



PROCEDURA SPECIFICA

PS SC DIPSA ASL AL 05

Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione
Fisica

Data di emissione:

Febbraio 2022


revisione N° 0

Pagina 1 di 24

PS SC DIPSA ASL AL 05

Procedura aziendale:

Gestione della contenzione fisica

 <p>ASL AL REGIONE PIEMONTE</p>	<p>PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSА ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica</p>	<p>Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 2 di 24</p>
--	---	---


REDAZIONE			<i>data</i>	<i>firma</i>
	<i>Dott.ssa Paola Mancino</i>	Di.P.Sa. ASL AL Referente Allocazione Risorse Umane e Mobilità intra ed extra aziendale		firmato in originale
	<i>C.P.S.S. Claudio Visentin</i>	Coordinatore Infermieristico Dipartimento Salute Mentale Alessandria e Casale Monferrato		firmato in originale
	<i>C.P.S.E. Marina Ceccato</i>	Coordinatrice infermieristica Neurologia P.O. di Casale Monferrato		firmato in originale
	<i>Dott.ssa Lucia Capitano Cantagallo</i>	Coordinatrice Infermieristica S.E.R.D. e D.S.M. Novi L. E Tortona		firmato in originale
	<i>C.P.S.I. Lorena Zunino</i>	Infermiera Terapia intensiva e sub-intensiva P.O. di Acqui Terme		firmato in originale
	<i>C.P.S.S. Maria Teresa De Rosso</i>	Coordinatrice Infermieristica Ortopedia P.O. Tortona		firmato in originale
<i>C.P.S.S. Emanuela Pagliarulo</i>	Coordinatrice Infermieristica Rianimazione P.O. Novi Ligure		firmato in originale	

APPROVAZIONE ED EMISSIONE			<i>data</i>	<i>firma</i>
	<i>Dott.ssa Maria Elisena Focati Pisani</i>	Direttore S.C. Di.P.Sa. ASL AL		firmato in originale
	<i>Dott. Paolo Casamento</i>	Direttore S.C. Salute Mentale ASL AL		firmato in originale
	<i>Dott. Simone Lazzaro Porretto</i>	Coordinatore PP.OO. ASL AL Direttore DSPO Novi Ligure - Tortona		firmato in originale
	<i>Dott. Pasquale Toscano</i>	Direttore DSPO Casale M.to – Acqui T. –Ovada Referente S.S. Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere		firmato in originale

 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 3 di 24
---	---	---

INDICE

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA	
1.1 TITOLO	Pag. 1
1.2 DESCRIZIONE SINTETICA	Pag. 4
2. MODIFICHE ALLA PROCEDURA	Pag. 4
3. SCOPO	Pag. 4
4. AMBITO DI APPLICAZIONE	Pag. 5
5. DEFINIZIONI	Pag. 5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	Pag. 6
6.1 ASPETTI GIURIDICI ED ETICI	Pag. 6
6.2 FASI DELLA CONTENZIONE FISICA	Pag. 6
6.2.1 Elementi di valutazione per il ricorso alla contenzione fisica	Pag. 7
6.2.1.1 Ricerca ed utilizzo di soluzioni alternative	Pag. 8
6.2.2 La prescrizione (decisione clinica) del ricorso alla contenzione	Pag. 8
6.2.3 L'attuazione (applicazione dei dispositivi, sorveglianza del paziente contenuto)	Pag. 8
6.2.4 La conclusione	Pag. 9
7. RESPONSABILITA'	Pag. 10
8. LA CONTENZIONE FISICA IN AMBITO PSICHIATRICO	Pag. 10
9. INDICATORI	Pag. 12
10. RIFERIMENTI ED ALLEGATI	Pag. 13
10.1 RIFERIMENTI	Pag. 13
10.2 ALLEGATI	Pag. 13
11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag. 14
DIAGRAMMA DI FLUSSO	Pag. 15
Allegato 1	Pag. 16
Allegato 2	Pag. 17
Allegato 3	Pag. 18
Allegato 4	Pag. 20
Allegato 5	Pag. 21
Allegato 6	Pag. 22
Allegato 7	Pag. 23

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 4 di 24
---	---	--

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

1.1 Procedura Aziendale: Gestione della contenzione fisica

1.2 DESCRIZIONE SINTETICA

La contenzione fisica rimane ancora oggi un tema molto discusso sia per motivi legali ed etici, sia per motivi di efficacia clinica, in ogni caso, essa comporta una limitazione della libertà personale ed è un potenziale vulnus alla dignità dell'individuo.

