





 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 1 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

TITOLO


Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero

Rev. n.	Data	Causale modifica	Redatto da:	Verificato da:	Approvato da:	Emesso da:
00	14/06/17	Prima stesura	Gruppo di lavoro aziendale: Coordinatore: P.O. Dr. Stefania Greghini Dr. Eleonora Salustri Dr. Enrico Leo Dr. Luciano Valentini Dr. Margherita Guarini Dr. Paola Rondino Dr. Vanessa Toracchio Dr. Silvia Grasso	Direttore UOC S.P.R.M. Dr. M. Quintili Data <u>28/6/17</u> Firma  PO UO Rischio Clinico Dr. S. Greghini Data <u>15.6.17</u> Firma  Direttore DSM Dr. G. Ducci Data <u>26.6.17</u> Firma 	Area Direzione Ospedaliera Dr. P. Chierchini Data <u>10/07/2017</u> Firma  Direttore UOC SPRM Dr. M. Quintili Data <u>10/07/2017</u> Firma 	

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 2 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

INDICE

1. <u>PREMESSA</u>	pag. 3
2. <u>OBIETTIVO</u>	pag. 3
3. <u>CAMPO DI APPLICAZIONE</u>	pag. 4
4. <u>DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI</u>	pag. 5
5. <u>RESPONSABILITA'</u>	pag. 7
5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	pag. 8
6. <u>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'</u>	pag. 8
6.1 FASI DELLA PRATICA DI CONTENZIONE FISICA	pag. 8
A. Valutazione degli elementi che suggeriscono il ricorso alla contenzione	pag. 9
B. Decisione clinica e prescrizione	pag. 10
C. Attuazione, monitoraggio e sorveglianza del paziente	pag. 11
D. Decontenzione	pag. 12
6.2 FORMAZIONE	pag. 13
6.3 DIAGRAMMA DI FLUSSO	pag. 14
7. <u>ALLEGATI/MODULISTICA</u>	pag. 15
8. <u>MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE</u>	pag. 15
9. <u>INDICATORI</u>	pag. 16
10. <u>RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA</u>	pag. 16
11. <u>RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI</u>	pag. 16
12. <u>CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI</u>	pag. 17
13. <u>COMPONENTI GRUPPI DI LAVORO</u>	pag. 27

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 3 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

I. PREMESSA

L'argomento della contenzione fisica delle persone assistite è oggi molto dibattuto tra il personale sanitario, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e, quindi, all'interno di strutture quali le residenze sanitarie assistenziali, le case di riposo, i reparti psichiatrici, ecc.

L'utilizzo di mezzi contenitivi, tuttavia, non è limitato a questi soli ambiti: spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in "setting" per acuti, vale a dire in Unità Operative ospedaliere di medicina e chirurgia, servizi di Pronto Soccorso, ecc.

Secondo la *Food And Drug Administration* è contenzione "ogni dispositivo applicato al corpo del soggetto destinato a scopi medici, che limita i movimenti della persona nella misura necessaria per il trattamento, l'esame o protezione degli altri", mentre, per la *Health Care Financing Administration* rientrano nell'ambito della contenzione "tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante alla persona, per limitarne la libertà dei movimenti volontari".

Il diritto di potersi muovere liberamente, inteso come libertà del proprio corpo, è qualcosa di più forte di un diritto, è una condizione necessaria alla vita umana stessa.


Eppure basta una malattia, uno stato mentale alterato da patologie organiche, da alcool o droghe, o semplicemente dall'invecchiamento, perché questo diritto venga messo in discussione.

Spesso in passato la contenzione fisica dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti, in strutture residenziali, ma soprattutto in servizi psichiatrici, è stata pratica comune, con la sola giustificazione che veniva attuata "per il bene del paziente", proprio da coloro che dovrebbero essere garanti della tutela della salute dell'individuo.

Si è ritenuto pertanto opportuno elaborare una procedura condivisa che consenta una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti per i quali si sia valutato appropriato il ricorso, anche temporaneo, alla contenzione fisica.

2. OBIETTIVO

Obiettivo della presente procedura è di garantire la giusta pratica della contenzione fisica dei pazienti e la sua adeguata esecuzione ricordando che, tale provvedimento, deve essere

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 4 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

strettamente limitato ai casi in cui tutti gli altri interventi preventivi/alternativi (de escalation, coinvolgimento del care giver o altra persona vicina all'utente nel processo di accudimento), messi in atto siano stati inefficaci, al fine di prevenire l'insorgere di comportamenti che mettono seriamente a rischio l'incolumità del paziente e delle persone nella situazione immediata (altri pazienti, visitatori, operatori, ecc.).

Il raggiungimento dell'obiettivo si raggiunge mediante la:


- Definizione di criteri concernenti la maggior sicurezza realizzabile nell'esecuzione della pratica (diminuzione del rischio clinico per il paziente e aumento della sicurezza di operatori e altre persone coinvolte);
- Attivazione di tutti i meccanismi di garanzia per il paziente, in ambito sanitario e giuridico, circa le motivazioni per le quali la pratica si rende necessaria con le modalità messe in atto;
- Attivazione di accorgimenti, tecnici e organizzativi, che consentano un'efficace riduzione del fenomeno;
- Aumento dell'utilizzo di soluzioni alternative.

