

# (s)legami

progetto di ricerca  
sulla contenzione fisica  
in struttura



**COOPSELIOS**  
PRENDERSI CURA, DI PERSONA



**COOPSELIOS**  
OLTRE LA CURA



# indice

- pag 4 *introduzioni di:*  
**Guido Saccardi** • *Presidente Coopselios*
- pag 6 **Dina Bonicelli** • *Responsabile Tecnico Settore Anziani Coopselios*
- pag 9 *premessa progettuale di:*  
**Silvia Panini**  
*Responsabile Tecnico di Produzione Area Reggio Emilia*
- pag 10 *progetti*  
**Riduzione della contenzione fisica:  
un percorso che cambia la vita nella struttura.**  
Casa Protetta Residenza "Al Parco"
- pag 18 **La contenzione fisica: un nodo da sciogliere.**  
Casa Protetta "Villa delle Ginestre"
- pag 25 *premessa progettuale di:*  
**Silvana Putzu**  
*Responsabile Tecnico di Produzione Area Lombardia*
- pag 26 *progetto*  
**Liberi di volare (I believe I can fly).**  
Residenza Sanitaria Assistenziale "Il Poggio"
- pag 39 *premessa progettuale di:*  
**Roberta Borsari**  
*Responsabile Tecnico di Produzione Area Veneto*
- pag 40 *progetto*  
**Conoscenza e condivisione:  
due antidoti alla contenzione.**  
Casa Protetta "Villa Tamerici"

## Guido Saccardi

Presidente Cooperativa  
Coopselios

È con grande piacere che Coopselios presenta questa ulteriore pubblicazione curata dal Settore Anziani della nostra Cooperativa.

Il problema della contenzione fisica nella assistenza agli anziani può essere affrontato da diversi punti di vista: nella pubblicazione le considerazioni di carattere assistenziale e sanitario, che ne costituiscono l'ottica dominante, sono integrate da riflessioni su aspetti formativi e da approfondimenti di natura relazionale.

Abbiamo imparato dalla agevole lettura della pubblicazione che la contenzione fisica è finalizzata principalmente alla tutela della salute delle persone anziane, in particolare alla prevenzione delle cadute anche se, in letteratura, si tende a sottolineare l'inefficacia della contenzione rispetto alle cadute.

Contenere gli utenti anziani determina nella maggior parte degli operatori un senso di sicurezza, ma questo può rappresentare un rischio: è vero che gli operatori si sentono più sicuri ma con ciò si dimenticano le possibili conseguenze negative della contenzione.

Le limitate conoscenze delle alternative alla contenzione fisica evidenziano anche e soprattutto la necessità di proseguire sulla strada degli interventi formativi mirati a rafforzare le motivazioni che inducono ad un utilizzo corretto della contenzione, allo studio dell'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche, fisioterapiche ed assistenziali per limitare il più possibile il ricorso alla contenzione attraverso strategie alternative.

È quindi un problema complesso che richiede un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento sia delle reti di sostegno (famiglie, servizi sociali, ...) che delle diverse professionalità (operatori sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali, animatori, ...) con l'obiettivo di creare un ambiente assistenziale il più possibile libero da contenzione fisica.

Gli utenti dei servizi anziani di Coopselios sono stati il punto di riferimento principale, ma non esclusivo, di questa pubblicazione. L'opportunità di condurre una ricerca di buone pratiche in una prospettiva non solo "conoscitiva", ma anche "operativa", ha comportato l'esigenza di individuare e valutare interventi innovativi nella gestione della contenzione fisica per anziani desumendoli sia da studi e analisi presenti in letteratura ma soprattutto dalla pratica e dalla creatività con cui gli operatori nei nostri servizi si confrontano quotidianamente.

Pertanto, il presente lavoro riveste un interesse non solo per gli operatori della nostra cooperativa, proprio perché l'analisi di situazioni specifiche in diverse strutture residenziali site in territori geograficamente distanti è diventata il punto di partenza, non astratto, per il confronto di esperienze significative in un contesto molto più ampio, nel tentativo di fornire indicazioni concrete di come intervenire per la proposta di soluzioni al problema della contenzione fisica degli anziani.

Si tratta, quindi, di un quadro organico di esperienze e ricerche sul campo, che riveste particolare interesse per gli operatori che agiscono professionalmente a contatto con la popolazione anziana.

La particolare cura con cui sono state presentate le esperienze sul campo contraddistingue questo lavoro anche dal punto di vista metodologico: Coopselios di questo ne va particolarmente orgogliosa perché la pubblicazione rappresenta la degna sintesi della elevata professionalità raggiunta dai suoi operatori a servizio dei nostri anziani.

Un ringraziamento sentito agli autori dei lavori presentati ed uno particolare a Dina Bonicelli (Responsabile Tecnico Settore Anziani) ed al suo staff per aver fortemente voluto riflettere in cooperativa sul tema della contenzione fisica.

## Dina Bonicelli

Responsabile Tecnico  
Settore Anziani Coopselios

È difficile produrre qualità nei servizi per i cittadini anziani in un contesto culturale ed economico che non riconosce valore al miglioramento del servizio. Non mancano, comunque, esempi di soluzioni gestionali innovative capaci di migliorare la qualità della cura e del prendersi cura. Mi riferisco al concetto di cura come bene sociale, un insieme di attività che riguardano l'attenzione per il benessere delle persone. Questa pubblicazione ne è una testimonianza.

Il volume descrive, sul tema del ricorso al vincolo della contenzione fisica nell'assistenza agli anziani, un'esperienza di progettualità innovativa sotto tutti i punti di vista: il miglioramento del servizio, la tecnologia e le risorse necessarie, l'internalizzazione, la realizzazione, la riorganizzazione delle attività e della metodologia di lavoro della struttura, il miglioramento delle prestazioni, la gestione del progetto di ricerca studio.

"S(Legami)" vuole essere uno strumento di lavoro, con un approccio pratico, su come è possibile gestire un progetto finalizzato alla riduzione della contenzione fisica nei servizi destinati alle persone anziane. Volentieri lo mettiamo a disposizione di tutti coloro che, operando nel sociale e nei servizi, vorranno intraprendere il nostro stesso cammino, con l'intento di offrire un aiuto a quanti si troveranno impegnati in questa difficile attività.

Il progetto, realizzato in un anno di lavoro dai coordinatori e dalle équipe assistenziali di alcune Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali gestite da Coopselios, è stato conseguente all'analisi di alcuni indicatori assistenziali da tempo monitorati nelle nostre strutture e da una graduale attività di "Process Re-engineering", che ci ha portato, di anno in anno, a ripensare alle attività svolte nel settore anziani ottenendo dei miglioramenti sostanziali in tutte le fasi del processo assistenziale e del processo di gestione dei servizi.

Punto di partenza della ricerca è stata una riflessione sulle modalità operative delle strutture sul ricorso alla contenzione e un'analisi del personale circa la percezione del problema, le conoscenze sulle indicazioni alla contenzione e sulle sequele psico-fisiche che può comportare.

A ciò ha fatto seguito la sperimentazione di interventi alternativi alla contenzione fisica come soluzioni e cambiamenti organizzativi, introduzione di attrezzature e presidi protettivi, sistemi di vigilanza e di sicurezza. Da ultimo ogni équipe di struttura ha valutato gli esiti della sperimentazione indicando i vantaggi/benefici per i destinatari finali del progetto (es. limitazione/eliminazione delle contenzio-

ni inappropriate, riduzione delle sequele della contenzione sotto l'aspetto fisico, psico-affettivo e sociale, garanzia della conservazione delle funzioni sociali).

Comune denominatore delle ricerche sono stati:

- la sensibilizzazione, responsabilizzazione e formazione del personale sulla contenzione come cattiva pratica che non valorizza l'autonomia dell'individuo ma disabilita la persona (fisicamente, socialmente, psicologicamente); ciò è avvenuto attraverso la somministrazione di un questionario per valutare il grado di conoscenza del problema oppure attraverso momenti di riflessione collettiva mediante la visione di film e letture sul tema. Molto efficace si è rivelata l'idea di far provare direttamente agli operatori le sensazioni che si provano quando si è privati della libertà di muoversi in autonomia;
- l'osservazione e l'analisi dei singoli e del gruppo degli anziani da parte dell'équipe di lavoro: a partire da questa indagine (es. tipologia di contenzioni usate, tipologia degli ospiti contenuti, valutazione delle cadute) si sono potute sperimentare delle alternative, compreso l'utilizzo di presidi come le imbottiture trocanteriche o i baby control e le attività personalizzate di terapia occupazionale;
- la valorizzazione di tutte le risorse: il coinvolgimento e l'informazione alla famiglia in primis, ma anche delle risorse informali (ad es. volontari) e di tutte le professionalità delle équipe di lavoro.

Non sempre l'esito di sperimentazioni nei servizi è positivo. È una sfida complessa dove occorre trovare un equilibrio tra le richieste/bisogni degli utenti, le caratteristiche del progetto, le capacità ed il coinvolgimento del gruppo di lavoro in esso impegnato e le risorse a disposizione. Le nostre strutture ci sono riuscite e noi, grazie a loro e al personale che vi opera (operatori socio-sanitari, fisioterapisti, infermieri, animatori, psicologi, ecc.), che le coordina (Coordinatori) e che le supporta (Responsabili Tecnici di Produzione), metteremo a regime le innovazioni sperimentate nel modello gestionale Coopselios e nei servizi gestiti attraverso la predisposizione e la diffusione di un nuovo protocollo aziendale e la realizzazione di conseguenti attività formative.



# premesse progettuale

## premesse progettuale

**Silvia Panini**

Responsabile Tecnico di Produzione  
Area Reggio Emilia

L'anziano che entra in una struttura, passa da una condizione di normalità di vita a una situazione di vita assistita, temporanea o permanente. Il primo rischio è che vari operatori si facciano padroni della sua vita azzerando la sua autonomia e rendendo la persona sempre più dipendente anche sul piano psicologico e funzionale. Secondo rischio, ma non per questo meno importante, che le strutture diventino un non-luogo. Tutto questo è emerso nel Convegno "Contenzione fisica: se la conosci la eviti" organizzato da Coopselios al quale hanno fatto seguito le ricerche studio presentate nella giornata della "Filanda 09" tra le quali quelle di due Case Protette dell'Area di Reggio Emilia: la Residenza "Al Parco" di Monticelli Terme (PR) e "Villa delle Ginestre" di Castelnovo né Monti (RE).

L'obiettivo della ricerca era di approfondire la problematica sulla contenzione fisica. Le strutture attraverso percorsi diversi e con un lavoro dinamico hanno condiviso, ognuna con la propria equipe, delle buone prassi, dimostrando in modo evidente che è possibile diminuire la contenzione degli anziani nelle strutture residenziali. A volte porsi alcune domande e conseguentemente darsi delle risposte è fondamentale e questo è quello che hanno fatto molto bene tutte le persone coinvolte. Dobbiamo anche dire, a nostra volta, che il mestiere del "prendersi cura" è davvero il mestiere di Sisifo che bandisce l'impazienza e condanna ad un eterno ricominciare. Un mestiere dove il successo coincide con il far bene e con passione ciò che si è scelto di fare. Lavoro oscuro, poco valorizzato dalla società, anche se a parole da molti enfatizzato, che porta ad esercitare l'etica della fragilità, dovendo traghettare i soggetti attraverso la più difficile e conflittuale stagione della vita. Bisogna allora trovare la forza di continuare a fare formazione, ricerca, aggiornamento nella convinzione che dipende anche da noi fare in modo che la superficialità di chi opera nella quotidianità non si cronicizzi in indifferenza. Il modo nel quale le persone anziane vivono la loro vita, la loro autonomia e il loro stesso invecchiamento, dipende (e non poco) da ognuno di noi e da come li sappiamo accogliere e accompagnare.

*"Potranno dimenticare quello che diciamo  
ma non potranno dimenticare come li hai fatti sentire."*  
Carl W. Beuchner

progetto

# Riduzione della contenzione fisica: un percorso che cambia la vita nella struttura.

a cura di: **Claudia Lazzari Monti** - *Coordinatrice / Responsabile di Struttura*

Casa Protetta Residenza  
“Al Parco”  
Monticelli Terme (PR)

*“È diverso. Quando si chiudeva un ciclo della mia vita se ne apriva un altro, spesso più complesso, comunque attivo. Adesso, a novanta anni, perdo la vista, non leggo quasi più, sto malamente in piedi da solo, peso tutto su Sesa. Il nuovo secolo potrebbe presentarsi poco attraente. Ma non posso cedere alla tentazione di guardare il soffitto e lasciarmi vivere finché dura. Quando si è vissuti così a lungo e così bene non si può abbandonare. Devo darmi un progetto. (1999) Vittorio Foa, Passaggi, Einaudi, , 2000, p. 149*

*“Non essere più ascoltati: questa è la cosa terribile quando si diventa vecchi”  
Albert Camus (1913-1960) Scrittore francese, premio Nobel per la letteratura nel 1957*

## Introduzione

Spesso l'anziano viene identificato con la sua malattia, malattia che si trasforma in una rigida ed invalicabile barriera tra il normale e la persona e pertanto si pensa che l'utilizzo delle forme di contenzione sia un po' come l'antibiotico e ci si stupisce delle violente reazioni avverse.

L'idea che abbiamo voluto affrontare è stata quindi quella di provare cosa significa la contenzione, pur sapendo che noi partivamo con la capacità di elaborare e di capire il perché eravamo “legati” e sapevamo di esserlo a tempo determinato.

