

# EVENTI AVVERSI

## Gestione del “rischio clinico” nei pazienti

> di GIAN CARLO GIULIANI \*

ALLORQUANDO SI DISCUTE DI PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI, RISULTA FACILE INTUIRE COME NUMEROSI SIANO I RISCHI RICONDUCEBILI ALLA DEGENZA IN AMBIENTI SANITARI CHE MAL SI ADDICONO ALLA FRAGILITÀ DEGLI ANZIANI, RISCHI CHE RISULTANO ESSERE DIRETTAMENTE PROPORZIONATI PROPRIO ALLA DURATA DELLA DEGENZA STESSA. PURTROPPO NEGLI ULTIMI ANNI È IN FORTE CRESCITA LA DECISIONE, DA PARTE DI NUMEROSI FAMILIARI, DI DELEGARE LA RISOLUZIONE DELLE PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI DEI PROPRI ANZIANI ALLE REALTÀ SANITARIE, PROLUNGANDO, SPESSO INGIUSTIFICATAMENTE, LE DEGENZE OSPEDALIERE.

**ESPONENDO** così i pazienti a sempre maggiori rischi riconducibili all'ospedalizzazione ed alla comparsa di eventi avversi. A ciò si aggiungano i casi di pazienti con importanti problematiche sociali, che, in assenza di una rete assistenziale, rimangono ospedalizzati per mesi fino all'inserimento in RSA. Così la vecchia regola d'oro (“Il Paziente non deve restare in ospedale nemmeno un giorno in più di quelli assolutamente necessari”) ha perso il suo carisma, risultando sempre più elevata la durata media delle degenze degli anziani fragili, sia per motivazioni assistenziali che per la comparsa di importanti eventi avversi.

Parallelamente, aumentando i bisogni di tipo “sanitario” degli ospiti delle Residenze Assistenziali, anche queste ultime si stanno trasformando in potenziali generatrici di “eventi avversi” di particolare rilievo. Ma vediamo quali sono i principali eventi avversi riconducibili all'ospedalizzazione (specie se prolungata) di un paziente anziano, soprattutto se fragile:

- infezioni ospedaliere;
- cadute;
- lesioni da decubito (o pressione);
- malnutrizione;
- polifarmacoterapia e danni da farmaci;
- protratto riposo a letto e sindrome ipocinetica;
- delirium;
- incontinenza urinaria e/o fecale;
- cateterizzazione ingiustificata o ritardata;
- declino dell'autonomia;
- depressione dell'umore;
- contenzione;
- inserimento in RSA;
- errori nella somministrazione dei farmaci.

Ognuno di questi eventi avversi meriterebbe una trattazione a sé. Ritenendo però che possa essere utile anche una trattazione generica e generale, proviamo a trattarne singolarmente uno per volta, dedicando una successiva comunica-

zione agli “errori nella somministrazione della terapia”.

### Infezioni ospedaliere

Rappresentano certamente uno dei principali eventi avversi che possano colpire persone ricoverate, identificando quelle infezioni che si contraggono nel corso della degenza e che non erano presenti, né clinicamente né in incubazione al momento dell'ospedalizzazione.

Fenomeno complesso e che coinvolge l'organizzazione di reparti e Nuclei a tutti i livelli. In Italia sono calcolati circa 9.500.000 ricoveri sanitari all'anno, potendosi calcolare un numero di infezioni ospedaliere comprese tra i 450 ed i 700.000 episodi, provocando circa 5-7.000 decessi\anno. Circa 500 milioni di euro rappresenta il carico economico nazionale di tale fenomeno, potendosi poi valutare nel 30% il numero dei casi di infezioni prevenibili e nel 30% il numero dei decessi evitabili. Si tratta di un problema urgente per la sanità (elevate spese per strutture assistenziali\elevato costo sociale), per la collettività (utenti: alta morbosità e mortalità\ operatori: alto rischio professionale\amministratori: elevate spese gestionali) nonché per i centri residenziali assistenziali (poiché le infezioni rappresentano spesso l'elemento di aggravamento delle condizioni cliniche e\o la causa di mortalità dei “soggetti fragili” ospitati nelle residenze assistenziali). In ambito dei ricoveri geriatrici queste le sedi delle principali infezioni ospedaliere: vie urinarie, vie respiratorie, cute (Idd), ferite chirurgiche, setticemie, sepsi da cateteri venosi centrali, apparato digerente, tossinfezioni alimentari (haccp). Percentualmente le localizzazioni delle infezioni ospedaliere negli ambienti sanitari a carattere assistenziale sono: vie urinarie: 30,2%; vie respiratorie: 24,5%; ferite chirurgiche: 13,7%; apparato digerente: 08,6%; cute: 06,3%; batteriemie: 01,4%

