenziali ma vengono accettate, per esempio, la definizione dei tempi di monitoraggio della contenzione sulla base di una valutazione del medico di struttura sul singolo utente, purché adeguatamente motivata e tracciata....." sul diario clinico e sulla prescrizione.

Nessuno SPTF può essere applicato senza la prescrizione scritta medica salvo nei casi previsti dalla legge.

Il consenso sancisce quella che è l'"alleanza terapeutica" tra operatori e l'assistito capace di scegliere consapevolmente o dell'Amministratore di Sostegno (AdS) o dal tutore, figure autorizzate alla sottoscrizione dell'informativa-consenso all'uso degli strumenti di protezione prescritti.

Quando un ospite presenta decadimento cognitivo o non ha senso del pericolo o vi siano condizioni cliniche per cui non è in grado di fare scelte consapevoli e relative conseguenze e non ha alcuna forma giuridica di tutela, il medico in fase d'accoglienza deve compilare la dichiarazione di Incapacità Naturale, informando così i familiari della necessità di avviare un percorso giuridico di tutela. Secondo indicazioni di norma contenute nel documento regionale del 23.12.2015 "Ulteriori indicazioni in merito ai controlli d'appropriatezza" in materia di Consenso Informato.

In entrambi i casi comunque l'ospite/AdS o Tutore o familiare di riferimento dovranno firmare la a titolo informativa la scheda di prescrizione/informativa dei mezzi di contenzione. Scheda presente nel Fasas elettronico in dotazione.

A titolo informativo si riporta lo stralcio del documento regionale:

"...-specifico RSA n 2.2 "Consenso Informato": l'indicatore è valorizzato positivamente ..., in presenza di una delle seguenti soluzioni operative:

A. informazione/condivisione con il familiare o caregiver con contestuale presenza di attestazione medica che la persona è in condizioni di incapacità naturale e con evidenza documentale dell'attivazione di percorsi finalizzati alla nomina di figure quali il tutore/l'amministratore di sostegno;

B. attestazione dello stato di necessità ex art.54 c.p..."

L'informazione all'utente, ecc., oltre a essere un atto "dovuto", è un'importante e insostituibile risorsa per l'anziano. I familiari o AdS potrebbero considerare l'applicazione di strumenti di protezione e tutela fisica degli ospiti come un mezzo per limitare i movimenti del proprio congiunto, oppure, possono tendere a considerarlo come la sola possibilità per evitare cadute e conseguente trauma.

È pertanto indispensabile che il medico, effettui, un colloquio preliminare con l'utente, familiare referente o AdS/Tutore non appena si sia deciso di applicare o di rimuovere gli strumenti di protezione e tutela, al fine di illustrarne i motivi e le attività assistenziali programmate, richiederne la collaborazione nei momenti di presenza in struttura, per poter meglio monitorare nel tempo, le reazioni che si determinano nel comportamento dell'ospite.

La prescrizione deve essere motivata da precise necessità di tipo terapeutico:

- la protezione contro l'auto-etero lesionismo;
- riallineamento posturale;
- il mantenimento di una postura corretta utile al paziente nello svolgimento delle ADL;
- la necessità di attivare piani di trattamento che richiedono la collaborazione del paziente (infusione di farmaci per via endovenosa, applicazione di cateteri, SNG, PEG ecc);
- stato di incoscienza od ebbrezza;
- periodo di pre e post sedazione;

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 8 di 11

- situazione di emergenza, quando il comportamento della persona rappresenta un immediato pericolo per sé e/o per gli altri, e l'applicazione degli strumenti di protezione e tutela della persona assistita si dimostri la scelta migliore;
- situazioni di pericolo per la sicurezza della persona, in quanto soggetta a caduta o a evidente rischio di caduta (vedi protocollo prevenzione cadute) conseguente ad ogni tentativo di alzarsi e dopo aver tentato e fallito altre soluzioni alternative;
- trasporto con barella, letto.

Sono invece esempi di applicazione impropria di strumenti di protezione e tutela dell'ospite:

- *wandering* e deambulazione senza rischio di caduta;
- agitazione psicomotoria senza spunti violenti;
- problemi comportamentali dovuti a disturbi mnesici.

Complicanze legate all'applicazione degli strumenti di protezione e tutela

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

- traumi meccanici: strangolamento asfissia da compressione della gabbia toracica, lesioni dei tessuti molli superficiali (arrossamento, cianosi, abrasioni, ematomi);
- malattie funzionali ed organiche: decondizionamento psicofisico, incontinenza, lesioni da pressione, infezioni, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare, aumento dell'osteoporosi;
- sindromi della sfera psicosociale: stress, umiliazione, depressione, paura e sconforto.