Come tale, la pratica della contenzione non deve essere mai attuata:

- Per sopperire a mancanze organizzative;
- Utilizzando dispositivi di contenzione fisica eccedenti alle reali necessità;
- Oltre lo stretto tempo necessario qualora cessino le condizioni che hanno motivato il provvedimento.
- Non è consentito l'uso di dispositivi impropri o auto costruiti. I dispositivi di contenzione devono rispondere a requisiti di sicurezza e confort per la persona dichiarati dal produttore.


3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	La procedura è rivolta a tutti gli Operatori Sanitari e Tecnici delle Unità Operative Ospedaliere di degenza dell' ASL Roma I
DOVE	La procedura si applica all'interno delle Unità Operative Ospedaliere di degenza dell' ASL Roma I compresi i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura- SPDC.
PER CHI	La procedura riguarda tutti gli assistiti presi in carico nelle Unità Operative Ospedaliere di degenza dell' ASL Roma I qualora sia riscontrata necessità di utilizzare la pratica della contenzione meccanica.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 5 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI


Personale sanitario	Professionista responsabile nella specifica area medica, infermieristica, ostetrica, tecnica riabilitativa.
Personale tecnico	Operatore che eroga assistenza di base e/o di supporto alle attività di vita quotidiana.
Contenzione	Uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.
Contenzione fisica	Tutti quelli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un segmento di essi.
Dispositivi di contenzione fisica	Sono da considerarsi mezzi di contenzione fisica ed utilizzati come tali, esclusivamente i dispositivi prodotti specificatamente per questo scopo.
Condizioni non considerate contenzione	<p>Non sono da considerarsi atti contenitivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento sponde del letto allo scopo di favorire il movimento autonomo della persona; • Posizionamento di dispositivi su richiesta del degente/caregiver per rispondere ad una richiesta di maggior sicurezza o per continuità con le modalità adottate al domicilio (es. posizionamento delle sponde al letto); • Posizionamento di sponde al letto di pazienti in stato di coma; • Uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura in carrozzina del degente, anche parzialmente collaborante, mediante fasce a corpo o tavolini per brevi e circoscritti periodi di tempo; • Uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura per indagini diagnostiche/terapeutiche (es. in sala operatoria, radiologia diagnostica interventistica ecc.) mediante fasce per brevi e circoscritti periodi.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 6 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

Dispositivi non considerati di contenzione	<ul style="list-style-type: none"> • Gessi ortopedici; • Dispositivi per conservare la corretta postura sul letto operatorio/radiologico; • Bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa; • Sponde laterali delle barelle durante il trasporto e durante la sosta; • Cinture per seggette utilizzate durante il trasporto e la sosta; • Letti pediatrici; • Dispositivi predisposti per il corretto allineamento e per la sicurezza del degente nel progetto riabilitativo; • Sponde che proteggano metà o $\frac{3}{4}$ del letto se gli operatori sanitari hanno valutato possibile la movimentazione volontaria del degente in base alla capacità cognitiva e/o allo stato fisico (Frayback, 1998). <p>L'operatore sanitario deve porsi due domande per discriminare cosa è o non è una contenzione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) il dispositivo limita il movimento individuale? 2) l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare l'ostacolo? <p>Se la risposta è sì a tutte due le domande, il dispositivo è un mezzo di contenzione. Nella fattispecie le sponde parziali diventano mezzo di contenzione se le capacità cognitive e/o lo stato fisico del degente comportano l'impossibilità di scendere oppure di passare in mezzo all'apertura (e il tentativo di scavalcarle lo espone a rischio di caduto o da lesione da caduta). <u>La valutazione deve essere rintracciabile nella documentazione clinica.</u></p>
Mezzi di contenzione¹	<p>Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:</p> <p>I. FISICA: sono presidi che riducono o controllano i movimenti. Possono essere presidi posizionati sulla persona (<i>mezzi di contenzione meccanica</i>)² oppure inseriti come barriere nell'ambiente.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Spondine per letto:</i> possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Devono comunque costituire un dislivello di almeno 28 cm tra bordo superiore e piano del materasso. <u>Non vanno mai utilizzate se esiste la concreta possibilità, da parte del paziente in stato di agitazione psicomotoria, di scavalcarle.</u> b) <i>Bracciali di immobilizzazione:</i> sono solitamente rivestiti in materiali morbidi e traspiranti. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro o cinghie di fissaggio con fibbie. Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza in caso di auto/etero lesionismo. c) <i>Fascia toracica:</i> sistema di contenzione che lascia il paziente parzialmente libero di muoversi nel letto (decubito laterale), ma ne impedisce la discesa e l'allontanamento. Lasciando libere le mani del paziente non impedisce manomissione dei dispositivi di infusione, tubi, drenaggi e catetere da parte dello stesso. d) <i>Fascia per carrozzina:</i> è costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito da materiale traspirante; dotato di alcune cinghie di ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per

¹ Piano Regionale Cadute Det. Regione Lazio del 25/10/2016 n. G12356

² ndr

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 7 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