*Il Rischio Clinico è la probabilità che un Paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni cliniche e\o la morte”.*

(Kohn, IOM - 1999)

*“Il Paziente non deve restare in ospedale nemmeno un giorno in più di quelli assolutamente necessari”.*

(Florence Nightingale - 1863)

ed altre: 15,3%. Frequenza Microrganismi: batteri: 92,4%, miceti: 6,2, virus: 1,0% ed altri 0,4%.

### Cadute

Le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale od ospitati in ambito residenziale rappresentano un evento, contrariamente a quanto opinione pubblica e familiari-caregivers possano ritenere, tutt'altro che raro, manifestandosi con particolare frequenza nei primi giorni di degenza (soprattutto a causa di un ancora insufficiente adattamento al nuovo ambiente di degenza, che risulta essere spesso fonte stessa di pericolo di cadute).

Varie sono le statistiche riportate a tale proposito: merita sottolineare come le cadute in ambito ospedaliero siano contenute (dall'1% fino al 4-5%) considerando l'intera popolazione, aumentando vertiginosamente considerando invece la sola popolazione anziana.

Ogni anno circa oltre un terzo dei soggetti che hanno più di 65 anni è vittima di una caduta e fra gli anziani che risiedono in strutture la percentuale è ancora maggiore. Infatti, si calcola che l'incidenza delle cadute nelle case di riposo, case di cura e negli ospedali sia 2-3 volte superiore rispetto a quella delle cadute che avvengono nell'abitazione, e che anche le complicanze siano maggiori. Il 50% degli anziani istituzionalizzati, inoltre, cade almeno una volta l'anno.

In ospedale, le cadute accidentali sono senza dubbio da includere tra gli eventi

considerati sentinella e come tali dovrebbero essere considerate anche in ambito assistenziale. Uno studio condotto nel 1997 in Gran Bretagna, all'interno di diversi ospedali per acuti, sottolinea che:

- le cadute sono comuni tra i pazienti anziani ricoverati in ospedale;
- le conseguenze, che comprendono: fratture, paura di cadere, ansia, depressione e non ultima perdita di sicurezza, possono aumentare le disabilità;
- le cadute spesso determinano un aumento della degenza media e/o ulteriori ricoveri non programmati dopo la dimissione.

### Lesioni da decubito (o, meglio, da pressione)

Le lesioni da decubito o "da pressione" (LdD - LdP) rappresentano uno degli indicatori universalmente riconosciuti per la valutazione della qualità dell'assistenza medico-infermieristica erogata in regime ospedaliero e non, specie in ambito geriatrico. Queste (talora definite, forse impropriamente, come "piaghe" o "decubiti") rappresentano infatti un evento relativamente frequente, grave per il paziente, potenzialmente prevenibile e legato soprattutto alle condizioni generali del paziente ma anche alle caratteristiche dell'assistenza in generale (in prevalenza, ma non esclusivamente, quella infermieristica) e la loro insorgenza mette seriamente a rischio la sopravvivenza stessa del paziente. Le ulcere da decubito, meglio definite come "ulcere da pressione"