Partendo da questi spunti è nata l'idea di come affrontare il lavoro sulla sperimentazione per la riduzione delle contenzioni presso la Casa Protetta di Monticelli Terme. L'approccio che abbiamo cercato di dare all'intero percorso che, inizialmente, speravamo ci portasse alla riduzione della contenzione, è stato interamente plasmato sull'idea di un percorso, fatto assieme ad anziani, operatori e figure professionali che lavorano all'interno della struttura.

Abbiamo pertanto affrontato un cammino fatto di piccoli passi, un percorso in salita, ma ricco di soddisfazioni che ha avuto come strategia principale la condivisione del progetto all'interno della nostra equipe multisettoriale, nella quale sono stati definiti gli obiettivi e le finalità del progetto stesso.

Il bagaglio di conoscenze trasmesso dall'equipe multisettoriale, è stato il primo passo per definire le linee strategiche dell'intero progetto che può essere declinato attraverso 4 parole chiave:

- Analisi;
- Formazione;
- Condivisione;
- Personalizzazione.

Vista la difficoltà che avevamo davanti, l'importante era lavorare in sinergia, pur pensando di lavorare a piccoli gruppi su ognuna delle parole chiave.

Importante, per tutti coloro che hanno partecipato, e che poi si sono relazionati con tutta l'equipe assistenziale e sanitaria, è stata la conoscenza delle conseguenze, degli aspetti legali e relazionali che comporta la contenzione.

Il rischio maggiore per chi lavora in una struttura è infatti quello di ritenere una normale routine la contenzione fino ad arrivare a creare un circolo vizioso, come evidenziato da Longo ne: *Giornale Gerontologia*, volume XLVII, 1999, da pag. 339 a pag. 344

*"...gravi possono essere le conseguenze della contenzione per l'anziano sul piano psicologico e cognitivo. La contenzione infatti genera sentimenti di umiliazione, paura, sconforto, agitazioni tali da potenziare quelle stesse manifestazioni per cui viene utilizzata, aumentando nello staff assistenziale, la convinzione della sua necessità. Col passare del tempo, la protesta dell'anziano per la privazione della libertà si affievolisce, giunge l'esaurimento delle forze, la rassegnazione, l'abbandono alla solitudine, che possono indurre gli operatori a giudicare il paziente maggiormente pericoloso o incapace di intendere".*

## La struttura

La nostra struttura, essendo in larga parte privata, è connotata dalla presenza di un buon numero di anziani con gravi disturbi comportamentali, affetti da demenza e, in qualche caso, con disturbi comportamentali precedenti all'insorgere della demenza stessa. Ci siamo infatti resi conto che negli ultimi tempi, la famiglia spesso cerca l'istituzionalizzazione nelle Case Protette private nel momento in cui c'è un precipitare degli eventi, come una rottura di femore o una caduta disastrosa, o nel momento in cui il disturbo comportamentale è tale che non è più gestibile a domicilio con la badante.

Spesso quindi, al momento dell'entrata, l'anziano utilizza già qualche tipo di contenzione e, in questi casi, rappresenta una sfida cercare di trovare una risposta rapida e una strategia assistenziale che permetta di gestire la situazione a rischio senza dover continuare nell'utilizzo della contenzione stessa.

*"per la debolezza della natura umana,  
i rimedi sono sempre più lenti dei mali"*

*Tacito : Agricola III, 6*

## Gli anziani

La prima cosa che abbiamo cercato di individuare è stata la tipologia di anziani presenti in struttura e le motivazioni che avevano portato ad una contenzione, per esaminarne possibili modifiche, partendo dal presupposto che nessuna posizione rispetto a questo tema doveva essere un imperativo assoluto. La mag-

gior parte degli anziani della struttura con una prescrizione di mezzi contenitivi è rappresentata da soggetti dementi affetti da gravi disturbi comportamentali.

All'interno di questa tipologia sono individuabili alcune sotto categorie:

- Anziani con mobilità limitata ma con problemi di controllo del tronco;
- Anziani con difficoltà motorie, ridotto tono muscolare, movimenti scoordinati;
- Anziani con grave aggressività nei confronti degli altri;
- Anziani con gravi difficoltà motorie, che tendono a cadere appena si alzano.

Per ognuna di queste tipologie abbiamo cercato di capire il tipo di contenzione presente e se questa potesse essere tolta o ridotta.

Le fasi successive si sono sviluppate quindi in contemporanea, sviluppando diversi livelli di ragionamento e linee di lavoro.

## Analisi del problema e risultati

Il concetto trasversale a tutte le fasi della ricerca è stata la condivisione delle idee e dei saperi dei soggetti coinvolti in modo da affrontare il problema senza pregiudizi, ma con la voglia di mettersi in gioco.

Il rischio spesso è infatti quello di arroccarsi in una torre di cristallo cristallizzando nel proprio modo di vedere le cose, credere di essere depositari del modo corretto di approcciare i vari temi tra i quali, appunto, quello scottante della contenzione.

Abbiamo cercato di lavorare sulla condivisione, sul vivere su di sé l'esperienza dell'altro, per far percepire lo stato d'animo ed i sentimenti di un'altra persona, realizzando quindi una sintonia emotiva nei suoi confronti in modo da dividerne i vissuti interiori e le emozioni.

La prima fase di analisi è stata effettuata attraverso la rilevazione analitica delle cadute notturne, prassi già consolidata dal 2007.

Con dati riportati all'interno dell'equipe (vedi - *allegato 1 - cartella Al Parco* - nel DVD accluso) per sfatare alcuni miti relativi alle cadute come per esempio il numero relativamente basso delle cadute notturne. Abbiamo quindi analizzato gli anziani presenti in struttura e suddivisi gli stessi per appartenenza alle tipologie di cui parlavamo inizialmente: anziani con difficoltà del controllo del tronco e retroulsione (9), anziani con disturbi comportamentali pericolosi per sé e per gli altri (6), anziani con disturbi cognitivi con grave instabilità e precaria deambulazione (11).

Prima di iniziare con l'analisi specifica è stato portato avanti un progetto pilota denominato "Signora Rina" per indagare l'aspetto della personalizzazione dell'intervento.

La signora, demente grave aveva la contenzione nelle ore notturne (cintura da letto): abbiamo pertanto condiviso il Piano Assistenziale Individuale con i parenti, osservato il comportamento della signora nelle ore notturne, cercato una strategia alternativa: abbiamo acquistato un baby monitor e provato l'utilizzo. Alla fine del percorso abbiamo aumentato il livello di autonomia della signora,

mettendo in chiaro anche con i parenti il rischio caduta elevato ma il beneficio, a livello di qualità della vita dell'anziana, nel lasciarle la libertà di movimento. Dobbiamo però segnalare che la signora è caduta su un cordolo del pavimento e la famiglia ha creato molti problemi alla struttura. Questo ci ha fatto capire l'importanza della condivisione dei rischi e di studiare una sorta di "contratto" con le famiglie che non sia solo verbale o a livello di Piano Assistenziale Individuale.

La fase successiva ha visto la somministrazione di un questionario a tutte le figure professionali che lavorano a contatto diretto con l'anziano (Operatori Socio Sanitari, Responsabili delle Attività Assistenziali, Infermieri, Animatrice, Fisioterapista, Alberghiero) con domande inerenti la contenzione contestualizzata nella nostra struttura.

I risultati ci hanno piacevolmente stupito: alla domanda di come fare a ridurre la contenzione solo il 16% ha indicato il fatto di aumentare il personale mentre le risposte più evidenziate sono state:

suddividere gli anziani in base alla gravità (31%) e tenere più impegnato l'anziano (23%). Nello stesso questionario le figure interrogate hanno inoltre segnalato alcuni anziani ai quali togliere la contenzione.

In base ai risultati ottenuti, abbiamo ritenuto opportuno creare un gruppo di lavoro per instaurare un rapporto personalizzato ed empatico con l'anziano: abbiamo definito un responsabile del progetto ed individuato un gruppo di operatori ad ognuno dei quali associare due anziani.

I risultati ottenuti dall'intero percorso di ricerca hanno portato alla creazione di due gruppi (composti da Infermieri e Fisioterapista) che hanno lavorato con l'equipe per una formazione specifica, partendo dall'osservazione dell'anziano, le modalità di interagire con gli anziani confusi, le piaghe da decubito (trattandole e spiegando come siano una delle conseguenze della contenzione), la contenzione.

Abbiamo infatti pensato che la consapevolezza passa solo attraverso lo sfatare i luoghi comuni e l'inquadrare nella giusta prospettiva problemi e conseguenze.

## Gli interventi realizzati

Un aspetto ritenuto estremamente importante riguarda la condivisione del progetto con il comitato parenti, al quale abbiamo portato l'esperienza per spiegarne obiettivi, percorsi e strategie cogliendo, da parte loro, un notevole interesse e voglia di essere informati sui risultati.

In questo momento abbiamo colto alcuni spunti e deciso di elaborare la scheda dell'aggressività, poi evoluta in quella del comportamento, e quella del sonno, utilizzate inizialmente per alcuni anziani, e poi solo al bisogno.

L'intervento specifico è stato realizzato dal 1 al 30 luglio con le seguenti modalità: 30 minuti del proprio turno in due fasce orarie (da definire tra Responsabile delle Attività Assistenziali e Operatore Socio Sanitario di volta in volta) in cui

l'Operatore Socio Sanitario viene sostituito dalla Responsabile delle Attività Assistenziali o da chi ha deciso quest'ultima.

L'obiettivo è quello di instaurare un rapporto personale di fiducia ed empatia con l'anziano per arrivare a ridurre la contenzione o, per anziani non contenuti ma con disturbi comportamentali, evitare di metterla.

L'operatore deve mettere in atto con l'anziano assegnato tutte le strategie per instaurare un rapporto personale (passeggiate, dialogo...) utilizzando per ogni ospite 15 minuti circa per turno, inoltre, deve cercare di capire i suoi interessi e gusti per cercare di coinvolgerlo nelle varie attività come, ad esempio, aiutarlo a pensare come personalizzare la stanza.

Il compito dell'operatore è anche quello di tenere un diario, seguendo una traccia definita nei primi incontri. Questo strumento permette di entrare in sintonia con gli anziani e di proporre le giuste attività ad ognuno di loro: in questo modo abbiamo coinvolto l'anziano evitando che questo si alzasse continuamente se era a rischio caduta o fosse aggressivo con gli altri.

Ci piace segnalare, per esempio, che abbiamo scoperto che un anziano, con libri gialli per ipovedenti (costruiti da noi) ha nuovamente iniziato a partecipare e ad essere collaborativo.

## Risultati finali e conclusioni

Siamo partiti consapevoli che era importante definire un obiettivo, quello di ridurre la contenzione, e di lavorare sulle azioni che potevano portarci all'obiettivo, considerandole come tasselli che, incastrati tra di loro, potevano portarci alla visione di un quadro. Ci siamo resi conto che spesso l'idea che "mancano le risorse" sia più un effetto che una vera causa, effetto di errori di valutazione, di false credenze e che buona parte del lavoro va fatto sulla filosofia che sottende all'azione. In questi primi mesi abbiamo lavorato soprattutto

sulle contenzioni diurne. Sicuramente vanno messe in campo buone prassi che ci permettano di lavorare con e per l'anziano, personalizzando l'azione in base al singolo. Tutto questo però si ottiene lavorando in sinergia tra tutti i soggetti che ruotano intorno all'anziano.



Abbiamo quindi cercato di dare risposte diverse ad ospiti contenuti con motivazioni diverse:

*Anziani con difficoltà del controllo del tronco e retropulsione:*

**l'utilizzo di ausili adeguati ci ha permesso una riduzione di circa il 50% delle contenzioni diurne.**



*Anziani con disturbi cognitivi con grave instabilità e precaria deambulazione:*  
**l'utilizzo di protettori d'anca e personalizzazione (che avviene anche grazie alle schede del comportamento) ci ha permesso una riduzione di circa il 30% delle contenzioni diurne.**

*Anziani con disturbi comportamentali pericolosi per sé e per gli altri:*  
**la proposta di attività e/o oggetti (bambola..) e la personalizzazione (che avviene anche grazie alle schede del comportamento) ci ha permesso una riduzione di circa il 30% delle contenzioni diurne.**

L'idea è stata quindi quella che nell'approccio alla contenzione tutto debba avvenire secondo il principio di circolarità e di rete relazionale tra i tre soggetti naturali che ruotano intorno all'anziano nella gestione del quotidiano.

Il rischio infatti è che, nella routine, si abbia al centro il servizio e non la persona, il malato e non l'anziano nella complessità. Vanno quindi creati repertori informativi del quotidiano, puntando sulla co-progettazione e sulla condivisione anche del rischio. Va quindi variato l'approccio a partire dall'ingresso e durante tutta la permanenza dell'anziano in struttura, stando attenti non solo al processo dell'assistenza ma al progetto complessivo sul singolo anziano.

Pensiamo perciò di essere solo all'inizio di un percorso pieno di insidie e pericoli, ma è il semplice inizio di un percorso che cambia la vita all'interno della struttura e nella testa di chi lavora quotidianamente a contatto con l'anziano.

Pensiamo che per ora si sia conclusa una fase alla quale, però, dovranno seguire altri momenti di riflessione e crescita accompagnati da una formazione continua. Dobbiamo tenere sempre presenti i "perché" che ci portano, o ci hanno portato, verso le scelte che compiamo, attenti a non farci travolgere dalla consuetudine...