	<p>questioni di sicurezza è da evitarne l'uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.</p> <p>e) <i>Tavolino per carrozzina</i>: è di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuali attività.</p> <p>II. CHIMICA: sono farmaci che modificano il comportamento quali tranquillanti e sedativi;</p> <p>III. AMBIENTALE: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti (locali atraumatici, ambienti confinati);</p> <p>IV. PSICOLOGICA O RELAZIONALE.</p>
--	---


5. RESPONSABILITA'

*“La contenzione, [...] è ritenuta, da un lato necessaria per il trattamento di determinati pazienti, ma dall'altro, e non raramente, l'utilizzo dei mezzi di contenzione ha dato luogo a responsabilità penali a carico del personale di cura e d'assistenza che le disponeva e attuava”.*³

L'Artt. 13 e 32 della Costituzione recitano che “La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone, comunque sottoposte a restrizione di libertà” e che “La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della propria persona” pertanto “L'atto contenitivo è legittimato solo dallo “stato di necessità”, sancito dall'articolo 54 del Codice Penale, quindi in una situazione di pericolo imminente o per la compromissione della sicurezza del paziente stesso”.

³ Ibidem.

⁴Gendusa Serges A., “Restraint or not restraint. Indagine qualitativa multicentrica sul vissuto della contenzione nel nursing psichiatrico”, Infermiere oggi, 2012, nr3, p.27.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 8 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

5.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

R=Responsabile; R*=Per ambiti di competenza e specifici contesti; C= Coinvolto; I=Informato

AZIONI /ATTORI	Medico	Infermiere	Coordinatore inf.co o tecnico	OSS/personale tecnico
VALUTAZIONE ELEMENTI PER LA PRATICA CONTENITIVA	R	C	C	—
PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE E DEL DISPOSITIVO DA UTILIZZARE CARTELLA MEDICA	R	C	C	—
APPLICAZIONE DEL DISPOSITIVO DI CONTENZIONE	C	R	I	C
RIVALUTAZIONE	R	R*	C	C
ASSISTENZA DURANTE LA CONTENZIONE	I	R	I	C
PRESCRIZIONE DELLA DECONTENZIONE	R	C	I	C
ATTUAZIONE DELLA DECONTENZIONE	I	R	I	C


6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1 Fasi della pratica di contenzione fisica

La contenzione fisica è una pratica cui si giunge attraverso le seguenti fasi:

- Valutazione degli elementi che suggeriscono il ricorso alla contenzione
- Decisione clinica e prescrizione
- Attuazione, monitoraggio e sorveglianza del paziente sottoposto a contenzione fisica
(questa fase prevede la compilazione della “**Scheda di utilizzo della contenzione fisica: misure assistenziali e monitoraggio**” - Allegato I)
- Decontenzione, ossia rimozione dei dispositivi, dopo rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente.

**Ogni fase della contenzione deve essere documentata nella cartella clinica,
nella cartella infermieristica e nel registro di reparto!**

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 9 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

A. Valutazione degli elementi che suggeriscono il ricorso alla contenzione

“Quando la contenzione viene usata con un approccio umano viene inclusa nella terapia del paziente e al contempo si protegge la sicurezza degli altri. La contenzione come atto sanitario-assistenziale, ha un riscontro emotivo sia sugli operatori che sull'utenza ed è proprio tale coinvolgimento che permette l'instaurarsi di una partecipazione empatica allo stato affettivo del paziente: lì dove c'è stata comunicazione vi è una relazione terapeutica, vissuta dal paziente come una relazione affidabile sincera e coerente”(Gerdusa Serges, 2012.) Malgrado ciò, questa pratica deve essere limitata a circostanze eccezionali, quando soluzioni alternative sono fallite e la sua applicabilità al caso in questione si configuri come indispensabile a ottenere indifferibili provvedimenti sanitari.


Fra gli strumenti/modalità che possono concorrere alla prevenzione del fenomeno ricordiamo:

- Attenzione a offrire un ambiente tranquillizzante;
- Interventi di contenimento emozionale individuali e in equipe;
- Tecniche di de escalation sia farmacologiche (medicazione Pro Re Nata⁵ e tranquillizzazione rapida) sia psicologiche (vedi allegato 5);
- Briefing post-incidente utile a esaminare sia l'episodio occorso sia a sondare strategie alternative in caso di futuri episodi analoghi.

Nella valutazione dell'appropriatezza della contenzione bisogna soppesare bene rischi/benefici ricordandoci quanto tale pratica può comportare effetti indesiderati sia da un punto di vista psicologico sia fisico:

- Traumi meccanici: strangolamento, lesioni dei tessuti molli superficiali, asfissia da compressione della gabbia toracica;
- Malattie organiche e funzionali: aumento delle osteoporosi, incontinenza, infezioni e lesioni da pressione;

⁵ Un ordine di medicazione PRN è quell'ordine in cui l'infermiere ha una certa discrezionalità su quanto farmaco somministrare e quando farlo. (PRN sta per pro re nata, frase latina che significa all'occorrenza o se l'occasione lo richiede) Gli ordini PRN sono comuni con gli ipnotici (pillole per dormire). Per attuare razionalmente un ordine PRN, l'infermiere deve conoscere il motivo dell'utilizzazione del farmaco ed essere capace di valutare il bisogno del paziente per quel farmaco. Chiaramente, migliori sono le conoscenze di farmacologia, maggiore sarà la probabilità di prendere una buona decisione PRN.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 10 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

- Alterazioni a livello cardiaco: *“E’ importante conoscere l’eventuale patologia cardiaca del paziente e l’equipe responsabile della contenzione deve essere preparata ad identificare i segni di un arresto cardio polmonare;”* (Moodie, 2009);
- Alterazione della sfera psicosociale: paura e sconforto, depressione, umiliazione e stress;
- Dipendenza dal personale infermieristico che deve rispondere a ogni bisogno.