sono lesioni costituite dalla perdita più o meno estesa, di rivestimento cutaneo, dovuta alla necrosi (morte) di cellule e tessuti. Queste lesioni cutanee si manifestano in conseguenza della prolungata compressione dei tessuti molli fra i piani ossei sottostanti del paziente (le ossa) ed il piano d'appoggio (letto, carrozzina, sedia ecc.). La comparsa di queste ulcere è più facile nelle persone anziane, in quelle costrette a letto per lungo tempo, negli arteriosclerotici, nei pazienti defedati, nei malati nei quali sono diminuiti i poteri di difesa ed in tutti i casi in cui la circolazione del sangue sia compromessa. È stato rilevato che in reparti per acuti e negli istituti geriatrici, la loro prevalenza varia fra il 3 ed il 24%: la mortalità intraospedaliera per i portatori di lesioni da decubito risulta compresa tra il 25 ed il 40% dei casi. Le lesioni da decubito rappresentano inoltre la maggioranza delle cause delle morti per sepsi nei soggetti anziani. Per tutta una serie di condizioni fisiopatologiche, l'anziano immobilizzato è da considerare un soggetto ad altissimo rischio verso questo tipo di lesioni (è stato infatti riscontrato come oltre il 50% dei portatori di ulcere da decubito avesse più di 70 anni).

### Malnutrizione

(Stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente alla discrepanza tra fabbisogni nutrizionali specifici ed introito o utilizzazione dei nutrienti essenziali). Si tratta di un fenomeno non sempre ben identificato, compreso e/o valutato. Infatti, per quanto l'attenzione assistenziale e quella sanitaria risultino particolarmente elevate nelle strutture di degenza, il rischio di una iponutrizione o, meglio ancora, di una malnutrizione risulta ancora particolarmente frequente nel corso di una ospedalizzazione, specie dei pazienti anziani. Le cause sono da ricercare soprattutto in eccessive restrizioni medico-dietetiche, nel limitato tempo a disposizione per aiutare i pazienti durante l'assunzione dei pasti, in depressioni psichiche mascherate e nell'apatia, nelle turbe della deglutizione, nella possibile difficoltà ad alimentarsi a letto o in camera, in errate abitudini alimentari e nelle caratteristiche dei pasti



forniti, potenzialmente equilibrati ma spesso poco stimolanti (anche come presentazione) ed alla lunga tali da determinare un ridotto apporto proteico a vantaggio di un eccessivo apporto di lipidi. In molti casi inoltre la stessa ristorazione negli ospedali non è supportata da specialisti della nutrizione, come da più parti (e non solo dalle società scientifiche mediche), ricordato, a sottolineare come l' inadeguatezza del vitto ospedaliero (generalmente lontano dal gusto e dalle abitudini dei pazienti, oltre che essere spreco quantitativamente in oltre un terzo) giuochi un ruolo fondamentale nella genesi della malnutrizione.

Lo stato di malnutrizione può essere già presente all'ammissione in una struttura sanitaria, potendone essere la causa, ma la sua comparsa non è da escludere anche durante il periodo di degenza. La scarsa attitudine a considerare il problema nutrizionale è dimostrata dal fatto che solo il 20% dei pazienti vengono pesati durante la degenza, e nel 50% delle cartelle non vi è alcun dato rilevante dal punto di vista nutrizionale (calo ponderale, appetito, etc) (McWirther JP, Pennington CR BMJ 1994; Guarnieri G. Malnutrizione Ospedaliera SIMI 1999).

Nel paziente ospedalizzato la presenza di malnutrizione si associa ad un aumento di complicanze (lesioni da pressione, ritardo nella cicatrizzazione delle ferite, infezioni ospedaliere ecc.) e riospedalizzazioni. Studi condotti nel corso degli anni hanno dimostrato che, nei pazienti ospedalizzati, la malnutrizione calorico-proteica ha una prevalenza variabile dal 20 al 50% e durante la degenza solo una parte dei pazienti riceve un adeguato apporto di nutrienti, mentre il 20% peggiora addirittura il proprio stato di nutrizione.

### **Polifarmacoterapia e reazioni avverse ai farmaci**

Quella tra i farmaci ed i pazienti anziani risulta una relazione particolarmente difficile e, talora, pericolosa. Tale relazione diventa ancora più problematica nel corso di una ospedalizzazione acuta (in circa il 5-10% determinata proprio da errata gestione dei farmaci), allorquando l'anziano è trattato con una quantità ancora maggiore di farmaci, che possono rappre-

sentare la causa di importanti reazioni avverse, di malattie iatrogeniche e, soprattutto, di delirium e/o alterazioni dello stato di coscienza e del livello cognitivo.