Si è dimostrato come l'uso della contenzione fisica abbia determinato effetti dannosi in quanto non riduce l'incidenza di cadute pericolose anzi, al contrario, può accentuarne gli esiti: per tentativi di fuga o di liberazione dalla contenzione stessa. Effetti dannosi sono da attribuirsi anche ad una contenzione incauta, mal posta o mantenuta per tempi troppo lunghi (dalla compressione toracica, all'asfissia, alle compressioni addominali, alle lesioni dei tessuti molli, fino alle piaghe da decubito e all'incontinenza sfinterica). Si è dimostrato, inoltre, che il soggetto contenuto necessita di maggiore sorveglianza, poiché spesso la contenzione aumenta i comportamenti disturbanti, l'aggressività e la confusione mentale. L'uso prolungato della contenzione fisica provoca costrizione, inibizione motoria e gravi squilibri della sfera psichica. Quest'ultima si manifesta con sentimenti di umiliazione, perdita dell'autostima, demoralizzazione, sensazione di abbandono, regressioni comportamentali e ritirata sociale. Gli effetti negativi della contenzione si possono ripercuotere in maniera indiretta anche sugli altri ospiti, non sottoposti a contenimento fisico, attraverso sentimenti di rigetto e di conflittualità nei confronti dell'assistenza e di chi la eroga.

OPERATIVITA'

Vi sono due modalità di uso della contenzione:

- temporanea e/o urgente
- tempo determinato

La **prescrizione della contenzione a medio e lungo termine** è compito esclusivo del medico o del direttore sanitario.

La **prescrizione della contenzione temporanea ed urgente, a breve termine**, può essere fatta in assenza del medico anche dall'Infermiere, e dall'Fkt che avviseranno poi il medico.

Di fronte ad una segnalazione da parte degli operatori (infermieri, FKT), il **medico** valuta con l'equipe interventi alternativi per ritardare o evitare la contenzione, si attuano e se non vi è la risoluzione del problema il medico individua il tipo di contenzione fisica più appropriata, in conseguenza ad una valutazione delle condizioni psicomotorie generali dell'ospite. Compila scheda di prescrizione/informativa nel Fasas Elettronico, riporta la prescrizione nel diario clinico. La scheda di prescrizione è uno strumento individuale che viene compilata ogni volta che si valuta o cambia lo SPTF (in ogni caso non oltre i 3 mesi);

La scheda contiene dati anagrafici dell'ospite; tipologia dello strumento; motivazione all'utilizzo; pratiche alternative testate prima di ricorrere alla contenzione; n di ore, frequenza d'utilizzo (durata); modalità di controllo quotidiano; tempistiche di revisione periodica (entro 90 giorni).

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 9 di 11

In seguito, con cadenza trimestrale, il medico rivaluta la contenzione dell'ospite e compila nuovamente la scheda di prescrizione/informativa nel Fasas Elettronico e provvede all'aggiornamento del diario clinico.
Per le rivalutazioni non è necessario raccogliere la firma dell'ospite/AdS/caregiver ecc....

Gli **operatori assistenziali** provvedono alla compilazione delle attività di tracciamento delle problematiche relative all'uso degli strumenti di protezione e tutela.

I **fisioterapisti** collaborano alla rivalutazione periodica dell'applicazione degli SPTF. Il loro coinvolgimento permette di evidenziare:

- 1) gli ospiti che al test di Tinetti/Conley ottengono un punteggio tale da evidenziare un rischio di caduta e che al test UCLA evidenziano associati disturbi comportamentali o/e deficit cognitivi
- 2) gli ospiti che presentano deficit motori con anche deficit posturali, per i quali si evidenzia un disallineamento posturale tale da determinare a lungo termine danni terziari o deficit nell'esecuzione delle ADL.

Agli ospiti "del primo tipo", non sono applicati strumenti di protezione e tutela regolarmente, (se non in casi specifici). Si parla, in questo caso, di interventi alternativi su programmi e attività (a livello assistenziale, riabilitativo, infermieristico, animativi-occupazionali) o sull'ambiente (modifiche ambientali).