L’adozione della contenzione deve essere motivata e documentata dopo aver effettuato:

- Valutazione del rischio oggettivo riferibile sia al paziente, sia alle altre persone presenti;
- Valutazione dell’inefficacia di altri mezzi;
- Problematiche d’assistenza specifiche;
- Sbilanciamento rischio/beneficio;
- Scelta del mezzo di contenzione adeguato e proporzionato al bisogno.


Indicazioni al ricorso alla contenzione fisica

- Stato di necessità;
- Situazioni in cui si configuri l’esigenza di tutela del bene salute (tra cui paziente soggetto a cadute).

B. Decisione clinica e prescrizione

Il processo decisionale della contenzione deve vedere coinvolti, laddove possibile, tutti gli attori del processo stesso: medico, infermieri, paziente, familiari, caregiver, eventuale rappresentante legale, e/o tutore. I Familiari e caregiver, sono un punto di riferimento per il paziente e rappresentano una risorsa utilizzabile come parte attiva del processo di cura, pertanto è necessario concordare con loro la presenza accanto all’assistito attraverso permessi scritti anche H 24, (Allegato 3- SCHEDA DI PERMESSO/SUPPORTO).

Ad essi bisogna comunicare tutte le informazioni riguardo la contenzione: rischi, benefici, motivazione, come collaborare con i sanitari nella gestione del paziente per perseguire l’obiettivo della decontenzione.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 11 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

Quando possibile far firmare consenso informato; in ogni caso deve rimanere traccia, nella documentazione clinica del paziente, delle informazioni rese. Se si contiene un paziente senza aver potuto ottenere il consenso informato, i familiari, il rappresentante legale o il tutore devono esserne comunque informati e quindi se non presenti devono essere contattati ed invitati a presentarsi nel setting di cura.

La decisione clinica della contenzione è medica e, solo in situazioni di emergenza e in assenza del medico nel preciso momento in cui tale urgenza si realizza, il personale sanitario può decidere di applicare una contenzione che deve essere, però, sottoposta tempestivamente alla valutazione e prescrizione del medico. Le motivazioni, il tipo di contenzione, la durata e le modalità di monitoraggio devono essere segnalate sulla **Scheda registro di contenzione (Allegato 2)** da conservare, in un raccoglitore dedicato, nella UOC.


C. Attuazione

Il personale sanitario, avvalendosi dove possibile del personale di supporto, applica i mezzi di contenzione prescritti. In questa fase è importante l'approccio relazionale: il paziente, in nessun caso, deve percepire la contenzione come atto punitivo e, anche quando le condizioni cognitive sono compromesse, continuare a spiegargli cosa stiamo facendo, come e perché.

Il personale sanitario, infermieristico e tecnico, deve garantire, per tutta la durata della contenzione, la tenuta delle fasce⁶, il loro adeguato posizionamento, il monitoraggio del paziente, che oltre all'osservazione deve prevedere la rilevazione di segni e sintomi presenti e, quando prescritto, i parametri vitali. Deve garantire attività assistenziali correlate all'idratazione, all'alimentazione, all'eliminazione, alle cure igieniche, alla mobilitazione.

Se, durante la contenzione, il paziente non si alimenta e non si idrata spontaneamente è buona pratica procedere con idratazione parenterale la cui prescrizione è responsabilità medica e la somministrazione infermieristica.

⁶ Le fasce di contenzione devono essere applicate come descritto nelle istruzioni allegate al dispositivo dal produttore. E' fatto assoluto divieto un uso diverso da quello descritto: l'uso improprio aumenta il rischio di eventi avversi. La sicurezza del paziente dipende dal corretto posizionamento e utilizzo dei dispositivi. E' obbligatorio addestrare e qualificare il personale all'uso di detti dispositivi.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 12 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017


La mobilitazione deve essere eseguita almeno ogni due ore, per 10 minuti, a rotazione per ciascun arto, durante il giorno esclusa la notte.

Tutte le attività svolte devono essere registrate sulla documentazione infermieristica. Se, durante i controlli, il personale rilevasse modificazioni dello stato di salute e/o il manifestarsi di complicanze di qualunque tipo, ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione al medico di guardia affinché si possa procedere a rivalutazione della prosecuzione della contenzione, ovvero alla sua rimozione.