Mi piace quindi concludere con una frase di una canzone che racchiude tutto questo:

*"Da che parte è la mia terra  
Ricomincia un'altra storia  
La mia sorte il mio destino  
La mia stella il mio cammino  
Da che parte è la mia terra  
Dentro il cuore la memoria  
E negli occhi il mio destino."  
Nomadi*



progetto

# La contenzione fisica: un nodo da sciogliere.

a cura di: **Roberta Briganti** - *Coordinatrice / Responsabile di Struttura*

Casa Protetta  
“Villa delle Ginestre”  
Castelnuovo Monti (RE)

## Introduzione

L'adesione al progetto di ricerca sull'utilizzo della contenzione fisica in struttura ha stimolato una serie di riflessioni e domande.

In particolare, gli interrogativi che ci siamo posti sono stati:

- **Che cos'è e cosa si sa della contenzione?**
- **Come viene vista e vissuta dalle diverse figure professionali?**
- **Qual è la dimensione del problema contenzione?**
- **Quali strumenti culturali, formativi, operativi ed organizzativi possiamo adottare per gestire al meglio l'azione di contenzione?**

Per rispondere a questi interrogativi abbiamo eseguito le seguenti attività: somministrato al personale assistenziale un questionario per verificare il grado di conoscenze tecniche, trattato l'argomento con tutte le figure professionali che ruotano intorno alla struttura e fatto un sondaggio sulle loro opinioni circa la percezione del problema e, infine, fatto una descrizione dettagliata di quante e quali contenzioni vengono utilizzate e per quanto tempo.

## La struttura

All'interno della nostra struttura, la contenzione fisica, veniva principalmente usata per ridurre le cadute nei soggetti a rischio e per posizionare meglio gli anziani (ad esempio l'anziano che non ha il controllo del tronco ci sembrava più comodo e più curato se appoggiato ad un tavolino). Gli strumenti utilizzati sono le spondine per il letto, le cinture per carrozzine/sedie e carrozzine con tavolino e/o divaricatore. L'utilizzo dei metodi contenitivi e le modalità di somministrazione erano decisi dal medico oppure, a volte, veniva mantenuto il programma assistenziale con il quale l'anziano era entrato in struttura. Gli operatori il più delle volte seguivano le indicazioni date senza porsi domande e sempre nella convinzione che tale pratica fosse comunque necessaria per mettere in sicurezza gli anziani ma anche per alleggerire il carico di responsabilità durante il servizio.

Questo ci ha permesso di identificare il nostro punto di partenza e, sulla base della situazione presente, evidenziare un progetto concreto: “migliorare la situazione organizzativa e comportamentale riguardo al tema della contenzione”.

## Gli anziani

Su 54 anziani di Casa Protetta risultavano, in base ai report mensili degli indicatori, 70 contenzioni meccaniche di cui 36 erano spondine per letti.

Tuttavia, una ulteriore analisi dei dati quantitativi effettuata dal gruppo di lavoro prendendo in esame ciascun anziano, ci ha permesso di capire la reale dimensione del problema ossia 66 contenzioni di cui 33 spondine.

## Analisi del problema e risultati

Il primo passo è stato quello di costituire un gruppo di lavoro formato dalle seguenti figure professionali: Coordinatore, Responsabile delle Attività Assistenziali, Medico, Infermiere, Operatore per la Mobilitazione Attiva e Operatore Socio Sanitario con l'obbligo di un incontro settimanale.

I risultati di questo primo lavoro pongono in luce non solo la necessità di modificare il ricorso alla contenzione quanto l'esigenza di un miglioramento complessivo nella riflessione collettiva. C'era bisogno di porre l'attenzione su questo fenomeno considerandolo come una qualsiasi attività nella stesura del Piano Assistenziale Individuale, di sensibilizzare tutto il personale e di creare un protocollo operativo sui comportamenti e le azioni da compiere.

Quindi per tentare di dare risposte coerenti abbiamo pensato di procedere iniziando con dei momenti di riflessione con tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza per aumentare le conoscenze tecniche ma, soprattutto, per promuovere una maggiore empatia nella relazione assistenziale. Per raggiungere questo scopo abbiamo iniziato un percorso comune di crescita, tramite la condivisione di letture (su altre esperienze, sul metodo Validation Therapy, Gentle Care ...), la visione di un film e diversi momenti di discussione nei quali ci siamo anche chiesti che cosa si poteva fare di più ed in che modo. Gradualmente, e mettendosi in discussione, prendeva significato l'idea di assistenza come atto del "prendersi cura" e di un rapporto operatore-utente che diventava fondamentale nel raggiungere l'obiettivo di "benessere dell'anziano". Successivamente abbiamo iniziato un lavoro sull'importanza della relazione terapeutica fondata sul riconoscimento del dolore o del disagio altrui, sul rispetto della persona, sull'attenzione alle condizioni cliniche ma anche sui bisogni di ciascuno. In realtà questo interesse esisteva già, tuttavia sviluppare questa consapevolezza ha consentito al gruppo di dare un valore alle azioni ed ai gesti quotidiani.

Il passo successivo è stato il coinvolgimento del personale ed anche dei familiari nel perseguire precisi obiettivi assistenziali. Ci siamo infatti accorti che non sempre era chiaro il fine per cui si decideva di ricorrere o non ricorrere all'uso di presidi di tutela. Inoltre mancava, da parte dell'equipe, l'atto di comunicazione nei confronti dei familiari. In quanto, è vero che venivano date tutte le risposte, ma questo non era sufficiente perché, per raggiungere risultati significativi, era necessario che i familiari venissero costantemente informati e coinvolti nel processo che portava alla prescrizione medica.

Un'altra riflessione riguardava la necessità di istruire gli operatori ad osservare e riportare con esattezza ogni più piccolo dettaglio che potesse aiutare a capire il comportamento degli anziani ed a predisporre risposte coerenti e non coercitive. Anche in questo caso c'è voluto diverso tempo solo per imparare a riflettere sul fatto che spesso, i disturbi del comportamento sono l'espressione di ciò che avviene all'interno. Dal momento che la persona affetta da demenza spesso non è in grado di esprimere o spiegare verbalmente il suo disagio, diventa importante sapere con precisione come l'anziano si comporta, conoscere le espressioni del

viso, le abitudini, guardare se dorme, se mangia, se urla.

Serve un percorso formativo per apprendere comportamenti nuovi e per favorire l'adozione di strategie alternative, capace di mettere in luce il valore dell'uomo e della sua libertà indipendentemente dai suoi comportamenti e dal suo stato di salute. Consapevoli che l'atteggiamento terapeutico è fondamentale in un'ottica di prevenzione, abbiamo chiesto di inserire nel piano di formazione della struttura un corso specifico sull'argomento che coinvolga tutto l'organico.

L'équipe quindi era impegnata su due versanti: da un lato portava avanti un lavoro più introspettivo di approfondimento, di crescita e di comprensione mentre dall'altro perseguiva l'obiettivo di ridurre l'utilizzo di metodi contenitivi.

Operativamente, la fase di analisi è stata svolta attraverso tre step principali.

La prima fase prevedeva la compilazione della scheda di prescrizione e monitoraggio della contenzione da parte degli operatori.

Successivamente sono state adeguate le prescrizioni agli ausili effettivamente impiegati, come le prescrizioni di strumenti di contenzione che per diversi motivi non venivano più utilizzati (in genere i tavolini) e quelle che derivavano da una richiesta da parte degli anziani (ad es. le spondine) per muoversi e girarsi più facilmente nel letto oppure per sentirsi più sicuri. In questi casi è stato preparato e fatto firmare un "foglio di richiesta di utilizzo mezzi di contenzione". Sono state anche prese in esame ed adeguate le modalità e i tempi con cui la contenzione era prescritta.

L'ultimo step prevedeva l'esame della situazione di ogni singolo anziano nell'intento di adottare dei metodi alternativi alla contenzione. In questa fase di studio, in cui si procedeva per tentativi, l'équipe si è scontrata con alcune difficoltà. I dubbi nascevano dal fatto che, a volte, l'attenzione maggiore era riversata sulla riduzione delle contenzioni più che sul benessere dell'anziano. Ad esempio abbiamo tolto qualche divaricatore e tavolino ma nei giorni successivi questa soluzione non sembrava congruente alle esigenze dell'anziano che, adesso sulla sedia a rotelle, dava l'impressione di essere scomodo, ciondolante ed anche più triste; inoltre le diverse reazioni individuali hanno attenuato il nostro entusiasmo.

Successivamente, informandoci e parlando con dei professionisti che stanno lavorando sulla procedura aziendale, ci è stato detto che l'anziano con una situazione clinica per cui necessita di un sostegno (es. arto emiplegico) può servirsi del tavolino senza che questo sia considerato contenzione. L'équipe ha poi tentato di sviluppare delle strategie a seconda del tipo di contenzione e delle diverse situazioni individuali.

Ad oggi qualche risultato è stato ottenuto sia in termini quantitativi, in quanto abbiamo ridotto l'impiego di contenzioni a 40 di cui 27 spondine del letto, 3 carrozzine con tavolino, 7 carrozzine con divaricatore e 3 cinture (delle quali 2 utilizzate solo nel momento del pasto), ma anche qualitativi.

In realtà il lavoro per ridurre l'impiego di ausili di tutela, non è stato il più impegnativo in quanto, come già riportato all'inizio, molte contenzioni non venivano utilizzate da tempo oppure derivavano da un'esplicita richiesta dell'anziano e spesso non erano impiegate per ridurre la funzione dell'anziano ma piuttosto

per potenziarla (ad es. i tavolini). Si può dire che il nostro intervento si sia concentrato su un problema di conoscenza e di attenzione al fenomeno più che di anziani contenuti. Per quanto riguarda gli aspetti qualitativi, molti passi in avanti sono stati fatti. Tuttavia ciò che preme sottolineare è l'importanza che hanno avuto i diversi momenti di riflessione e di condivisione in questo processo di crescita culturale ed operativa. È chiaro che l'argomento è stato trattato superficialmente per quello che erano le nostre possibilità, dal momento che ci siamo mossi senza una formazione solida alla base.

Inoltre la scelta di valorizzare e responsabilizzare il personale, di cercare la "Alleanza Terapeutica" e di creare, dove era possibile, un ambiente familiare, ha sicuramente influenzato la qualità della cura dell'anziano.

## Gli interventi realizzati

Per la gestione degli anziani con tavolino e divaricatore con problemi di postura o di scivolamento qualche risultato è stato raggiunto spostando l'anziano dalla carrozzina alla sedia ed utilizzando dei cuscini per metterlo più comodo oppure disponendo di diversi tipi di sedia e/o poltrona come strumenti di aiuto. Per iniziare abbiamo ordinato 2 poltrone reclinabili che non sono state ancora sperimentate a causa di ritardi nella consegna.

Per alcuni anziani è stato predisposto l'utilizzo del tavolino per carrozzina solo in alcuni momenti della giornata (ad es. i pasti) per agevolarlo nello svolgimento di alcune attività. Per quanto riguarda le spondine di protezione a letto, l'equipe si è occupata soprattutto delle modifiche ambientali come l'illuminazione e lo spazio in cui la contenzione veniva applicata. Infatti per gli anziani a cui è stata rimossa la spondina e che sono in grado di muoversi, abbiamo deciso di tenere la luce del bagno sempre accesa durante la notte in modo che alzandosi, per qualsiasi necessità, non si ritrovino completamente al buio.

Gli ostacoli presenti nella camera (tappeti, seggiole, tavoli...) sono stati tolti o posizionati in modo da non creare intralcio. È stato acquistato anche un "letto Alzheimer" che, abbassandosi fino a terra, consenta di rispondere in modo adeguato e personalizzato alle diverse situazioni presentate; in particolare anziani agitati di notte che rischiano di cadere dal letto e vagabondaggio notturno. In alcuni casi ci siamo attivati perché i familiari acquistassero calzature idonee al tipo di deambulazione. Per gli anziani affetti da demenza che utilizzavano sia le spondine che la cintura abbiamo pensato di provare a ridurre i disturbi del comportamento e conseguentemente rimuovere la contenzione (la cintura da sedia). In particolare con due anziani agitati e ad elevato rischio di caduta abbiamo sperimentato, col supporto dell'Operatore per la Mobilizzazione Attiva, interventi di tipo psicosociale, quali: il tocco terapeutico ed altre tecniche di rilassamento, l'ascolto della musica, la lettura delle favole, occupandoli con le costruzioni ed aumentando i momenti di interazione col personale.

Pur non essendo dotati di grandi spazi abbiamo ricavato un piccolo angolo nel

soggiorno dove svolgere, più tranquillamente, queste attività. Per rendere poi l'ambiente più confortevole abbiamo acquistato un mobile a cubi in cui collocare, in modo facilmente accessibile agli anziani, i libri di favole, le costruzioni colorate, gli strumenti musicali, ecc....

Da sempre la mancanza di spazio nella nostra Casa Protetta ci ha preoccupato e limitato nella gestione delle diverse necessità. Tuttavia, non potendo intervenire sulla struttura architettonica, abbiamo pensato di modificare un po' alla volta, i colori e gli arredi di alcuni ambienti per renderli meno anonimi e capaci di suscitare sensazioni gradevoli.