Numerosi studi epidemiologici concordano nel concludere che il numero assoluto di farmaci assunti quotidianamente rappresenta un importante fattore predittivo indipendente di ospedalizzazione, istituzionalizzazione, mortalità e malnutrizione (Frazier, 2005; Shi, 2008).

Tale dato, rafforzato dall'evidenza del rapporto tra numero di farmaci e reazioni avverse, suggerisce la prioritaria necessità di compiere sforzi per contrastare la polifarmacoterapia, soprattutto quando questa non è giustificata da appropriata prescrizione (Corsonello, 2007). Circa il 20% degli anziani con polipatologia e dolori cronici è affetto dalla "sindrome della catena di Sant'Antonio".

La catena parte dal medico di base che indirizza il paziente dai vari specialisti d'organo e si allunga grazie alla conseguente proliferazione dei percorsi diagnostici con passaggi in ospedale e cascata prescrittiva, al termine della quale il 40% di essi assume più di 5 farmaci e addirittura il 12% 10 farmaci. Statisticamente si è dimostrato che con l'assunzione di 6 farmaci si ha l'80% di probabilità di avere almeno un'interazione farmacologica. La stessa catena si origina anche nel corso di degenza ospedaliera, allorquando il paziente viene ricoverato in reparti non internistici o geriatrici (ad esempio in Ortopedia), venendo in seguito sottoposto ad altre visite specialistiche che incrementeranno il numero di farmaci, rimanendo ogni singolo specialista focalizzato sul proprio organo di competenza e, molto meno, sulla globalità dell'individuo.

### **Il riposo a letto e la sindrome ipocinetica (o da allettamento)**

Nell'immaginario collettivo lo stereotipo della persona ospedalizzata che passa la maggior parte del proprio tempo allettata, in pigiama e molto attenta ad evitare ogni sforzo fisico, è ancora molto presente. Il riposo a letto viene spesso considerato come parte stessa della cura, soprattutto negli anziani.

Tale credenza è sicuramente vera nei primi giorni di ospedalizzazione, allorquando

le condizioni cliniche sono maggiormente compromesse, le patologie dominanti sono ancora in fase acuta ed ogni tentativo di mobilitazione risulta controproducente. Superata la fase acuta, però, il paziente anziano necessita di una precoce mobilitazione, al fine di evitare i pericolosi adattamenti dell'organismo all'allettamento, che provocano alterazioni patologiche a carico di tutti gli apparati ed organi, specie a quello cardio-vascolare, ove l'avvenuta progressiva perdita della stabilità vasomotoria può rendere progressivamente impossibile ogni successivo tentativo di mobilitazione e recupero motorio.

La mobilitazione precoce del paziente è una delle prime regole che il personale sanitario ed i familiari devono attuare per stimolare il recupero, ridurre il grado di non-autosufficienza e, soprattutto, per evitare la citata e pericolosa "Sindrome da Immobilizzazione" (o da "allettamento" od "ipocinetica"), che è la somma di tutte quelle modificazioni fisiopatologiche indotte dallo stare a letto. Alla lunga, tali modificazioni non solo impediranno, come detto, al paziente di potersi alzare senza stare male, ma diminuiranno la durata di vita stessa esponendolo a gravi e pericolose complicazioni, talora letali (tipo infezioni, piaghe da decubito ecc.).

La sindrome da immobilizzazione interessa tutti gli organi, risultando essere indipendente dalla malattia che ha determinato l'inattività a letto, più grave nelle persone anziane ed in quelle reduci di interventi chirurgici.

### **Il delirium o stato confusionale acuto**

Il delirium rappresenta in molti casi la causa dell'ospedalizzazione di un paziente anziano, soprattutto allorquando la gestione familiare ed ambientale di tale disturbo risulta particolarmente problematica. In un numero maggiore di casi però lo stato confusionale acuto si manifesta (secondo alcune casistiche fino al 25% dei casi) nel corso della degenza, favorita dalle condizioni psico-fisiche del paziente (demenza, patologie gravi, disidratazione, deficit visivo ecc.) e precipitata dagli elementi tipici dell'ospedalizzazione (farmacoterapia, contenzione, malnutri-

zione, cateterizzazione ed altri eventi iatrogeni sanitari ed assistenziali).