Tipo di contenzione	Parametri da monitorare	Rivalutazione clinica da parte del medico
Altamente restrittivo: set di contenzione (con calamite)	Controllo visivo almeno ogni 10 minuti ; controllo di: PA, FC, SpO2, TC, FR; posizionamento fasce; eventuali compressioni/abrasioni almeno quattro volte al giorno; a ogni modifica dello stato di salute del paziente; su richiesta specifica del medico.	Almeno ogni 2 ore o su richiesta del personale sanitario.
Parzialmente restrittivo: bracciali di immobilizzazione fascia pelvica	Controllo visivo almeno ogni 30 minuti ; controllo di: PA, FC, SpO2, TC, su indicazione medica.	Ogni qualvolta il personale sanitario lo ritenga appropriato, sulla base dei propri riscontri. La rivalutazione da parte del medico deve essere effettuata comunque a ogni cambio turno
Parzialmente restrittivo: tavolino per carrozzina, fascia per carrozzina, sponde letto	Controllo visivo frequente, variabile a seconda della richiesta medica. Parametri su indicazione medica.	Ogni qualvolta il personale sanitario lo ritenga appropriato, sulla base dei propri riscontri. La rivalutazione da parte del medico deve essere effettuata comunque a ogni cambio turno

D. Decontenzione

La contenzione cessa nel momento in cui non sussistono più le condizioni cliniche che l'hanno resa necessaria o anche quando le condizioni cliniche del paziente non ne permettono il proseguimento. È bene ricordare che essa deve durare solo il tempo strettamente necessario, se possibile in un arco temporale inferiore alle 12 ore e che, se tale tempo è più ampio, bisogna valutare l'opportunità di prescrivere e somministrare terapia antitrombotica. La decisione di


 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 13 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

decontenere deve essere comunicata al paziente, ai familiari, al rappresentante legale, al tutore. Il personale sanitario informa il paziente sulle azioni che si compieranno, lo aiuteranno ad assumere una posizione semiseduta e poi seduta, rileveranno PA e FC e valuteranno se è il caso o meno di consentirgli di camminare. Medico e infermiere sono tenuti ad attività di counseling dandone riscontro nella documentazione clinica di propria competenza.

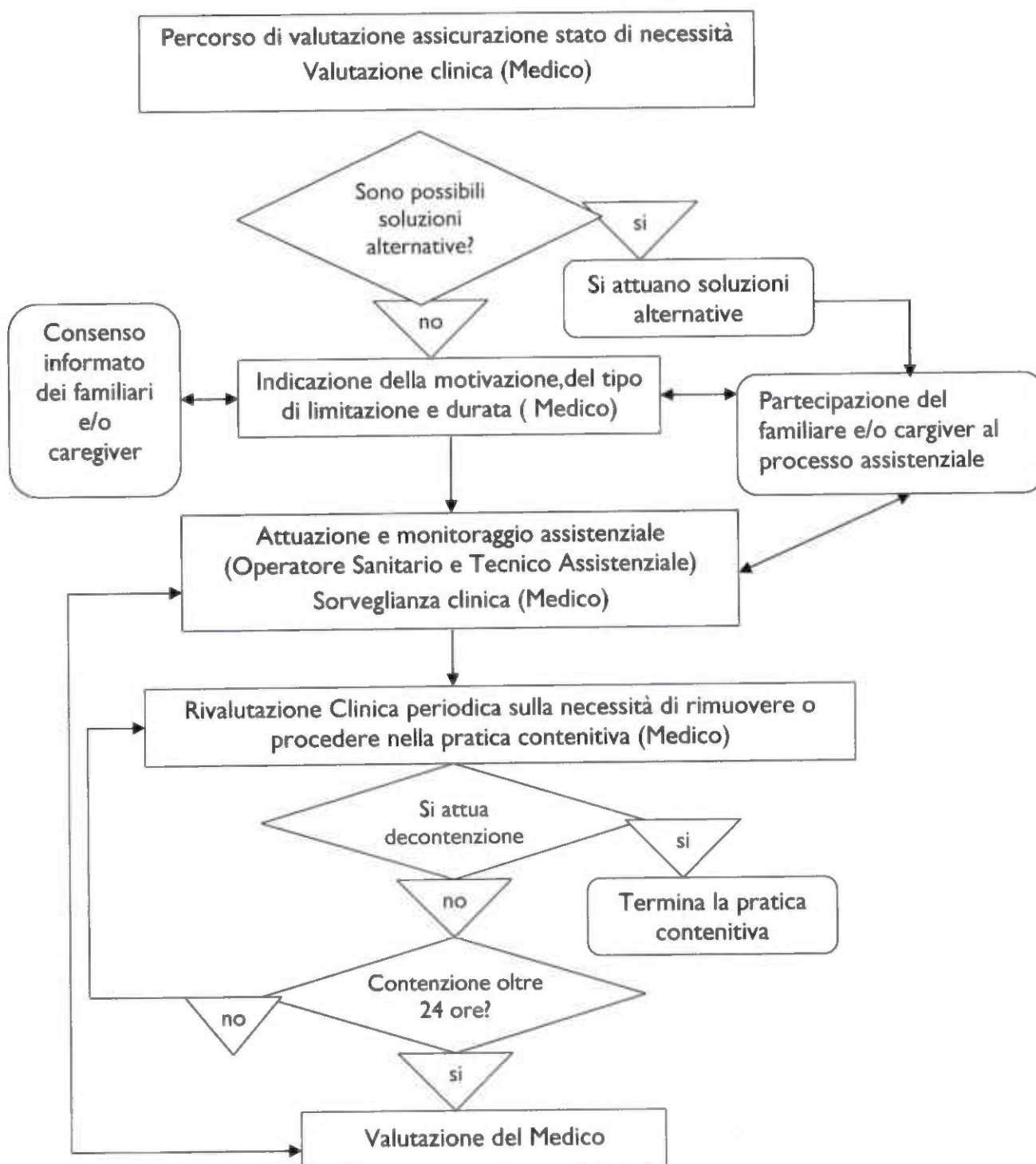
6.2 Formazione


La formazione del personale è strategica per la prevenzione e la gestione della contenzione fisica. Gli organismi deputati alla Formazione s'impegnano ad attuare programmi formativi finalizzati a migliorare il livello di competenza nella gestione dei rischi associati alla contenzione. Il programma di formazione deve comprendere:

- Il riconoscimento dei fattori di rischio;
- L'approccio multi-professionale nelle attività di prevenzione e adozione di sistemi alternativi;
- Aspetti etici e responsabilità professionale;
- Tipi di contenzione e rischi clinici associati a essi.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 14 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

6.3 Diagramma di flusso



 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 15 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

7. ALLEGATI/MODULISTICA

- 1) Scheda di utilizzo della contenzione fisica: misure assistenziali e monitoraggio;
- 2) Scheda registro di contenzione;
- 3) Scheda permesso/ supporto;
- 4) Consenso informato all'utilizzo di mezzi di contenzione;
- 5) Aggressività e tecniche di de escalation.

8. MATERIALI / DISPOSITIVI / ATTREZZATURE:



Set di contenzione a letto



Set di contenzione a letto con fascia pubica



Sponde letto



Tavolino per carrozzine



Set monouso a velcro

Contenzioni per sedute:



gilet



fascia addominale




fascia addominale



fascia pubica



gilet + fascia pubica

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 16 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

9. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI

- Registro di reparto
- Diario clinico
- Cartella infermieristica
- Scheda infermieristica

INDICATORI:


- N° delle contenzioni effettuate/N° ricoveri (annuale)
- N° delle contenzioni prolungatesi oltre le 24 ore
- N° totale ore di contenzione effettuate (per trimestre e poi annuale)
- Eventi avversi/sentinella occorsi durante la contenzione

10. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

11. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI


- Art.13 della Costituzione italiana, *Principio di inviolabilità della libertà personale*;
- Art.32 della Costituzione italiana, *Consenso dell'atto terapeutico*;
- Legge 180/1978;
- Legge 833/1978, artt. 34-35;
- Art.571 C.P., *Abuso dei mezzi di correzione* ("Chiunque abusa di mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente");
- Art. 605 C.P., *Sequestro di persona*;
- Art. 610 C.P., *Violenza Privata* ("L'uso non giustificato di mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza");
- Art. 54 C.P., *Stato di necessità*;

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 17 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

- Art. 591 C.P., Abbandono di incapaci (...la misura di contenzione, sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di...);
- Art. 5 -21-40 C.D. del medico;
- Artt. 2-3-30 C.D. dell'infermiere;
- Comitato Nazionale per la Bioetica "La contenzione: problemi bioetici" 23 aprile 2015;
- Ministero della Salute Raccomandazione n. 13, novembre 2011 "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".
- Determinazione GI2356/2016 Regione Lazio, Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti;
- AUSL di Ravenna, Procedura per la gestione della contenzione fisica, PA 78/2014;
- N. Poli, A.M.L. Rossetti, Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, Nursing Oggi,4, 2001;
- Cuggiani A., "Riflessioni sulla contenzione", Infermiere oggi, 3; 2009;
- Gendusa Serges A., "Restraint or not restraint indagine qualitativa multicentrica sul vissuto della contenzione nel nursing psichiatrico", Infermiere oggi, 3; 2012;
- Nadler Moodie M., "Clinical practice guideline", Journal of psychosocial nursing, 2009, vol47, no6,
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria, Mc Graw Hill II ed.;
- www.ipasvipavia.it (22.04.2017);
- www.sunhope.it (22.04.2017);

12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della presente procedura saranno effettuate in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida.


 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 18 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

(Allegato I)

SCHEDA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE FISICA: MISURE ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO (da inserire nella cartella infermieristica)

Cognome e nome paziente data di nascita
n. letto tipo di contenzione:
Prescrizione monitoraggio: pa ognifc ognitc ogni SpO2.....
Data Firma medico

ORARIO								
Comportamento osservato:								
Sveglio								
Addormentato								
Agitato								
Tranquillo								
Orientato								
Confuso								
Parametri rilevati:								
PA								
FC								
FR								
TC								
SpO2								
Bisogni:								
Alimentazione								
Idratazione								
Minzione (presente/assente; CV)								
Evacuazione (presente/assente)								
Dispositivi:								
Fasce Adeguatamente Posizionate (si/no)								
Lesioni da posizione (presenti/assenti; localizzazione)								
Fluido terapia in corso (si /no)								
Sigla rilevatore								

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 19 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

(Allegato 2) SCHEDA REGISTRO DI CONTENZIONE


Nome e cognome:..... **età:**.....

Diagnosi:.....

Data ricovero:.....