Anche una maggiore flessibilità nell'organizzazione delle attività quotidiane (orari dei pasti, della messa a letto, ecc.) ha consentito di guadagnare la fiducia dell'anziano, che si è sentito ascoltato e rispettato nei suoi ritmi.

Tutto il percorso di ricerca sulla contenzione ha visto il coinvolgimento dei familiari, non solo perché è un atto dovuto ma perché rappresentano una risorsa insostituibile sia per l'anziano che per l'organizzazione stessa. A questo proposito oltre i colloqui individuali in cui illustrare i motivi per cui si è deciso di contenere il congiunto e la modalità di somministrazione e monitoraggio, è stato proposto ai familiari un questionario sul tema della contenzione e sulla loro percezione. Ad oggi solo pochi parenti hanno compilato il questionario e per la maggior parte c'è stato un ritorno verbale.

La conclusione della fase di ricerca, ha portato all'elaborazione di linee guida e delle schede operative per cercare di utilizzare in modo corretto e coerente i mezzi di contenzione.

## Considerazioni finali

Tante sono ancora le cose da fare ed in realtà la nostra ricerca è solo agli inizi. Se vogliamo infatti "combattere contro una realtà che vorrebbe indurci a considerare la vecchiaia un momento senza speranza" e se crediamo che "la qualità della vita è la difesa della libertà" (M. Trabucchi), occorre tempo per capire cos'è realmente la libertà in Casa Protetta.

Occorre tempo per comprendere qual è il benessere dell'individuo; per prendere coscienza delle nostre carenze e per fare crescere la volontà di cambiare le cose; per fare ricerca e sperimentare ciò che può funzionare; per realizzare programmi di formazione volti a cambiare la cultura organizzativa e comportamentale oltre che a fare conoscere dell'esistenza di strategie alternative d'intervento. Se parliamo infatti di sostenere l'anziano, di stargli vicino con rispetto e calore cercando il più possibile di seguire il suo ritmo, bisogna chiedersi se è giusto avere delle regole valide per tutti (soprattutto rispetto all'igiene o al bagno) o si può pensare a modi diversi di fare assistenza.

Nella convinzione che i cambiamenti significativi derivano da piccoli interventi è nostra intenzione affrontare i temi suddetti e procedere gradualmente attraverso questo percorso che non si esaurisce con questa ricerca.

# premesse progettuali



## premesse progettuali

**Silvana Putzu**

*Responsabile Tecnico di Produzione  
Area Lombardia*

In base alle ultime indicazioni della Regione Lombardia, il termine "contenzione" dovrà essere eliminato da tutti i protocolli e linee guida e sostituito con "Mezzo di Prevenzione e di Tutela"; come se la parola contenzione facesse il pari con la parola coercizione.

Forse è stato pensando con lo stesso disagio che tutta l'equipe del "Poggio" si è apprestata a lavorare e progettare qualcosa di diverso, che desse sbocco ad un'assistenza, ad una vigilanza, che non "limitasse più" ma che anzi fosse garante per tutti gli anziani di uno dei diritti fondamentali dell'uomo: la Libertà.

L'equipe ha veramente lavorato intensamente, prima facendo un'analisi di quanto fatto, il perché delle scelte, l'osservazione fatta con nuovi occhi, quelli che vogliono vedere, capire, trovare una strada alternativa e poi si è costruita un diario di viaggio nuovo, diretto alla sperimentazione, a voler conquistare prospettive nuove. Intenso il lavoro di analisi dei dettagli, degli anziani, della struttura, di loro stesse con l'occhio sempre attento al rispetto delle persone accolte.

Attraverso pensieri semplici indirizzati alla routine passiva del lavoro conosciuto, alle giustificazioni disarmanti e ineluttabili che si danno sempre quando sembra che le scelte adottate possano essere le uniche da adottarsi, si è snodato il percorso del gruppo. E così, parlando di custodia, prevenzione, cura, "vedendo" volendo "guardare" con disarmante semplicità, la strada si è snodata fluida e ha fatto costruire il progetto, la sua realizzazione e raccogliere con questa occasione grande soddisfazione dei risultati raggiunti, non solo per l'equipe ma anche per gli utenti che sono stati "liberati".

Voglio concludere usando un termine del primo soccorso: la manovra "guardare, ascoltare, sentire" indicata spesso con l'acronimo GAS. Visto che a "Il Poggio" hanno imparato a Guardare con nuovi occhi, ad Ascoltare anche chi non è più in grado di parlare e comunicare correttamente e Sentire, rispettare, cogliere anche i dettagli, allora l'augurio per chiunque si appresti ad intraprendere un percorso di ricerca come quello descritto nelle pagine seguenti può solo essere... via a tutto "GAS".

Buon lavoro.

progetto

# Liberi di volare (I believe I can fly).

a cura di: **Mariagrazia Bastone** - *Coordinatrice / Responsabile di Struttura*

Residenza  
Sanitaria Assistenziale  
“Il Poggio”  
Casteggio (PV)

## Introduzione

I presidi di contenzione sono costituiti da mezzi o metodi che limitano o impediscono i movimenti della persona. La contenzione è utilizzata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di Coopselios in vari modi e il suo ricorso è regolamentato dal protocollo “Utilizzo del vincolo di contenzione non farmacologica e per correzione di postura” per garantire un uso adeguato dei presidi a disposizione.

Il ricorso alla contenzione è strettamente connesso alle caratteristiche della struttura e degli utenti che essa ospita.

Il lavoro sperimentale realizzato nella Residenza Sanitaria Assistenziale “Il Poggio” pone come primo passo l’osservazione della struttura, dell’ambiente circostante e degli anziani presenti. La fase di osservazione ha come obiettivo quello di fornire un panorama chiaro e completo della situazione, che costituisce il punto di partenza per riflettere, pensare e attuare strategie mirate e ragionevoli per limitare il più possibile il ricorso alla contenzione e garantire agli anziani il diritto fondamentale alla libertà. Il progetto di ricerca è iniziato nel mese di aprile 2008 e si pone l’obiettivo principale di individuare un gruppo sperimentale sul quale ragionare e sul quale sperimentare le proposte elaborate dall’equipe di lavoro che si è preoccupata di valutare la percezione del problema della contenzione in tutto il personale operativo in struttura. Questa valutazione ha un duplice valore, il primo è, senza dubbio, quello di avere un quadro preciso della situazione e delle conoscenze sul problema, mentre il secondo è quello di stimolare gli operatori a capire il problema e sviluppare una propria opinione e non solo di eseguire le direttive in merito.

## La struttura

Una riflessione attenta e puntuale su un problema complesso come il ricorso alla contenzione non può prescindere da un’analisi dell’ambiente che ospita gli utenti e fornisce vincoli e facilitazioni. Le caratteristiche fisiche della struttura costituiscono elementi fondamentali, sia per determinare la necessità di tutelare gli anziani da un ambiente potenzialmente pericoloso, sia per elaborare strategie mirate a trasformare la struttura in modo da ridurre gli ostacoli e renderla adeguata agli utenti che la vivono quotidianamente.

La Residenza Sanitaria Assistenziale “Il Poggio” è una struttura accreditata dalla Regione Lombardia ed è ubicata nel centro storico di Casteggio, facilmente raggiungibile da Piacenza e Milano.

La capacità ricettiva è di 52 posti letto, le camere ampie dotate di bagno offrono la disponibilità di 1, 2 o 4 posti letto. I ricoveri possono essere temporanei o definitivi.

L’assistenza medica, infermieristica e riabilitativa è completa e qualificata, per questo sono disponibili un ambulatorio medico, una palestra di riabilitazione e

una sala animazione.

L'attività quotidiana è organizzata nel pieno rispetto dei ritmi di vita individuale e, a chi lo desidera, propone molteplici iniziative di animazione e socializzazione, spazi riservati all'incontro e alla cura della persona, come le sale da pranzo, la sala tv, bar, parrucchiere uomo/donna con spazio di podologia, terrazza e un ampio cortile esterno. Inoltre il Poggio propone luoghi di raccoglimento e preghiera.

La cura, l'attenzione e la professionalità di tutto il personale sono garanzia di serenità per quanti scelgono di vivere insieme, in un ambiente sicuro.

La Residenza Sanitaria Assistenziale "Il Poggio" sorge su una collina e questo le conferisce una collocazione geografica potenzialmente sfavorevole, nella misura in cui un anziano dovesse avventurarsi all'esterno e si trovasse ad affrontare strade in salita e in discesa rischiando di cadere, ancora prima di perdersi o girovagare. È ipotizzabile che se la struttura fosse circondata da un ambiente più "protetto" e fruibile si affronterebbero con meno apprensione gli eventuali episodi di "wandering".

I pericoli individuati all'esterno accendono un campanello d'allarme su alcuni elementi della struttura, come il cancello esterno facilmente apribile, le scale di accesso ai piani raggiungibili e accessibili, così come gli ascensori.

Se da una parte questi elementi rappresentano una forma di rispetto della libertà degli anziani, che possono muoversi nella struttura con facilità, d'altra parte costituiscono potenziali pericoli per chi è meno sicuro nella deambulazione e, talvolta, compromesso dal punto di vista cognitivo.

I problemi più critici da gestire sono proprio questi, la difficoltà a deambulare e muoversi e il deterioramento cognitivo, che riduce le facoltà di ragionamento e valutazione dei pericoli ed espone gli anziani che ne sono affetti al rischio di cadute.

Alla luce di queste valutazioni è possibile individuare anche una serie di elementi rischiosi all'interno della struttura, per esempio la presenza di porte antincendio che permettono un accesso diretto alle scale interne, le porte a finestra che conducono ai balconi e l'accesso alle scale esterne antincendio, raggiungibili dai balconi di ogni piano e dalla porta a finestra della sala animazione.

Non ultimo è il problema della gestione delle attività. È vero che tenere occupati i soggetti a rischio rappresenta il metodo più efficace e produttivo per limitare gli episodi di vagabondaggio, tuttavia le ore riservate all'animazione sono limitate al mattino o al pomeriggio e le sale di animazione sono dislocate in modo tale da richiedere l'uso di scale o ascensori per essere raggiunte e caratterizzate da un ambiente accogliente ma non completamente ergonomico. La presenza di bacheche, tavoli, sedie, divanetti, televisione, libri rende potenzialmente rischiose queste stanze, pensando naturalmente ai soggetti che versano in condizioni psico-motorie particolarmente critiche.

Molto sentito e molto difficile da risolvere è anche il problema dell'assistenza. La presenza più massiccia di personale, sia operativo che volontario, potrebbe

garantire un'assistenza più sistematica e individualizzata diminuendo la necessità di ricorrere a vincoli fisici, a favore di una gestione più occupazionale del problema.

## Gli anziani

Nel mese di aprile 2008 gli anziani presenti al "Poggio" sono 52.

Gli anziani sottoposti al vincolo di contenzione sono complessivamente 12 e costituiscono il gruppo sperimentale. All'interno di questo gruppo si possono individuare 3 sottogruppi in base al tipo di contenzione utilizzata: 5 anziani (1 uomo e 4 donne) necessitano di contenzione doppia, cioè vengono vincolati nelle ore notturne attraverso spondine e fasce addominali e durante il giorno attraverso tavolini, pettorine e divaricatori; 6 anziani (donne) necessitano di contenzione solo durante la giornata; 1 anziano (donna) viene contenuto durante il giorno solo in caso di necessità.

Per evitare il rischio di cadute ed eventuali fratture tutti gli anziani sottoposti a contenzione, a prescindere dal tipo di presidio utilizzato, presentano grandi difficoltà di deambulazione.

Il numero di ore durante le quali gli anziani sono vincolati varia nei sottogruppi. È chiaro che nei casi di contenzione doppia l'utilizzo dei presidi contenitivi copre molte ore, essendo necessario sia di giorno che di notte. Molto inferiore è il numero di ore negli altri sottogruppi. L'utilizzo di pettorine, tavolini e divaricatori durante le ore del giorno, quindi i vincoli su sedia, prevedono circa 7 ore di vincolo al giorno. Mentre le contenzioni notturne prevedono un numero totale di circa 12 ore. Il ricorso alla contenzione nei soli casi di bisogno è nettamente inferiore e talvolta è possibile evitare del tutto l'utilizzo dei presidi vincolanti.

Nessun anziano è sottoposto a contenzione farmacologica.

Analizzando più in dettaglio i casi che compongono i 4 sottogruppi si possono individuare chiaramente le condizioni degli anziani sottoposti a contenzione e le situazioni che la rendono necessaria.

Il primo sottogruppo è composto di 5 anziani che presentano gravi difficoltà nella deambulazione e che necessitano del supporto di uno o più operatori per camminare. Soltanto in un caso la deambulazione è più sicura, ma gli episodi di cadute hanno reso necessario il ricorso alla contenzione per tutelare l'anziano da eventuali fratture. La condizione dei 5 casi che necessitano di contenzione doppia è aggravata dal deterioramento cognitivo, che agita questi soggetti e li espone al rischio di tentare di deambulare autonomamente aumentando il pericolo di cadute e lesioni.

Il ricorso alla contenzione rispetta le direttive del protocollo e serve a tutelare la salute dei soggetti e degli altri anziani.

La decisione di adottare presidi di contenzione viene presa dal medico in collaborazione con l'equipe, dopo aver valutato i casi in questione e aver riflettuto su eventuali alternative. I famigliari sono sempre informati sul tipo di contenzione utilizzata, sulle ore di contenzione e sui rischi connessi al suo non utilizzo.