Lo stato confusionale acuto (delirium) è una sindrome psico-organica che si può sviluppare nel giro di alcune ore o nell'arco di alcuni giorni ed è caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza ad esordio acuto o subacuto con ripercussioni sulla cognitivtà e le capacità percettive. Dal punto di vista clinico si caratterizza per la variabilità dei sintomi sia in termini quantitativi che qualitativi, e per la presenza di compromissione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, del pensiero astratto, della memoria, del comportamento e del ritmo sonno-veglia.

È una delle più comuni alterazioni dello stato mentale riscontrabile nei soggetti anziani. È frequentemente sottostimata e la sua prevalenza nei soggetti ospedalizzati va dall'11 al 42%. È noto inoltre che il delirium ha un impatto sfavorevole su outcomes a lungo termine come la durata dell'ospedalizzazione (potendo essere causa ma anche conseguenza di un ricovero), le performances cognitive e funzionali, il rischio di ri-ospedalizzazione, l'istituzionalizzazione ed il decesso. Lo stato confusionale acuto (delirium) è una sindrome psico-organica che si può sviluppare nel giro di alcune ore o nell'arco di alcuni giorni ed è caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza ad esordio acuto o subacuto con ripercussioni sulla cognitivtà e le capacità percettive. Dal punto di vista clinico si caratterizza per la variabilità dei sintomi sia in termini quantitativi che qualitativi, e per la presenza di compromissione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, del pensiero astratto, della memoria, del comportamento e del ritmo sonno-veglia. È una delle più comuni alterazioni dello stato mentale riscontrabile nei soggetti anziani. È frequentemente sottostimata e la sua prevalenza nei soggetti ospedalizzati va dall'11 al 42%.

È noto inoltre che il delirium ha un impatto sfavorevole su outcomes a lungo termine come la durata dell'ospedalizzazione (potendo essere causa ma anche conseguenza di un ricovero), le performances cognitive e funzionali, il rischio di ri-ospe-

dalizzazione, l'istituzionalizzazione ed il decesso.

### **Incontinenza urinaria e/o fecale di nuova comparsa**

Non risulta certamente rara l'evenienza della comparsa di una incontinenza urinaria non presente prima del ricovero. Molte sono le cause di tale evento avverso, riconducibili soprattutto nelle modificazioni dello stato mentale/cognitivo presentato dal paziente nel corso dell'ospedalizzazione, nell'utilizzo di farmaci potenzialmente dannosi (es: psicofarmaci, ma non solo), la (prolungata e talora ingiustificata) cateterizzazione vescicale, la comparsa di infezioni delle vie urinarie, una spinta terapia diuretica, la ridotta mobilità cui sono sottoposti i pazienti, presenza di barriere architettoniche (contenzione, sbarre al letto, prolungate terapie endovenose, difficile raggiungibilità dei servizi igienici) senza dimenticare un possibile esagerato utilizzo di ausili per l'incontinenza (pannoloni) che abitano progressivamente il paziente a perdere lo stimolo alla minzione.

L'incontinenza fecale si collega, invece, con tre ordini di cause:

- La presenza di una patologia intestinale intrinseca.
- La perdita dei meccanismi neurologici di controllo.
- La stipsi.

Quest'ultima è di gran lunga la più frequente causa di incontinenza fecale nei pazienti anziani ospedalizzati ed allettati: la protratta immobilizzazione influisce negativamente sul transito intestinale e quindi sulla consistenza delle feci, l'ingombro rettale che ne deriva non consente il normale funzionamento dello sfintere. L'immobilità porta infatti modificazioni anche nelle abitudini alimentari, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, con riduzione della quantità di cibo introdotta, di scorie ingerite, di liquidi assunti, tutti fattori indispensabili per il mantenimento di una buona funzionalità intestinale. Non deve essere sottovalutata l'eventuale somministrazione di farmaci che possono interferire negativamente con la normale funzione intestinale; non ultimo l'effetto negativo dell'uso indiscriminato di lassativi.