<i>Data e ora⁷</i>	<i>Motivazione del provvedimento e esiti della rivalutazione & tecnica adottata</i>	<i>firma</i>

⁷ Con riferimento a inizio (**I**), rivalutazione (**R**) e fine (**F**) contenzione.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 20 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

(Allegato 3)

SCHEDA PERMESSO/ SUPPORTO

TIMBRO UNITA' OPERATIVA

L'Infermo.....

Viene assistito tutti i giorni secondo regolamento interno all'Unità Operativa

assistito la notte

☐ dalle ore.....alle ore.....

☐ H 24

Roma, li.....20.....

Firma del familiare/caregiver

Firma del Sanitario



ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

TIMBRO UNITA' OPERATIVA

L'Infermo.....

Viene assistito tutti i giorni secondo regolamento interno all'Unità Operativa

assistito la notte


☐ dalle ore.....alle ore.....

☐ H 24

Roma, li.....20.....

Firma del familiare/caregiver

Firma del Sanitario

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 21 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

(Allegato 4) CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI CONTENZIONE

TIMBRO UNITA' OPERATIVA

Data _____

Il/la sottoscritto/a _____ nella sua qualità di⁸

_____ del/della paziente _____

nato/a il _____ informato/a dal medico dott. _____

sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidio	Data inizio	Ora di utilizzo

al fine di _____

reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**


all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti.

Dichiaro di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-disciplinare ha attuato, in "scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, la correzione e la rimozione di tutte le cause di impropria applicazione.

Firma utente/ rappresentante legale _____

Firma del medico _____

⁸ Specificare (amministratore di sostegno, tutore, curatore, familiare di riferimento, etc.)

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 22 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

(Allegato 5) AGGRESSIVITÀ E TECNICHE DI DE ESCALATION

Il paziente con comportamento aggressivo

Nella genesi del comportamento aggressivo le determinanti situazionali e la capacità di autocontrollo individuali giocano un ruolo fondamentale.

Gli operatori sanitari devono ricordare:

- Che persone diverse possono reagire diversamente alla stessa situazione;
- Che di fronte a pazienti con comportamenti aggressivi bisogna avere autocontrollo emozionale e comportamentale;
- Che è importante sviluppare abilità comunicative;
- Di attuare il problem solving;
- Che l'aggressività di un paziente/utente ha ripercussioni psicologiche sui sanitari;
- Che la prevenzione dei comportamenti aggressivi deve avvenire a più livelli.

L'aggressività nel paziente demente


Il paziente con decadimento cognitivo ospedalizzato ha una maggiore probabilità di sviluppare comportamenti aggressivi rispetto a un paziente assistito domiciliariamente; il trigger può essere provocato da contrarietà insignificanti.

Comportamento suggerito:

1. Astenersi dai tentativi di far ragionare la persona mentre è aggressiva;
2. Analizzare la situazione dalla sua prospettiva ;
3. Allontanarsi dall'utente se non ci sono pericoli per la sua incolumità;
4. Chiedergli i motivi del suo stato d'animo parlando lentamente e con un tono di voce calmo.

L'aggressività nel paziente con disturbi mentali

In una fase di buon compenso il paziente psichiatrico non è più aggressivo o violento rispetto al resto della popolazione. Quando scompensato e in fase di acuzie possono verificarsi situazioni di aggressività verbale o fisica.

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 23 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

Secondo Maier e Van Rybroek (1995) il ciclo dell'aggressione consta di 5 fasi:


1. Fase del fattore scatenante o TRIGGER;
2. Fase della crescita dell'aggressività o ESCALATION;
3. Fase della crisi o AROUSAL;
4. Fase del recupero; nuovi fattori scatenanti TRIGGERS;
5. Fase della depressione post-critica o DOWN.

Sebbene non sempre facile o possibile, sarebbe opportuno tentare di riconoscere in tempo il fattore scatenante l'aggressività e rimuoverlo. Laddove ciò non avvenisse o non può avvenire dobbiamo sapere che la fase di escalation è caratterizzata dall'incapacità dell'utente a contenere le proprie emozioni, che possono portare a un comportamento aggressivo. In questa fase possiamo provare a deviare il suo percorso comportamentale proponendo alternative comportamentali o di interpretazione della realtà e offrire sostegno emotivo, al fine di decomprimere la tensione dell'interlocutore.

SEGNI CLINICI DELL' ESCALATION

- Incremento dell'agitazione psicomotoria (ipervigilanza, irritabilità marcata e atteggiamento polemico);
- Inibizione delle abituali capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi (scarsa concentrazione, difficoltà nel sostenere il colloquio, prevalenza d'idee dominanti con interpretatività);
- Paura di sé e/o degli altri;
- Allucinazioni o deliri dal contenuto violento;
- Confusione mentale;
- Aumento delle attività del SNC, del sistema endocrino e dell'apparato circolatorio (il corpo si prepara alla lotta o alla fuga);
- Scarso controllo degli impulsi (aggressività verbale, contro la proprietà, verso sé stesso o terzo).⁹

⁹ www.ipasvipavia.it (22.04.2017)


 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 24 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

Nella fase della crisi o Arousal, soprattutto quando parliamo di paziente psichiatrico, può rendersi necessario il contenimento dello stesso, non dimenticandosi mai la messa in sicurezza degli operatori anche attraverso, eventualmente, l'allontanamento dal paziente.