È importante segnalare che spesso sono gli stessi famigliari a richiedere l'uso di vincoli di contenzione perché consapevoli delle condizioni del proprio parente e preoccupati degli eventuali pericoli di cadute e fratture anche se in alcuni casi le famiglie si dimostrano diffidenti verso questo tipo di strumenti. In queste circostanze l'equipe si è preoccupata di coinvolgere i famigliari nel processo di analisi e decisione sul caso, stabilendo con loro un rapporto di collaborazione in modo da comprendere fino in fondo le ragioni di una scelta d'equipe e accettarle più serenamente.

Naturalmente il personale della struttura si impegna a ridurre il più possibile il ricorso alla contenzione anche nei casi più critici. Questo è possibile garantendo assistenza nella deambulazione sia al mattino che al pomeriggio; tutti gli ospiti usufruiscono del trattamento fisioterapico in media 3 volte alla settimana per circa mezz'ora. Inoltre 2 anziani su 5 partecipano quotidianamente alle attività di animazione e possono limitare ulteriormente il ricorso alla contenzione. Il secondo sottogruppo è composto da 6 anziani, che necessitano di contenzione solo nelle ore diurne. Anche i membri di questo gruppo hanno difficoltà nella deambulazione, 1 soggetto non può addirittura camminare a causa di un disturbo fisico che rende impossibile caricare il peso del corpo sulle gambe. L'anziano in questione non deambula, ma partecipa con regolarità alla ginnastica di gruppo e alle attività di animazione, liberandosi per alcune ore della contenzione.

Gli altri membri del sottogruppo sono in grado di camminare, ma necessitano dell'assistenza di uno o più operatori. Anche in questi casi si riduce l'uso delle contenzioni permettendo agli anziani di deambulare accompagnati, trattando gli anziani con la fisioterapia almeno 3 volte a settimana e coinvolgendoli nelle attività di animazione.

L'ultimo sottogruppo è rappresentato da 1 anziano con grave deterioramento cognitivo, che necessita di essere contenuto solo su sedia e solo in caso di necessità. Il ricorso alla contenzione risulta pertanto limitato, considerando anche il trattamento fisioterapico 2/3 volte alla settimana, l'intrattenimento dell'animazione e la compagnia dei famigliari. Il ricorso alla contenzione si riduce quindi ai casi di grande agitazione psico-motoria, che aumentano il rischio di cadute.

## Analisi del problema e risultati

In concreto si è pensato di elaborare un questionario (senza valore statistico) da sottoporre agli operatori all'inizio del progetto come punto di partenza per impostare il lavoro sperimentale. Il questionario è composto di 19 domande a risposta multipla, che vanno ad indagare i seguenti aspetti:

- **Conoscenza del problema e delle procedure da adottare;**
- **Percezione personale del problema;**
- **Ricerca di eventuali alternative per ridurre o eliminare il ricorso alla contenzione.**

Il questionario è stato somministrato a 21 operatori, tra cui 2 Infermieri, la Responsabile delle Attività Assistenziali e 18 Operatori Socio Sanitari. Tutti gli operatori hanno reagito positivamente all'idea di confrontarsi con il problema contenzione mettendosi in gioco in prima persona.

Una riunione esplicativa ha preceduto la compilazione del questionario ed ha permesso di leggere insieme le domande e di capire le corrette modalità di svolgimento. Inoltre si è sottolineata l'importanza del punto di vista degli operatori per affrontare un tema delicato e controverso come il ricorso ai presidi di contenzione e si è fatto appello al senso di responsabilità di ognuno e alla necessità di dare il proprio contributo in un progetto importante e innovativo per la struttura e i suoi anziani. Gli operatori si sono dimostrati disponibili e hanno manifestato interesse verso il lavoro sperimentale in corso. Molti hanno fatto domande, si sono informati sul lavoro svolto e hanno segnalato eventuali proposte o semplicemente espresso commenti e punti di vista.

È stato molto interessante scoprire che il problema contenzioni è reale, percepito e valutato dalla maggior parte degli operatori e, di fatto, è sempre una grande conquista riuscire a trovare il tempo per un reale lavoro di equipe, dove per equipe si intende tutto il personale operativo, che ogni giorno vive con gli anziani e li segue con impegno.

La fase di screening dei risultati ha permesso di ottenere un quadro generale delle conoscenze e delle percezioni, dei pensieri e delle riflessioni del personale operativo sulla questione contenzioni al Poggio.

Il primo aspetto indagato dal questionario riguarda la conoscenza del problema e delle procedure da adottare. La maggior parte degli operatori (18) sostiene di conoscere bene o abbastanza bene il regolamento relativo all'uso delle contenzioni, 2 operatori sostengono di conoscerlo in modo generale e solo 1 risponde vagamente. Tutti gli operatori mostrano di conoscere almeno 5 forme/modalità di contenzione. Alcuni presidi risultano però meno segnalati di altri. Tutti, per esempio, riportano fasce al petto e al torace, sponde e cinture; mentre solo alcuni operatori riportano l'uso del tavolino, del blocco carrozzella e la contenzione farmacologica. Solo un operatore ricorda il divaricatore tra i presidi utilizzati.

Il 90% degli operatori conosce perfettamente le procedure di prescrizione dei vincoli di contenzione e le modalità di comunicazione ai parenti. Tutti gli operatori sanno che le contenzioni vanno prescritte dal medico di struttura e vanno segnalate in consegna. Chiaramente è possibile valutare e rivedere in equipe la condizione di un anziano contenuto, ma solo al medico spetta la decisione definitiva.

La seconda e la terza parte del questionario indagano invece gli aspetti più personali del problema. Le domande sono state pensate per sondare la percezione del problema e il punto di vista degli operatori, che spesso non trovano tempi e spazi per esprimere proprie opinioni e si limitano a svolgere il proprio lavoro seguendo le indicazioni in consegna.

L'impressione generale che si delinea valutando le risposte date è che gli



operatori considerino le contenzioni come un male necessario. Nonostante si possa rilevare la consapevolezza che alcuni presidi possono essere inutili o addirittura dannosi (12 operatori segnalano come dannose le sponde da letto, 6 il blocco carrozzella 4 la contenzione farmacologia) e che nessuno consideri l'uso delle contenzioni come un indicatore della qualità del servizio, tuttavia gli operatori considerano il ricorso ai vincoli di contenzione come una parte del proprio dovere professionale. La grande maggioranza del personale proietta questo punto di vista anche sui famigliari degli anziani contenuti, definendoli dispiaciuti ma consapevoli della necessità del provvedimento.

Dalle risposte date emerge un senso di dispiacere diffuso nell'applicare vincoli di contenzione, ma solo pochi operatori segnalano il desiderio di opporsi e di eliminare l'uso delle contenzioni. Il senso di responsabilità che viene dall'eseguire le direttive in consegna è presente in tutti i questionari compilati, così come l'idea che la contenzione rappresenti un modo per proteggere l'anziano da eventuali pericoli e quindi sia uno strumento utile, pur ledendo la libertà della persona. Di fatto questo punto di vista è comprensibile e si può pensare a una sorta di meccanismo difensivo, che porta a considerare qualcosa di brutto/discutibile (la contenzione) come utile, necessario, indispensabile per il bene degli anziani, ma soprattutto come parte del proprio dovere professionale e indipendente dalla propria volontà personale. Questo pensiero emerge chiaramente stimolando gli operatori a riflettere sui casi di anziani contenuti e comunque molto agitati e potenzialmente in pericolo. Gli operatori riconoscono di aver sperimentato tali situazioni, ma solo 5 sostengono di volere fortemente eliminare i vincoli e lasciare gli anziani liberi, tutti gli altri sostengono la tesi che la contenzione rappresenti comunque il male minore.

Dai questionari emerge un forte senso di responsabilità (dato interessante, dal momento che l'utilizzo di contenzioni è vissuto dai più come l'esecuzione di un ordine in consegna) e coinvolgimento emotivo. Nessuno è contento di utilizzare vincoli di contenzione, quasi tutti si dicono dispiaciuti e non particolarmente soddisfatti, ma è più forte il senso del dovere, la necessità di eseguire le direttive, la necessità di proteggere gli anziani (ottime giustificazioni morali per spostare la vera responsabilità di una scelta complicata su oggetti esterni).

Il fatto che gli operatori vivano il ricorso alle contenzioni come una sorta di obbligo professionale non sorprende, dal momento che non spetta loro decidere se e chi contenere, ma solo di eseguire le indicazioni fornite dal medico. Il dato interessante è che molti operatori lamentano una sorta di disagio nel limitare la libertà degli anziani, un senso di slealtà verso la persona e un coinvolgimento emotivo forte.

Molto interessante è anche l'indagine sulle eventuali alternative pensate. Dai risultati emerge che il personale si divide idealmente in due gruppi. Circa metà degli operatori sostiene di avere pensato spesso a possibili alternative per limitare il ricorso alle contenzioni, mentre l'altra metà non ha mai affrontato la questione. Di fatto la maggior parte degli operatori (14) crede sia possibile limitare il ricorso alle contenzioni e sostiene di avere in mente possibili alterna-

tive, affermando anche che eliminare le contenzioni non comporti rischi troppo alti per gli anziani e il personale. Questo però è un dato che, per il momento, resta un'ipotesi teorica. L'analisi dei questionari ha rivelato infatti alcune incongruenze nel fornire le risposte. Molti operatori, che si sono detti sostenitori della possibile eliminazione delle contenzioni, sono gli stessi che hanno definito il problema come un male necessario e che sostengono di sentirsi più sicuri se gli ospiti a rischio sono contenuti. Anche questo genere di discordanze non stupisce perché il problema è molto controverso e il fatto di desiderare alternative efficaci e di rifletterci sopra non significa eliminare nel quotidiano strumenti, che spesso sono utili e preservano realmente gli anziani da eventuali pericoli.

## Gli interventi realizzati

Alla luce di tutte le riflessioni, discussioni e analisi delle ipotesi è possibile delineare una serie di interventi realizzati al Poggio nei mesi estivi.

La fase di valutazione delle ipotesi rappresenta l'inizio vero e proprio del lavoro sperimentale. Dopo aver considerato i risultati emersi dalla somministrazione dei questionari si è pensato di coinvolgere il personale nel processo di proposta e analisi delle ipotesi di intervento. È stata organizzata una riunione durante la quale tutti gli operatori hanno potuto confrontarsi sui problemi inerenti l'uso delle contenzioni, inoltre è stata possibile un'analisi dei casi più controversi e si è dato spazio ad eventuali proposte di intervento.

Alla luce di tutte le considerazioni sopra esposte l'equipe si è ritrovata per discutere i singoli casi e valutare delle proposte concrete di intervento.

I soggetti che appartengono al primo gruppo, che richiedono cioè un controllo nel movimento sia di giorno che di notte sono fonte di discussione e talvolta di opinioni contrastanti. Considerato il reale pericolo al quale sono costantemente esposti si è pensato di iniziare ad effettuare una serie di valutazioni in situazioni differenti per verificare gli effetti di una diminuzione dell'utilizzo di presidi di contenzione. Il primo provvedimento è stato quello di trasferire tutti gli anziani appartenenti al primo gruppo nelle stanze più vicine alla guardiola e di evitare la contenzione notturna per un periodo di osservazione di 10 giorni. Tale provvedimento ha permesso di avere più facilmente sotto controllo gli anziani a rischio ed ha previsto di tenere accanto al letto la contenzione in modo da poter intervenire in caso di necessità.

Al termine dei 10 giorni di osservazione si è valutato di poter togliere la contenzione notturna a 2 anziani, mantenendo sempre la regola di effettuare controlli ravvicinati e di tenere la contenzione accanto al letto per le situazioni di emergenza.

Per i restanti 3 casi si è ritenuto opportuno mantenere i presidi contenitivi durante la notte. Per uno di questi casi critici si è pensata però una fase di sperimentazione nelle ore del giorno. Nello specifico si è pensato di non contenere l'anziano nelle ore di permanenza in sala da pranzo e nel periodo di

riposo pomeridiano. Tale provvedimento si è rivelato produttivo ed efficace ma non definitivo, è infatti necessario valutare lo stato di agitazione psico-motoria dell'anziano e decidere di giorno in giorno la soluzione migliore per garantire il benessere della persona nel rispetto della sua libertà.

Durante questa fase di elaborazione di idee e discussione di ipotesi sono state pensate le alternative più adeguate e realizzabili per intervenire in modo concreto sulla situazione esistente e provare a ridurre al minimo il ricorso alla contenzione.

Fra le proposte ci sono l'utilizzo di mutande speciali con imbottitura trocanterica, pensate per coloro che sono in grado di camminare ma che rischiano di cadere e di provocarsi fratture. Per tali anziani è ipotizzabile anche un incremento delle ore di fisioterapia per potenziare i muscoli e rendere la deambulazione più sicura.

Una ulteriore alternativa potrebbe essere l'uso di sedie basse e inclinate, che scoraggino gli anziani meno sicuri a provare ad alzarsi da soli. In questi casi il pericolo è di cadere anche solo nel tentativo di camminare, quindi si interviene sulla seduta dell'anziano rendendo più duro lo sforzo per mettersi in posizione eretta.

Già menzionato il provvedimento di trasferire gli anziani più agitati e a rischio nelle stanze vicine alla guardiola per avere un maggiore controllo della situazione soprattutto di notte.