### **Prolungata o inappropriata cateterizzazione**

Si tratta di un frequente evento avverso, consistente nell'eccessivo utilizzo (specie temporale) del catetere vescicale, il cui uso deve essere limitato a situazioni cliniche ed assistenziali ben definite. Una inappropriata cateterizzazione non è di per sé scevra di potenziali danni, riconducibili a possibili infezioni delle vie urinarie, comparsa di incontinenza iatrogena, disturbi e limitazioni motorie, forme depressive e disturbi ideativo-comportamentali.

Ricordiamo, brevemente, le principali indicazioni all'utilizzo, temporaneo o definitivo, della cateterizzazione vescicale:

1. ostruzione acuta delle vie urinarie e ritenzione urinaria;
2. disfunzione neurologica permanente della vescica;
3. monitoraggio della diuresi nei pazienti critici (stato di shock, coma); (cateterismo provvisorio);
4. piaghe da decubito;
5. trattamento di neoplasie vescicali;
6. esecuzione di test di funzionalità vescicale per il tempo strettamente limitato agli stessi (es. controllo residuo minzionale);
7. svuotamento della vescica;
8. gravi casi di macroematuria e piuria;
9. prelievo di campione di urine non contaminato per analisi di routine (esami colturali ed antibiogramma);
10. intervento chirurgico che richieda una vescica vuota.

### **Declino funzionale**

Dopo quanto detto in precedenza, risulta ovvio comprendere come la comparsa o le cause della possibile comparsa di uno o più degli eventi avversi appena segnalati possa facilmente determinare un, anche solo parziale, declino funzionale dei pazienti. Come declino funzionale intendiamo qui la perdita della autonomia negli atti della vita quotidiana, valutabile attraverso i test dell'ADL e IADL tipici della Valutazione Multi Dimensionale. A tutt'oggi appare dimostrato come 1\3 circa degli anziani ospedalizzati perda l'autonomia in almeno 1 funzione, mentre il 10% ne perderebbero almeno 3. Tale declino funzionale, favorito da una già

presente disabilità funzionale e da un discreto deterioramento cognitivo, espone i pazienti ad uno scarso recupero di quanto perso e ad un maggior rischio sia di riospedalizzazione che di istituzionalizzazione definitiva.

### **Depressione del tono dell'umore**

Il ricovero in ospedale non è mai privo di tutta una serie di sintomi di natura psichica che vanno dalla confusione, all'ansia ed alle depressione, favoriti soprattutto dalla paura della malattia in atto, da quella di provare dolori non sopportabili, da quella di non poter più far rientro al domicilio, dal disagio di dover affrontare una degenza talora non voluta e condita da ritmi ed attività non facilmente condivisibili, da una possibile deprivazione sensoriale e quantomeno affettiva, oltre che da possibili interferenze psichiche da parte di farmaci e malattie.

Risulta ormai appurato come l'ospedalizzazione rappresenti un importante fattore di rischio per la depressione e come la presenza di quest'ultima sia di per sé idonea a peggiorare lo stato di salute e quello funzionale alla dimissione. Purtroppo scarsa risulta ancora la sensibilizzazione verso tale patologia, che, pur presente in circa il 25% dei pazienti ricoverati od istituzionalizzati, ancora poco viene valutata all'ingresso (in reparto e nei Nuclei) ed ancor meno monitorata nel tempo.

### **Contenzione fisica o farmacologica**

La contenzione (o, meglio, la "protezione") rappresenta argomento di contesa "quasi ideologica" all'interno della comunità scientifica ed assistenziale non solo italiana. Comunque la si pensi, rimangono valide e pesanti le evidenze (anche scientifiche) che ne confermano l'utilità, ma esclusivamente nei confronti dell'incolumità e della salute del paziente/ospite. Prova ne sia la presenza di numerose Linee Guida e di Protocolli (anche aziendali) che ne definiscono indicazioni e limiti. In contemporanea deve essere ricordato come la contenzione non riduca la comparsa di successivi eventi avversi (rischio di lesioni, di confusione mentale, di comparsa di lesioni da pressione ecc.).