Durante la fase di recupero dobbiamo evitare gli stimoli, i rimproveri e le elaborazioni. Nell'ultima fase di depressione post critica è invece utile compiere un processo di elaborazione dell'accaduto, comprendere le circostanze nelle quali si è verificato e discuterne con l'utente.

Dalla escalation alla de escalation: comportamenti e azioni

1. *Mantenere un'osservazione intensiva dell'utente, rilevando e valutando costantemente la variazione dei segni clinici (contatto visivo costante, no "sguardo fisso");*
2. *Non lasciarlo solo, non rimanere da soli con lui e non girargli le spalle;*
3. *Rispettare l'eventuale scelta di un interlocutore privilegiato tra gli operatori;*
4. *Utilizzare una comunicazione diretta e individualizzata, centrata sugli elementi alla base del conflitto e volta alla loro risoluzione;*
5. *Calma e autocontrollo della propria comunicazione verbale e non verbale (misurare silenzi, gesti, parole e espressioni);*
6. *Proporre alternative possibili per affrontare la situazione senza il ricorso alla violenza;*
7. *Adottare una postura neutrale: braccia rilassate ai lati del corpo, palmi delle mani aperte e visibili, spalle e gambe non contratte;*
8. *Evitare qualunque contatto fisico senza averne chiesto prima esplicito consenso;*
9. *Proporre l'assunzione di terapia farmacologica per ridurre lo stato morboso alla base dell'aggressività;*
10. *Utilizzare relazioni significative per l'utente (parenti, amici, vicini, prete, assoc.ne, altri utenti) per favorire il calo della tensione individuale e collettiva;*
11. *Lasciare spazio sufficiente di movimento per lui e per noi stessi;*
12. *Muoversi verso spazi di sicurezza, evitando zone chiuse e angoli per non trovarsi "spalle al muro";*
13. *Avere una via di uscita/fuga sempre accessibile;*
14. *Avere con sé cordless e cellulare carichi;*

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 25 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

15. Custodire i materiali pericolosi (taglienti, caustici, etc.) in locali chiusi e accessibili solo per operatori;
16. Valutare gli effetti personali e gli oggetti a disposizione dell'utente;
17. Chiedergli di deporre gli oggetti contundenti, taglienti o pericolosi in suo possesso;
18. Interporre qualcosa tra noi e l'utente (poltrona, scrivania, tavolo, etc.);
19. Non sotto/sovrastimare pregressi agiti aggressivi;
20. Evitare di agire (contro) aggressività (verbale o gestuale), direttività (devi ...fai ...) e oppositività (Signor No);
21. Evitare di assecondare idee bizzarre e aspettative irrealizzabili;
22. Evitare di polemizzare, criticare o giudicare;
23. Evitare di "pressare", iperstimolare o minacciare;
24. Valutare l'opportunità di comunicargli le nostre sensazioni di paura, minaccia, pericolo;
25. Evitare di sminuire, svalutare o ridicolizzare le richieste e i bisogni dell'utente;
26. Utilizzare il cibo, il paradosso e l'umorismo come deterrenti/depotenzianti l'aggressività.¹⁰

Strategie


L'operatore deve:

- Controllare, mediante monitoraggio, la natura del comportamento aggressivo e la frequenza;
- Individuare con il paziente quali sono le situazioni che gli scatenano comportamenti aggressivi;
- Quali e quanto sono efficaci gli sforzi per ridurli;
- Escludere lesioni del lobo temporale, abuso di sostanze, intossicazioni da farmaci tramite diagnostica specifica.

Interventi


- Educazione sui vantaggi di esprimere la collera in maniera non distruttiva;
- Considerare il comportamento aggressivo come problematico già al primo episodio;

¹⁰ www.ipasvipavia.it (22.04.2017)

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 26 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

- *Ridurre l'assunzione di sostanze tossiche;*
- *Coinvolgere i familiari;*
- *Individuare i segni precoci dello scoppio dell'aggressività;*
- *Applicare strategie di allontanamento ai primi segni di allarme;*
- *Stabilire chiari limiti di comportamento;*
- *Ricordarsi che il comportamento aggressivo può implicare un reato e in questo caso va segnalato;*
- *Ricompensare ogni sforzo di gestire la collera in modo meno aggressivo;*
- *Usare farmaci sedativi.¹¹*

¹¹ www.sunhope.it (22.04.2017)

 UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management	POS- Area Direzione Ospedaliera	0 ADO PRO 01
	Procedura per la gestione della contenzione fisica in ambiente ospedaliero	Pagina 27 di 27 Rev. n. 00 Data 14/06/2017

13. COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO

Coordinatore: P.O. Dr. Stefania Greghini

Dr. Eleonora Salustri CPSE UOC SPDC S. Spirito

Dr. Enrico Leo CPSE UOC Cardiologia S. Spirito

Dr. Luciano Valentini CPSI SPDC S. Spirito

Dr. Margherita Guarini CPSE UOC Medicina "B" S. Filippo Neri

Dr. Paola Rondino CPSE SPDC S. Filippo Neri

Dr. Silvia Grasso Dirigente Medico- Psichiatra SPDC S. Spirito

Dr. Vanessa Toracchio CPSE UOC Medicina S. Spirito