Indossare il caschetto protettivo potrebbe essere una ulteriore possibilità soprattutto per coloro che camminano ma rischiano di cadere e di ferirsi gravemente, in particolare per evitare traumi cerebrali. L'utilizzo di tale presidio è stato però oggetto di discussione da parte degli operatori, che hanno segnalato all'equipe il dubbio che l'anziano possa essere deriso o sentirsi a disagio. Tale possibilità rimane comunque tra le alternative, tenendo però presente una particolare attenzione alle conseguenze emotive e comportamentali in caso di utilizzo.

Infine è stata pensata anche una possibilità di intervento di carattere occupazionale, creando per esempio uno spazio specifico all'interno della struttura. Tale spazio deve essere realizzato ad hoc per anziani a rischio, quindi non deve presentare pericoli ed ostacoli e deve prevedere un operatore predisposto all'assistenza. L'idea principale è quella di trasformare una sala di ricreazione in uno spazio protetto gestito dall'animatrice, all'interno del quale tutti gli anziani possano seguire le attività di animazione senza dover ricorrere all'uso di presidi di contenzione poiché i rischi sono limitati al minimo.

Fra gli anziani del primo gruppo sono stati scelti 2 casi da trattare. Si tratta di donne fortemente compromesse dal punto di vista cognitivo e per le quali sono stati pensati due interventi differenti. Il caso più complesso, anziano con grandissime difficoltà di deambulazione e pressoché totale incapacità di ragionamento e valutazione degli stimoli ambientali, è stato trattato eliminando la contenzione notturna. L'anziana è stata trasferita in una stanza accanto alla guardiola e questo permette un controllo costante durante la notte. Non vengono più utilizzate

cinture e fasce nelle ore notturne, si alzano solo le sponde per evitare le cadute dal letto. Purtroppo non è stato possibile eliminare la contenzione nelle ore del giorno, poiché sarebbe necessario un controllo costante dell'anziana in ogni momento e una vigilanza di questo tipo comporterebbe la necessità di avere un operatore a completa disposizione e questo, attualmente, non è fattibile.

Il secondo caso invece si è rivelato un vero e proprio successo. L'anziana in questione ora non viene contenuta né di giorno né di notte. Ovviamente il provvedimento prevede una serie di accorgimenti. L'anziana è stata trasferita in una stanza accanto alla guardiola per potenziare il controllo, soprattutto nelle ore notturne. Per prevenire rischi di eventuali fratture indossa abitualmente speciali mutande trocanteriche, realizzate appositamente per il progetto in corso. Si tratta di pantaloncini fatti di stoffa elasticizzata, sui quali sono state ricavate tasche imbottite di gomma piuma per proteggere il trocantere. L'anziana ora è libera di muoversi come crede e, per evitare che deambuli troppo mettendosi in pericolo, viene coinvolta in piccole attività quotidiane come piegare le bavaglie, sistemare i tavoli in sala da pranzo, disporre i tovaglioli, che la rendono attiva e permettono agli operatori di averla sempre sotto controllo. In questo caso l'eliminazione dei vincoli di contenzione si è rivelato un provvedimento efficace e produttivo. Sono infatti meno frequenti gli episodi di agitazione psico-motoria ed è evidente un miglioramento della qualità della vita dell'anziana e del livello di soddisfazione personale.

Le anziane del secondo gruppo, contenute solo nelle ore diurne, sono state valutate in base alla capacità di deambulare autonomamente.

Un'anziana, affetta da un disturbo fisico che le impedisce di reggersi in piedi, viene scontenuta durante le ore di animazione. È infatti necessario che qualcuno controlli che non cerchi di alzarsi ed è più semplice durante le ore di attività e di ginnastica di gruppo.

2 casi sono stati trattati utilizzando le mutande trocanteriche e permettendo quindi l'eliminazione totale delle contenzioni su sedia.

Per 2 casi gli interventi si sono rivolti alle sedute, cercando di posizionare l'anziana in modo da rendere più difficile l'esecuzione di movimenti pericolosi. In un caso l'anziana, prima in carrozzina, è stata seduta su una poltrona bassa, appoggiata contro il muro e scontenuta. Nell'altro caso si è pensato di avvalersi dell'uso del tavolino, un presidio di contenzione meno rigido e che consente di dedicarsi alla lettura o a piccole attività manuali, senza risentire troppo della limitazione della libertà di movimento.

Il terzo gruppo, costituito da 1 anziano, è stato trattato coinvolgendo i famigliari. La pronta collaborazione della figlia ha consentito di scontenere l'anziano nelle ore del mattino e spesso anche al pomeriggio. La collaborazione dei famigliari è un aiuto prezioso e utile ed è un vero peccato che pochi anziani ne possano godere appieno.

Tutti gli anziani hanno potuto godere dello spazio ricavato ad hoc per ridurre l'utilizzo dei vincoli di contenzione. La sala comune è stata trasformata in un accogliente salottino fornito di poltrone, televisione, videoregistratore, tavoli e

sedie. L'arredamento, così come la scelta di decorare l'ambiente con piante e creazioni del gruppo di animazione hanno contribuito a creare un ambiente sicuro e ricco, all'interno del quale poter svolgere attività di gruppo o individuali in compagnia dell'animatrice senza la necessità di ricorrere all'uso dei presidi di contenzione.

## Conclusioni

Al termine del lavoro sperimentale si possono fare alcune considerazioni sul lavoro e sui costi/benefici che ha prodotto.

Sicuramente l'impostazione del disegno sperimentale e la valutazione e discussione delle ipotesi hanno costituito un momento di aggregazione molto importante per gli operatori, che hanno dato un forte contributo alla realizzazione del lavoro, sia nella fase di stesura teorica sia nella realizzazione pratica degli interventi.

Con il progetto sulle contenzioni "Il Poggio" ha certamente migliorato la qualità del servizio assistenziale, introducendo sistemi alternativi e attuando provvedimenti, che hanno concretamente permesso di ridurre l'utilizzo dei presidi di contenzione sulla maggior parte degli anziani a rischio.

L'implementazione effettiva delle proposte di intervento ha avuto un costo sul personale, rendendo necessario un monitoraggio più attento e scrupoloso dei casi più ostici, ma la soddisfazione di poter migliorare la qualità della vita degli anziani ha reso accettabile lo sforzo e ha contribuito a rendere gli operatori più responsabili e sensibili al problema.





# premesse progettuale

## *premesse progettuale*

**Roberta Borsari**

*Responsabile Tecnico di Produzione*

*Area Veneto*

Nella nostra ricerca si è evidenziato che si ricorre alla contenzione anche per la gestione dei problemi di comportamento delle persone dementi o affette

da disturbi del comportamento. Fino a non molto tempo fa si ritenevano i problemi di comportamento sintomi della malattia di Alzheimer e della demenza. Come tali essi sono stati vissuti come inevitabili. L'operatore nulla poteva verso questo manifestarsi della malattia. In assenza di farmaci curativi si è ritenuto che l'approccio non potesse che essere sintetizzato in una maggiore contenzione farmacologica e nella contenzione fisica.

Solo un diverso modo di leggere i problemi di comportamento e nel contempo la scoperta "dell'insight del demente" può portare a modelli operativi nuovi.

Un modo utile per descrivere le difficoltà comportamentali è riconoscere che la causa del comportamento spesso esiste al di fuori dell'ospite, per esempio in un ambiente che non supporta; descrivere i sintomi comportamentali come riflessi di un bisogno non soddisfatto o non riconosciuto e/o una reazione a degli agenti stressanti presenti nell'ambiente.

Letto così il problema di comportamento diviene modificabile con l'intervento di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza, con l'aiuto della famiglia, con interventi sull'ambiente.

Così il problema di comportamento è gestibile attraverso:

- la conoscenza della storia della persona per definire un modello assistenziale che rispetti le sue abitudini;
- un ambiente idoneo che permetta la libertà nella sicurezza;
- la formazione permanente degli operatori per migliorare la capacità di relazione verso le persone affette da demenza e le loro famiglie;
- diventare capaci di cogliere i segni del dolore fisico. Spesso la persona affetta da demenza cerca di farci comprendere il suo disagio attraverso un aumento dei suoi problemi di comportamento. Formare gli operatori ad osservare e rilevare questi comportamenti è di fondamentale importanza;
- promuovere attività continue durante il giorno che possano trarre memoria nella vita passata della persona.

Probabilmente il giorno in cui saremo diventati capaci di ampliare le nostre conoscenze sulla demenza, di rendere flessibili i modelli organizzativi, di coinvolgere gli operatori e dare loro sostegno e sempre maggiori competenze, accogliere le famiglie e decidere insieme il progetto di assistenza individualizzata, progettare spazi terapeutici... beh, quel giorno la contenzione fisica e farmacologica non sarà più un problema.

Anche a Villa Tamerici ci stiamo lavorando e i risultati del lavoro sono già visibili dagli esiti della ricerca.

progetto

# Conoscenza e condivisione: due antidoti alla contenzione.

a cura di: **Elena Bonandini** - *Coordinatrice / Responsabile di Struttura*

Casa Protetta  
“Villa Tamerici”  
Porto Viro (RO)

## Introduzione

L'assegnazione della ricerca sulla contenzione è stata per noi il pungolo forte per una riflessione e un'analisi sull'uso che della contenzione si fa e della necessità di fermarsi, ogni tanto, a pensare come alcune pratiche del nostro lavoro, che nella quotidianità ci possono apparire ovvie ed assodate, vadano in realtà messe in discussione e rese oggetto di un accurato esame. Questa osservazione pensata e mirata, su alcune azioni del nostro lavoro, e, gli effetti che queste generano sulla qualità di vita dei nostri anziani, dovrebbe essere il momento che ci diamo per l'autocritica, che ci consente di fare, nel corso del tempo, i passi indispensabili per migliorare ogni volta un po' il nostro servizio.

## La struttura

La Casa Protetta “Villa Tamerici” si trova a Porto Viro, cittadina dentro l'area geografica del Parco del Delta del Po, nel centro del basso Polesine, zona che è a due metri sotto il livello del mare, ed è attraversata appunto dal fiume Po. L'ingresso principale è situato a nord su una delle principali strade d'accesso alla città, che la collega alla Strada Statale Romea, un'arteria di grande traffico extraurbano. Alla struttura vi si accede attraverso un cancelletto pedonale con apertura ad orari mediante un codice numerico, e attraverso un cancello carrai con apertura elettrica. Vi è poi un terzo accesso con apertura manuale attraverso una chiave, per il personale di servizio della cucina e della lavanderia. I lati est ed ovest confinano con abitazioni private, mentre nel lato sud vi è un'ulteriore entrata utilizzata dal personale, chiusa con un gancio ed una catena con moschettone, per impedire alle persone non lucide di riuscire ad aprirlo, ed immette su una strada arginale che conduce alle sponde del fiume Po.

La nostra struttura ha la forma di un ventaglio con un vano scale centrale e due ali (nord e sud). Si sviluppa su quattro piani: al piano terra vi sono i locali e le sale per le attività diurne mentre ai piani superiori vi sono le stanze con le rispettive salette di uso comune. Qualche anno fa la struttura è stata ampliata con nuovo edificio che sorge di fronte a Villa Tamerici denominato “Il Gabbiano”, collegato ad essa attraverso un corridoio coperto. Il nuovo nucleo si sviluppa su tre piani, di cui solo il piano terra è dedicato alla cura degli anziani, mentre il primo e il secondo piano sono a disposizione dei disabili adulti. Compreso tra le due costruzioni vi è un giardino con gazebo che si sviluppa anche attorno agli edifici, per cui in passato sono stati posizionati due cancelletti per delimitare la zona relativa all'accesso sul lato sud dove si trova anche un piccolo parcheggio per il personale. Tale zona è ora accessibile solo passando attraverso il corridoio di collegamento delle strutture.

L'edificio principale è dotato sia di scale antincendio esterne, collegate ad ogni piano alle estremità delle due ali, che di scale interne aperte senza barriera alcuna. La mancanza di un qualsiasi sistema di limitazione per l'accesso alle

scale interne, essendo una via di esodo prevista dal piano di emergenza ed evacuazione autorizzato dai Vigili del Fuoco, rende assai pericoloso il sostare o il deambulare presso tali scale da parte degli anziani che camminano autonomamente od usano la carrozzina per spostarsi, ma che sono disorientati, confusi e/o poco stabili, e rischiano, come è accaduto, di rotolare giù dalle scale. Una sorveglianza costante ed ininterrotta non si riesce a garantire, non è possibile infatti nell'ambito dello svolgimento del piano di lavoro il controllo di ogni singola persona in ogni istante della giornata, pertanto in alcuni casi si è resa necessaria la pratica della contenzione al fine di tutelare l'incolumità di questo tipo di pazienti. L'accoglienza di persone con capacità cognitive sempre più compromesse (demenze senili, morbo di Alzheimer, ecc.)

con i relativi problemi di vagabondaggio, disorientamento, rischi di fuga, non percezione dei pericoli, aggravati talora da turbe dell'equilibrio, ci hanno portato spesso a trovare come unica soluzione l'uso di contenzioni meccaniche.

L'uso di contenzioni farmacologiche è invece molto meno praticato nella nostra struttura, cosa ampiamente testimoniata dalle statistiche annuali redatte dal medico coordinatore dell'ASL sull'uso di tali rimedi, questo per via di scelte di ordine medico che tengono conto degli effetti collaterali oltre che dell'assunzione contemporanea di più farmaci alla volta, per cui vi è un ricorso maggiore all'uso di quelle meccaniche, ritenute "meno dannose" e più tollerabili, dato anche questo emerso dalle statistiche annuali di cui si è detto sopra. Purtroppo tali dati hanno evidenziato uno spropositato uso di contenzioni meccaniche, pratica assistenziale che non depone certo a favore di una assistenza corretta ed adeguata.