Gli ospiti "del secondo tipo" possono:

- a) essere coinvolti periodicamente in attività riabilitative e/o in un quotidiano monitoraggio posturale in carrozzina;
- b) essere coinvolti periodicamente dal personale di reparto in percorsi di deambulazione assistita per effettuare gli spostamenti al piano (es. salone-bagno, ecc.) partecipare ad attività di intrattenimento e/o relazionali stimolanti e coinvolgenti

L'**Infermiere** si occupa di chiamare i familiari o l'AdS dell'ospite, se non presenti, per recarsi in struttura a sottoscrivere la scheda di prescrizione/informativa della contenzione e per parlare con il medico; documento che verrà poi riposto nel fascicolo sociosanitario.

Tutte le figure socio-sanitarie, dovranno collaborare nella compilazione della Scheda di monitoraggio delle contenzioni e dell'ospite, inserendo quando rimuovono la contenzione per le attività, specificando dalle h alle h.

L'applicazione degli SPTF è compito dell'O.S.S/A.S.A., dell'infermiere, e del fisioterapista.

L'indicazione all'uso degli SPTF deve essere registrata e trascritta nella documentazione:

- Diario clinico ad opera del medico
- Diario riabilitativo ad opera del FKT
- Diario infermieristico ad opera dell'inferm.
- PAI

Alternative possibili all'applicazione di strumenti di protezione e tutela fisica

Si considera metodo alternativo all'applicazione di SPTF, qualsiasi intervento finalizzato al benessere psicofisico dell'ospite, che possa favorire o migliorare le sue abilità motorie o/e cognitive, stimolare, mantenere o migliorare le autonomie nelle ADL, ridurre i disturbi comportamentali, ridurre danni terziari (formazione di piaghe da decubito, retrazioni muscolo-tendinee, depressione), sollecitare l'interazione con l'ambiente, favorirne e stimolarne le relazioni interpersonali. Le strategie per ridurre, contenere o controllare il ricorso all'applicazione di SPTF sono distinte a seconda di ciò su cui agiscono.

Tra i principi fondamentali costituiti dalla perfezione assistenziale, massima tutela dell'ospite, trovano spazio svariate iniziative, per le quali il benessere dell'individuo è raggiungibile mediante la correlazione dinamica di tre componenti: il personale, la programmazione di tutte le attività della struttura, lo spazio fisico (ambiente protesico).

Interventi relazionali (personale)

- la compagnia (strategie relazionali);
- ascolto attivo;
- il conforto;
- il contatto fisico;
- un atteggiamento empatico (evitare di banalizzare, deridere o negare la situazione);

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 10 di 11

- individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo (intolleranza ambientale o interpersonale);
- distoglimento dell'ospite dallo sfogo aggressivo (passeggiate, attività occupazionali, allontanamento dal presunto evento scatenante;
- incoraggiare scambi relazionali tra personale e ospiti;
- la richiesta di collaborazione di persone significative (familiari/caregivers o persone note).

Programmi e attività in ottica assistenziale, infermieristica, medico, riabilitativa, animativa-occupazionale

- Strutturazione di una routine giornaliera (che infonda sicurezza);
- personalizzazione dell'assistenza;
- supervisione e osservazione di ospiti a rischio di caduta;
- consentire il vagare (in ambienti protetti);
- programmi assistenziali per i quali l'ospite rimane a letto solo il tempo necessario per riposare o per le attività di assistenza;
- individuazione dei bisogni degli ospiti e condivisione nel piano di assistenza (PAI);
- programmi di diuresi controllata;
- tecniche di rilassamento;
- sviluppo di programmi riabilitativi ed esercizi che comportino l'insegnamento di tecniche di spostamento sicure per gli ospiti;
- attività motorie individuali o di gruppo;
- sviluppo di programmi di deambulazione di reparto;
- attività occupazionali;
- attività ricreative e sociali;
- musicoterapia;
- valutare e trattare gli stati di dolore;
- Valutare e trattare ospiti con disturbi comportamentali;

Ambiente protesico

- Ambiente confortevole (luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi;
- percorsi liberi da ostacoli;
- letti ad altezza variabile;
- carrozzine favorevoli posture idonee (seggioni polifunzionali-basculi)/poltrone "protette" o con seduta profonda, (che garantiscano posture speciali o con tavolini servitori);
- spazi idonei a una libera deambulazione (percorsi protetti per il wandering);
- abbigliamento idoneo (tute allacciate posteriormente);
- personalizzazione della postura con sistemi di postura complessi (regolazione accessori: pedane, spinte laterali, appoggiatesta, pedane elevabili);
- divaricatori morbidi e non ancorati a strutture esterne;
- cuscini di postura per sedie/poltrone/carrozze;
- sistemi di stabilizzazione e di sicurezza del cammino e dei trasferimenti (maniglie, giraffe per il letto, corrimano, deambulatori, tripod, bastoni, stampelle, ecc.);

GLOSSARIO

Antitetiche: opposte.