Una prima credenza da sfatare vuole che in ambito geriatrico non si faccia uso della contenzione, considerata antitetica con la crescente cultura geriatrica. In realtà non è così, anche se molti distinguono e molte restrizioni, oltre che una rigorosa indicazione alla progressiva eliminazione della contenzione siano state, da sempre, enunciate da tutte le Società Scientifiche Geriatriche. Statistiche alla mano si osserverà come in una % variabile dal 20 al 60% i pazienti anziani (soprattutto quelli fragili) siano sottoposti a contenzione. Inoltre, contrariamente a quanto si possa credere, non solo le strutture residenziali ricorrono a tale pratica, ma sempre più reparti per acuti devono utilizzarla, dato il crescente numero di ricoveri acuti per delirium. Quello che li differenzia è la durata: generalmente nei reparti per acuti la contenzione avviene fin dall'inizio della degenza, per poi ridursi progressivamente, mentre nei nuclei per cronici la contenzione risulta più tardiva ma progressivamente più duratura.

Una ulteriore credenza da sfatare riguarda la convinzione che si tratti di una pratica psichiatrica. In effetti la contenzione è nata con i manicomi e con la psichiatria, presentando però una progressiva e drastica riduzione in tali ambiti, non venendo attualmente quasi più utilizzata se non in casi eclatanti. In ambito geriatrico, invece, i primi manuali di nursing (primi del '900) non ne fanno neanche cenno, aumentando invece progressivamente negli anni successivi il ricorso alla contenzione, fino ad arrivare al 1987, allorché il Senato USA elaborò un apposito atto deliberativo con l'obiettivo di definire l'obbligatorietà della registrazione delle pratiche terapeutiche ed assistenziali e di limitare l'adozione di mezzi di contenzione.

### **Istituzionalizzazione**

Il rischio per l'istituzionalizzazione di un paziente ospedalizzato è pressoché proporzionato alla somma degli eventi avversi appena descritti ed alle condizioni psico-fisiche, di autonomia, sociali ed economiche del paziente stesso. La presenza di lesioni da pressioni, di una elevata tendenza alle cadute, la perdita di autonomia in più funzioni delle ADL, lo stato confusionale sub-continuo, la man-

canza di una rete assistenziale, la presenza di patologie croniche altamente invalidanti ecc. sono infatti tutte condizioni che possono rendere difficoltosa una assistenza al domicilio, oltre che rappresentare proprio quei parametri valutati per quantificare la necessità di una istituzionalizzazione. Mentre fino ad alcuni anni fa la dimissione da un reparto ospedaliero coincidente con l'inserimento in RSA rappresentava un evento eccezionale, oggi rappresenta un evento frequente, giustificando, a volte, un prolungamento della durata della degenza in attesa del posto libero in struttura.

Relativamente alle strategie da attuare per ridurre/prevenire i singoli eventi avversi clinici, risulta fondamentale, come sottolineato nei documenti sul "Risk Management" elaborati dal Ministero della Salute, mettere in atto alcune attività riconducibili a:

- conoscenza ed analisi dell'errore (uso indicatori, report, revisioni di cartelle cliniche ecc.);
- individuazione e correzione delle cause di errori;
- monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre il programma di Risk Management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interazione del processo clinico assistenziale del paziente.

Tutto questo basandosi sicuramente non solo sulle evidenze forniteci dalle Linee Guida nazionali ed internazionali (sempre più numerose anche in ambito assistenziale e non solo più sanitario) ma anche, e soprattutto, sulla propria esperienza clinico-assistenziale, dovendosi attuare le varie azioni correttive o preventive alla propria popolazione di assistiti, popolazione che rappresenta la peculiarità di ogni singolo reparto sanitario e di ogni Nucleo assistenziale.

**\*Medico Specialista in Medicina Interna - Responsabile Medicina LungoDegenza Casa di Cura/PoliAmbulatorio "Villa Iris" Pianezza (To) - Consulente RSA/RAF - Presidente Associazione "Assistere Anchise"**