Proprio questi dati negativi e la relativa critica ricevuta, sono stati lo spunto per una nostra prima riflessione interna, dalla quale è scaturita la volontà di poter avviare in qualche modo a questo problema, non potendo permetterci di rimanere indifferenti. Per questo nell'ambito della nostra ricerca compariranno anche dati relativi a febbraio 2008, cioè precedenti all'assegnazione da parte della Cooperativa di codesto lavoro, proprio perché i primi cambiamenti nel "modus operandi" sono avvenuti in questo periodo ed in seguito a tali considerazioni.

## Gli anziani

### La nostra situazione da Febbraio a Marzo 2008: preludio di una ricerca

Gli anziani presenti all'interno della nostra struttura a pieno regime sono 98. A fronte di tale numero, nel mese di Febbraio, le contenzioni totali erano 125, di cui 67 spondine a letto, ne rimanevano quindi 58 meccaniche fra cinture, corsetti, pelviche, tavolini, ecc. A volte ad un solo anziano veniva applicato più di un presidio, per cui il numero di contenzioni non corrisponde allo stesso numero di anziani contenuti (vedi - *allegato 1 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD

accluso).

Di fronte alle critiche precedentemente illustrate, già nel corso della nostra equipe mensile di gennaio, e in quella seguente di febbraio, è stato introdotto nell'ordine del giorno l'uso e l'abuso delle contenzioni nella nostra struttura (vedi - *allegati 2 e 3 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso).

A tale scopo in un successivo incontro informale tra Fisioterapista, Responsabile delle Attività Assistenziali e Infermieri, è stata fatta una sommaria valutazione e verifica dei soggetti coinvolti in tale cattiva pratica, che ha portato da subito, previa conferma da parte dei medici, ad una importante riduzione dell'utilizzo dei sistemi contenitivi, cosa che emergerà dall'analisi complessiva dei dati prodotti ed illustrati nel prosieguo della ricerca.

Quindi la fotografia della nostra situazione ai primi di marzo risente degli interventi sopra menzionati ed appare meno grigia di come si presentasse agli inizi delle nostre riflessioni.

La situazione era dunque la seguente: le contenzioni utilizzate all'inizio del mese erano 101. Riportiamo tale quantità, discordante con quanto riportato nei report di fine mese, dove risultavano essere 86, poiché vi è stata questa significativa riduzione di numero susseguente all'equipe del mese, nella quale si è creato il gruppo di lavoro per la ricerca e si sono individuate le prime ipotesi di intervento.

Relativamente a quanto riportato nei report si ottiene che le spondine a letto erano 53, i tavolini posturali erano 3, gli anziani senza alcuna contenzione erano 33, per cui gli anziani che utilizzavano una o più contenzioni erano 65.

Questi sono i dati con i quali abbiamo iniziato la nostra ricerca (vedi - *allegato 4 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso).

## Le fasi della nostra ricerca

### Formazione del gruppo di lavoro

Il nostro primo passo, per la ricerca, è stato quello di formare il gruppo di lavoro, come indicato dalla traccia fornitaci, e oltre alle figure professionali prestabilite si è offerta volontaria un'operatrice. Una volta reclutate le figure componenti il gruppo di lavoro ci siamo incontrati per una prima analisi del "problema contenzione" nella nostra struttura, nella quale è emerso che uno dei principali problemi era costituito dalla cattiva abitudine di contenere le persone senza porci alcuna domanda al riguardo, essendo questa pratica col tempo divenuta talmente consuetudinaria da renderci noncuranti delle conseguenze che comporta.

Pertanto si è cercato di capire come fare per iniziare a sensibilizzare il personale, al fine di destare l'attenzione su questa deplorabile consuetudine.

Si è poi cercato di individuare strumenti e risorse per capire come improntare la ricerca in maniera concreta e fattibile, considerando il fatto che una buona parte del lavoro di osservazione era in capo agli operatori in turno. Sono state

così predisposte le prime schede di raccolta dati per le osservazioni notturne (vedi - *allegato 5 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso) e diurne (vedi - *allegato 6 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso) adottando i moduli già in uso o creandone di appositi.

Le dispense consegnate quale materiale per la ricerca e le nostre esperienze professionali ci hanno indicato quali potevano essere le strategie e le attività occupazionali da poter adottare per impegnare gli anziani e distoglierli da quelle azioni non volitive che mettevano a repentaglio la propria o l'altrui sicurezza, cosa che è stata, come vedremo in seguito, sviluppata e migliorata grazie anche allo studio dell'analisi diurna sugli anziani.

Abbiamo poi proseguito visionando i dati già in nostro possesso per individuare gli anziani per i quali la contenzione appariva inadeguata: la valutazione fatta in prima istanza, con in mano solamente l'elenco degli anziani contenuti, del tipo di contenzione e della durata giornaliera della stessa (vedi - *allegato 7 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso), ci ha permesso di ragionare, di scambiarsi informazioni, ciascuno naturalmente per il proprio ruolo, e di decidere, seduta stante, non solo la possibilità di togliere la contenzione valutandone le modalità, ma addirittura l'inutilità della stessa; per es. anziani che da anni usavano la carrozzina con il divaricatore, e il motivo per cui era stato prescritto era da tempo venuto meno, ma purtroppo l'abitudine e il non fermarsi mai a riflettere avevano consolidato la cattiva pratica.

Le stesse spondine sono state tolte ad alcuni anziani, considerando semplicemente il fatto che il recupero di talune autonomie dal momento dell'ingresso, ha reso l'anziano a letto sicuro senza l'uso di qualsivoglia contenimento.

Inoltre di fronte ad un rischio quasi costante, per alcuni anziani, di rotolare giù dalle scale stando o spostandosi nell'area dei pianerottoli, problema illustrato in precedenza descrivendo l'architettura dell'edificio, si è deciso di fare alcuni trasferimenti al piano terra dell'ala nuova "Il Gabbiano", in modo da eliminare i rischi e diminuire gli eventuali danni provocati da una caduta.

Per quanto esposto e valutato già dal primo incontro sono state eliminate a tavolino "sic et simpliciter" 12 contenzioni ad altrettanti anziani.

### Sensibilizzazione del personale

Il tema della nostra ricerca è stato illustrato al personale nel collettivo di aprile, durante il quale si sono spiegati gli scopi di questo progetto, l'importanza del problema contenzione e la condivisione dello stesso con tutti gli operatori, e si è data la possibilità a ciascuno di fare riflessioni e proposte, per iniziare e procedere nel lavoro, partecipando attivamente.

Il convegno tenutosi a Reggio Emilia il 14 maggio, al quale abbiamo partecipato come gruppo di lavoro, ci ha dato preziose indicazioni e ci ha caricati di quell'entusiasmo che ci ha consentito di coinvolgere gli operatori, tant'è che le stesse consegne (quelle dalle 13.15 alle 14.00) sono state l'occasione quotidiana per discutere di contenzione e degli anziani ai quali è applicata, anzi proprio in questi momenti gli operatori sono stati fucina di idee che si sono tradotte in

tentativi che qualche volta hanno dato buoni risultati.

Il 5 giugno, poi, è stata organizzata per tutto il personale una giornata informativa, nella quale è stato presentato il problema sull'uso e abuso della contenzione e le alternative pratiche a questo presidio in relazione alle varie tipologie di anziano e problematiche connesse alla sua gestione.

La riunione è stata preparata dal fisioterapista, sulla base di quanto appreso al convegno, di quanto estrapolato dalle dispense che ci sono state consegnate, e con la collaborazione della psicologa. Sono state create dunque delle diapositive in power point che hanno illustrato in maniera semplice e comprensibile i concetti, le regole, i rischi, le ripercussioni, le alternative riguardo la contenzione. Per la prima volta alcuni operatori hanno palesemente manifestato il disagio che provano quando stanno per contenere la persona, ("legare" usando le loro parole) e alcuni hanno espresso il senso di impotenza di fronte alla necessità di contenere (es. anziano con i polsini per permettere di fare la terapia infusiva per chi si strappa la flebo).

La giornata informativa ha avuto il pregio di rendere il personale consapevole e partecipe del problema, rendendolo parte integrante del progetto.

È stato poi redatto un questionario (vedi - *allegato 8 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso) volto a sondare le conoscenze del personale e valutare la comprensione della giornata formativa. È stato consegnato a tutte le figure professionali ed anche ai medici. Il questionario, che rimaneva anonimo, doveva essere compilato in orario di lavoro e/o durante le consegne. È emerso che tutto il personale conosce i presidi (ma non il loro corretto utilizzo e la procedura prevista per l'applicazione) e considera appropriato il modo in cui vengono gestiti all'interno della struttura ritenendoli necessari in certe situazioni. Molti hanno dato suggerimenti e si sono dimostrati sensibili al problema, indipendentemente dalla partecipazione alla giornata formativa. Chi era presente all'incontro del 5 giugno ha potuto approfondire le proprie conoscenze di base e dare risposte mirate. Una piccola parte si è mostrata invece indifferente alla compilazione del questionario dando risposte sommarie.

### Osservazione sugli anziani e interventi realizzati

Esse sono state suddivise in due momenti: una analisi notturna e una diurna. L'analisi notturna aveva come obiettivo primario l'eliminazione delle spondine, in un primo momento solo per una serie di anziani individuati dall'equipe di lavoro, scelti sulla base delle informazioni raccolte dalle consegne individuali e generali. Come sistema di rilevazione per la raccolta dei dati è stato adottato semplicemente il modulo di osservazione presente nelle procedure aziendali Mod. A SA 4.87 (vedi - *allegato 5 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso), nel quale venivano riportati dagli operatori libere annotazioni sul comportamento notturno dell'anziano. Non in tutti i casi, con tale metodo, la raccolta dei dati è stata esaustiva per gli obiettivi preposti, poiché essendo le osservazioni "libere", non è stato possibile raggiungere una uniformità di giudizio tale da permettere l'eliminazione delle contenzioni notturne per certi anziani: infatti

venivano a volte riportati aspetti poco importanti o secondari, e omessi altri molto più interessanti per il nostro scopo. Ciò nonostante, una volta riassunte le annotazioni per ogni soggetto nel modulo Mod. A SA 4.86 (vedi - *allegato 9 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso), già con il primo ciclo di osservazioni notturne si sono potuti cogliere i primi frutti della nostra ricerca, potendo fornire ai medici curanti le sintesi di quanto riportato nelle schede, con i primi interessanti argomenti di discussione.

Infatti si sono potute togliere 4 contenzioni notturne (spondine) ad altrettanti anziani, mentre altri 3 anziani hanno preferito non rinunciare a tale presidio anzi su loro richiesta è stato ripristinato.

I punti critici del primo elaborato sono stati quindi:

- la variabilità di giudizio dovuta alla relativa libertà di osservazione da parte dell'operatore;
- il dispendio di tempo necessario alla stesura quotidiana di tali rilevazioni;
- l'arbitrarietà nella scelta, seppur ponderata, degli anziani osservati;
- la specificità in certi casi delle osservazioni;
- in altri casi la mancanza dell'evoluzione temporale, nell'arco dell'intera notte, delle posture e atteggiamenti degli anziani.

Per ovviare alle problematiche emerse con il primo ciclo, il fisioterapista ha elaborato ex novo una scheda di raccolta dati che potesse velocizzarne la compilazione, permettendo di raccogliere dati per tutti gli utenti contenuti, rendere più oggettiva possibile l'osservazione, focalizzando l'attenzione sugli aspetti più importanti e specifici, dettandone i tempi (1° e 3° giro di controllo) e uniformando così i dati raccolti. In tale maniera ha preso forma il modulo denominato "osservazione notturna anziani" (vedi - *allegato 10 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso), usato per il successivo ciclo di rilevazioni.

Una volta terminata la raccolta delle schede di osservazione notturna degli anziani è stata compilata una scheda riassuntiva nella quale si sono riportate le posture più frequenti, le modalità e il numero degli spostamenti, e le posizioni particolari assunte da ogni persona esaminata, al fine di poter fornire ai medici curanti uno strumento di valutazione per stabilire "l'idoneità" oppure l'eliminazione delle contenzioni adottate (vedi - *allegato 11 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso).

A questo punto la decisione spettava ai medici curanti ai quali sono stati consegnati i documenti prodotti: il medico membro del gruppo di lavoro dopo aver preso atto del lavoro svolto ha deciso di sospendere alcuni presidi, mentre secondo gli altri medici le misure adottate non avevano bisogno di alcuna modifica, a prescindere dai dati forniti.

C'è da sottolineare che alcuni anziani non hanno voluto che fossero tolte loro le spondine notturne, chi adducendo motivi personali manifestando la sicurezza fornita da tali ausili, chi per motivi pratici dal momento che c'è chi le utilizza facendone presa per cambiare meglio posizione nel letto. Quindi nel rispetto della loro volontà si è scelto, per queste persone, di mantenere le spondine alzate. L'analisi diurna aveva come obiettivo quello di osservare la qualità della

deambulazione degli anziani che venivano contenuti per problemi connessi al rischio caduta. A questo proposito prendendo spunto dal Tinetti Test è stata costruita una "guida all'osservazione deambulazione anziani" (vedi - *allegato 6 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso) che comprendeva una serie di domande a risposta chiusa riguardanti aspetti tecnici dello schema del passo e del passaggio dalla stazione eretta a quella seduta. In considerazione del fatto che, oltre a problemi di equilibrio, gli anziani contenuti osservati avevano anche problemi comportamentali e di orientamento spaziale, la guida è stata arricchita con qualche osservazione riguardante l'atteggiamento dell'anziano nel momento in cui la contenzione viene tolta (vedi - *allegato 12 - cartella Villa Tamerici* - nel DVD accluso). In questo modo la valutazione ha preso in considerazione i rischi non solo legati al camminare, ma anche quelli relativi al comportamento.