Capacità psicomotorie: con esse si intendono le abilità percettive, di coordinazione motoria e di controllo della propria emotività, abilità necessarie per sviluppare quello che viene classicamente definito processo di sviluppo psicomotorio e che costituiscono i prerequisiti essenziali per lo sviluppo psicosociale.

Deficit o disturbi cognitivi: o neuropsicologici, sono disturbi delle funzioni alte, quali l'intelligenza generale, l'attenzione, la memoria, le funzioni esecutive (abilità di giudizio, pianificazione, flessibilità cognitiva, inibizione, ecc), le abilità visuo-spaziali e prassiche, il linguaggio, la lettura, la scrittura.

Disturbi comportamentali: alterazioni del comportamento (aggressività, ansia, apatia)

Agitazione psicomotoria: irrequietezza motoria e segni motori di tensione e di ansia (non riuscire a star fermi, muoversi avanti e indietro senza sosta, torcersi le mani, agitarsi sulla sedia, ecc.)

Terapia infusiva: somministrazione di soluzioni e farmaci attraverso un accesso venoso.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 23
	PROTOCOLLO PER L'APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA DELL'OSPITE	Data 01/08/2022 Pagina 11 di 11

Danni terziari: sono retrazioni muscolari, blocchi articolari, lesioni da decubito, depressione cronica.

Atto coercitivo: atto che obbliga.

Codice Deontologico: complesso di norme etico-sociali per l'esercizio di una professione.

Patologie neurodegenerative: sotto questo termine si comprendono le malattie che colpiscono in genere persone anziane e che comportano una degenerazione del sistema nervoso, sono caratterizzate da esordio insidioso, decorso lungo e progressivo, simmetria bilaterale di segni e sintomi.

Edema: accumulo di liquidi nell'organismo, può essere circoscritto ad una zona o generalizzato.

Disallineamento posturale: impossibilità a mantenere una postura corretta.

Plegia: deficit motorio caratterizzata dall'impossibilità di compiere alcun movimento volontario.

Wandering: continua deambulazione afinalistico (disturbo comportamentale tipico delle demenze).

Disturbi mnesici: disturbi della memoria

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

- A. Bianchetti, O. Zanetti: *La rete dei servizi*. In E. Zanetti (ed): *Il nursing delle demenze*. Lauri Edizioni Milano, 1997.
- 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.
- M. Petrini, L. Antico, R. Bernabei, F. Caretta: *L'uso dei mezzi di contenimento nelle istituzioni per persone anziane*. In *"Anziani Oggi"*, 1991; 2: 1-19.
- Commissione *"Linee guida ed indicatori di qualità"*. 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.
- G. Marini, A. Salsi: *La contenimento nell'anziano confuso: principi e pratica*. *Argomenti di Gerontologia*, 1994; 6: 37-44.
- BestPractice Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, Volume 6, Issue 3, 2002 ISSN 1329 – 1874: traduzione di Sabrina Fontana IP, Volume 6, Numero 3, pagina 1, 2002, Centri studi EBN -Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico, Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico, S.Orsola-Malpighi, Bologna.
- 8° Corso Multiprofessionale di Nursing, 29 novembre - 1° dicembre, Le contenzioni: serve ancora parlare di contenimento? A.Cester (Dolo-VE) Direttore del Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione
- LA CONTENZIONE FISICA, MECCANICA E FARMACOLOGICA: Implicazioni assistenziali, etiche, deontologiche, Collegio IPASVI – Como COMUNE DI MANTA, CASA DI RIPOSO "MAERO", Sezioni: RSA "Amedeo Damiano" - Nucleo Alzheimer - RAF - RA – RAA.
- LA CONTENZIONE, LINEE GUIDA, Ufficio di direzione, febbraio 2001, in collaborazione Dr. Walter Pei retti, Sig.ra Flavia Rosso Unità di Valutazione Geriatria, ASL 17, Distretto di Saluzzo.
- Dispense del Dott. Iannello Dgr 1765/2014 il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della Dgr X/1185 del 20-12-2013
- indicazioni regionali del 23.12.2015 "Ulteriori indicazioni in merito ai controlli d'appropriatezza"
- Gestione del Fasas elettronico CBA