Sono così emersi aspetti già in parte noti relativi al rischio di cadute, al vagabondaggio, all'aggressività, ma registrando il tutto sulle apposite schede si sono ottenuti i mezzi per oggettivare tali situazioni.

Abbiamo deciso in equipe di osservare 7 anziani affetti da demenza senile tipo Alzheimer o da Alzheimer conclamato, con turbe comportamentali, vagabondaggio e deficit deambulatorio e dell'equilibrio. (Tabella n. 1)

TABELLA N.1	NOME	ETÀ	TINETTI TEST	* Anziani deceduti durante il periodo di osservazione
	C.E.*	91	00	
	D.G.**	76	01	** Anziani allettati per aggravamento delle condizioni di salute durante il periodo di osservazione
	G.A.	89	08	
	G.S.*	80	26	
	M.M.**	87	16 (0**)	
	P.F.	86	10	
	T.N.	76	13	

Dall'analisi delle osservazioni si è potuto dedurre quali erano i comportamenti più a rischio, quali le tendenze negli spostamenti e negli atteggiamenti degli anziani osservati, oltre a fornire nuove idee sulle terapie occupazionali più adatte ad ogni persona: per esempio in un caso si è provato all'inizio con dei gomitoli di lana da srotolare e arrotolare, ma in seguito al ritrovamento di alcuni frammenti tra i denti si è provato con della frutta e della verdura, in modo da ottenere oltre all'occupazione dell'anziano nell'attività di sbucciare anche un'idratazione e un'assunzione di vitamine maggiore, opzione che ha dato buoni risultati, con un apparente miglioramento anche dello stato di salute.

In un secondo caso, prendendo spunto dall'anamnesi personale remota - l'anziano faceva il meccanico - si è pensato di occuparlo fornendogli una cassetta



per attrezzi da bimbi, riuscendo così a distrarlo per un po' dalla sua principale attività quotidiana: denudarsi e strapparsi il catetere vescicale. D'altra parte la stessa soluzione per un secondo anziano con una situazione simile, di professione faceva il falegname, non ha avuto alcun effetto, e non si è riusciti a distrarlo in nessun altro modo per via della sua importante agitazione psicomotoria, in quanto la sua unica attività consiste in un continuo trascinarsi con la poltrona nel tentativo di alzarsi, cosa assai pericolosa in quanto non in grado di rimanere in stazione eretta. La soluzione adottata non è potuta che essere quella di contenere l'anziano sulla poltrona e aumentare i cicli e i tempi della deambulazione assistita.

Con un'altra anziana si è proceduto in questa maniera: essendo molto agitata e aggressiva la si era spostata durante il giorno nella propria camera per evitare che provocasse danni a terzi, ma continuava ad essere agitata e a danneggiare qualsiasi cosa avesse a portata di mano, tavolo compreso. Si è tentato di calmarla facendo leva sull'istinto materno, facendogli accudire un bambolotto, e in un primo momento è sembrato funzionare. Purtroppo però la malattia non ha permesso di sfruttare tali caratteristiche: il bambolotto è stato in breve tempo smembrato e ci sono stati anche tentativi di ingestione, per cui l'esperimento è fallito. Dunque si è riportata l'anziana nella sala comune cambiandola di posto e mettendola davanti alla TV; ci si è accorti infatti che la visione delle immagini distraendola la rendeva più calma e meno aggressiva. L'anziano è tuttora contenuta, ma è molto meno agitata, con sollievo degli altri anziani, ma soprattutto dell'anziano stesso.

Dall'osservazione del comportamento in un altro caso, si è riusciti a trovare un'attività occupazionale che impegnava l'anziano a tal punto da potergli togliere la contenzione per lunghi periodi anche senza il controllo diretto degli operatori: si era notato infatti che questa persona continuava a scusire le cerniere dei vestiti che indossava, per cui una volta fornita di scampoli colorati con cerniere o con molte cuciture era impegnata per gran parte della giornata. Per altre persone invece si è potuta rilevare la componente aggressiva della demenza, la quale preclude i rapporti sociali essendo sempre a rischio l'incolumità della gente vicina, oppure la pericolosità degli ambienti che alcuni sono soliti frequentare durante i propri vagabondaggi. Per tutti gli anziani selezionati è stata intensificata l'attività di deambulazione assistita, sfruttando tutte le risorse disponibili, dagli operatori ai parenti ai fisioterapisti ecc...

Non è stato purtroppo possibile rimuovere in via definitiva l'uso della contenzione per gli anziani in valutazione, per via degli enormi rischi che corrono se sono lasciati liberi di muoversi e di agire, in quanto a rischio caduta ad ogni tentativo di alzarsi dalla sedia, ma grazie alle osservazioni fatte si sono potuti meglio comprendere i fattori di rischio, le precauzioni da prendere, le strategie alternative, in maniera tale da diminuire sensibilmente nell'arco della giornata le ore in cui l'anziano veniva contenuto.

Pertanto anche se non vi è stata una risoluzione definitiva del problema, si è potuta in ogni modo migliorare la qualità della vita degli anziani interessati dalla nostra ricerca, sia dal punto di vista fisico che psichico.

## Risultati

Dopo quanto fatto, possiamo ora analizzare i risultati ottenuti prendendo come punto di riferimento i report di agosto (vedi - allegato 13 - cartella Villa Tamerici - nel DVD accluso): gli anziani presenti in struttura sono 98, le contenzioni utilizzate 75, di cui 46 spondine a letto. Inoltre 26 anziani hanno solo le spondine, 21 anziani hanno più di una contenzione. Gli anziani senza nessuna contenzione sono 44, per cui gli anziani che utilizzano una o più contenzioni sono 54.

Da marzo ad agosto la nostra struttura a parità di anziani (98) ha diminuito l'uso delle contenzioni sia per quanto riguarda il numero di persone soggette a tale pratica, sia per quanto riguarda la quantità totale di ausili utilizzati. Confrontando i dati dei report di marzo ed agosto si nota una differenza nel numero totale di contenzioni di 11 unità.

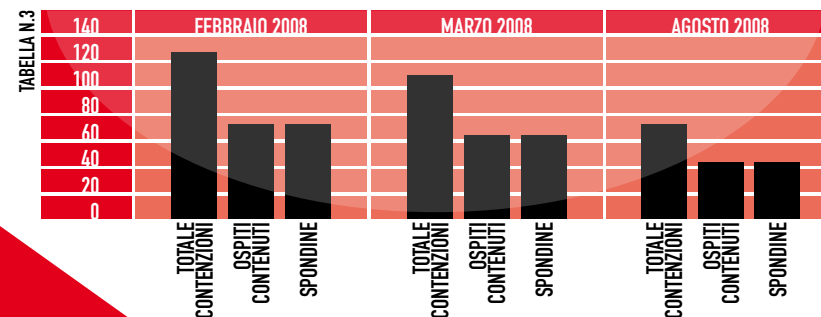
Se andiamo a vedere quelli di Marzo reali (cioè relativi all'inizio di marzo, prima dell'inizio dei report) confrontati con quelli di agosto, abbiamo una differenza nel numero di contenzioni di 26 unità! Gli anziani contenuti sono passati dai 64 di marzo ai 54 di agosto, con una diminuzione di 10 persone che ora sono libere da ogni vincolo. Gli anziani che non utilizzano alcuna contenzione sono passati di conseguenza da 34 a 44 unità.

Se vogliamo poi vedere i dati relativi a febbraio (periodo in cui già ci si stava iniziando a porre il problema "contenzione" rendendoci conto dell'esistenza di una questione che andava analizzata più approfonditamente), si può notare che la differenza nel numero totale di contenzioni utilizzate nella struttura è di ben 50 unità, essendo passati dalle 125 nel report di febbraio alle 75 di agosto.

Le seguenti tabelle (Tabella n.2 e n.3) riassumono in maniera chiara ed esaustiva i risultati apportati dai cambiamenti messi in atto nel modo di utilizzare le contenzioni.

**TABELLA N.2**

MESI	N° TOTALE ANZIANI	N° TOTALE CONTENZIONI	N° ANZIANI CONTENUTI	N° ANZIANI NON CONTENUTI	SPONDINE A LETTO	ANZIANI CON PIÙ DI UNA CONTENZIONE
FEBBRAIO	98	125	67	31	67	
MARZO	98	101 (86 SUL REPORT)	64	34	64	21
AGOSTO	98	75	47	51	47	21
TROTALE N° (%)	=	-50 (-40%)	-20 (-31,5%)	+20	-20 (-31,5%)	=



## Conclusioni

La nostra ricerca, che qualche risultato lo ha dato, non ha e non avrà senso alcuno se non si traduce in un'attenzione viva e critica ogni qualvolta si presenta la questione contenzione per le persone, aver fatto una ricerca, che, va da sé, procede per tentativi ed errori, ci ha insegnato una strada che va percorsa senza deviazioni pur presentandosi a volte tortuosa. Mettere una contenzione, seppur nel rispetto della procedura prevista, non deve e non può più essere un atto assistenziale come un altro, ed il cambiamento culturale in questo senso non è per niente semplice e quindi non ancora vicino. Il monitoraggio dell'anziano, con gli strumenti a disposizione e senza indugio per nuove sperimentazioni e verifiche, dovrà esser il leitmotiv con il quale si affronta ogni giorno la questione dei sistemi contenitivi; e se sapremo creare e soprattutto mantenere una forte rete di osservazione permeata di una "nuova coscienza", frutto di questa nostra piccola prova, potremmo davvero mutare i buoni propositi, in questo caso è da dire, i principi sanciti dalla nostra stessa Costituzione, in fatti concreti. "Nuova coscienza" e "forte rete di osservazione" diventano le parole chiave che dovrebbero condurre, noi, personale, verso una tensione e partecipazione attiva per un problema tanto delicato qual è quello della contenzione dei nostri anziani; spendendo durante le nostre ore di lavoro quelle risorse che abbiamo, ma che per fretta o per pigrizia teniamo ben chiuse nella nostra testa.

Parlando di risorse non si può comunque eludere un fatto, che a volte anche i mezzi economici a disposizione determinano talune scelte. Una delle dispense, consegnate al momento dell'assegnazione della ricerca, riporta un commento ad un saggio di Owe Wikstrom, e senza voler inciampare nella retorica e tanto meno nella presunzione, è un brano da leggere e rileggere parecchie volte, per mantenere (come ebbe a dir qualcuno) "gli anticorpi del cervello" vivi, quelli che mantengono vigile e responsabile il pensiero... Soprattutto per noi che lavoriamo con/e per le persone diventa parte del nostro dovere la capacità critica e la riflessione costanti.

Vogliamo concludere riportando il pensiero di una nostra operatrice che incalzata dall'entusiasmo e dall'interesse per la ricerca sulla contenzione, in una delle considerazioni che ha fatto scrivere:

*"A volte non è facile contenere le nostre sensazioni, emozioni, movimenti, pensieri, parole, scatti (il semplice grattarsi il naso, sistemarsi la maglietta, spostarsi i capelli dagli occhi, girarsi mille volte in un letto...).*  
*Se penso a quanto l'uso di una sola contenzione nei riguardi di un anziano, lo contenga non una, ma più volte nello stesso istante, in quell'attimo abbiamo contenuto la persona fisica, ma anche i suoi pensieri, gli abbiamo contenuto l'anima, l'abbiamo imprigionato in un luogo in cui anche le paure, le emozioni, i sentimenti, le ire non possono uscire, la libertà non esiste più.*  
*Allora forse è possibile cambiare qualcosa..."*

Giulia Zanellati



## **(s)legami**

un progetto di ricerca sulla contenzione fisica in struttura

un progetto di



realizzato nell'ambito de

**la Filanda di Coopselios '09**

a cura di

**Dina Bonicelli** *Responsabile Tecnico Settore Anziani Coopselios*

**il progetto è stato realizzato nelle seguenti strutture**

### **Casa Protetta Residenza "Al Parco"**

Via Laura Bassi, 4 - Monticelli Terme (PR)

**Tel:** 0521.659133 **Fax:** 0521.657307 **E-mail:** cp-alparco@coopselios.com

### **Casa Protetta "Villa delle Ginestre"**

Via Matilde di Canossa, 1/a - Castelnovo Monti (RE)

**Tel:** 0522.812236 **Fax:** 0522.810471 **E-mail:** cp-villadelleginestre@coopselios.com

### **Residenza Sanitaria Assistenziale "Il Poggio"**

Via Porro, 1 - 27045 Casteggio (PV)

**Tel:** 0383805982 **Fax:** 0383805989 **E-mail:** rsa-ilpoggio@coopselios.com

### **Casa Protetta "Villa Tamerici"**

Via Contarini, 64 - 45014 Porto Viro (RO)

**Tel:** 0426.632779 **Fax:** 0426.322280 **E-mail:** cp-portoviro@coopselios.com

**progetto grafico**

**winston wolf** - *la miglior soluzione*