Questa procedura nasce con lo scopo di prevenire la contenzione, attraverso l'utilizzo di approcci alternativi che promuovano la sicurezza e, al contempo, garantiscano alla persona la libertà di movimento/comportamento.

La prevenzione della contenzione inizia da una valutazione delle persone a rischio di porre in atto condotte etero aggressive o clastiche; il personale deve in seguito implementare pratiche alternative alla contenzione fisica, utilizzando la contenzione come ultima risorsa.

Gli operatori sanitari e comunque i soggetti responsabili dell'assistenza delle persone, hanno la responsabilità etica e professionale di generare percorsi di formazione e miglioramento, volti a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione e/o la durata della loro applicazione. L'obiettivo è tendere alla minimizzazione o abolizione della contenzione stessa.

2. MODIFICHE ALLA PROCEDURA

Trattandosi della revisione 0 non si evidenziano modifiche.

Questo documento sarà sottoposto a verifica e revisione periodica e ogni volta che se ne ravviserà la necessità.


3. SCOPO

Lo scopo del presente lavoro è quello di: garantire che la contenzione sia un provvedimento straordinario, strettamente limitato, ai casi in cui tutti gli altri interventi preventivi/alternativi messi in atto siano risultati inefficaci, al fine di prevenire l'insorgere di comportamenti in grado di mettere a rischio l'incolumità del paziente stesso e delle persone presenti nel contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori, ecc.).

Tale scopo viene perseguito nel rispetto della sicurezza delle persone assistite e degli operatori, attivando i dispositivi di garanzia in ambito sanitario e giuridico.

Obiettivo della procedura è:

- aumentare l'utilizzo di soluzioni alternative
- evitare il ricorso alla contenzione nei seguenti casi:
 - Per sopperire a carenze organizzative
 - Per motivazione disciplinare
 - Con valenza di routine
 - Come alternativa all'osservazione diretta
 - Oltre lo stretto tempo necessario qualora cessino le condizioni che hanno motivato il provvedimento

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 5 di 24
---	---	---

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutto il Personale Sanitario e Tecnico delle S.C./S.S. di degenza per le rispettive competenze e riguarda tutti gli assistiti ivi presi in carico, qualora venga riscontrata la necessità di utilizzare la pratica della contenzione fisica.

5. DEFINIZIONI

Contenzione meccanica: La contenzione può essere definita come un atto sanitario- assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici forniti dall'azienda applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

Il processo decisionale di utilizzo della contenzione deve sempre essere documentato in cartella clinica o riscontrabile nella documentazione delle procedure diagnostico-terapeutiche.

Dispositivi di contenzione fisica: Si definiscono mezzi di contenzione fisica e meccanica i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona, per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in:


- mezzi di contenzione per il letto (per esempio spondine);
- mezzi di contenzione per la sedia (per esempio corpetto);
- mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere, cavigliere, fasce addominali);
- mezzi di contenzione per postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).

Dispositivi non considerati di contenzione fisica:

- gessi ortopedici;
- dispositivi per controllare la postura sul letto operatorio o radiologico;
- bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa;
- sponde laterali delle barelle durante il trasporto e la sosta;
- dispositivi predisposti per il corretto allineamento e per la sicurezza del degente nel progetto riabilitativo;
- sponde laterali che possono non coinvolgere tutta la lunghezza del letto

Condizioni non considerate contenzione: Non sono da considerarsi atti contenitivi le seguenti situazioni:

- posizionamento di una sponda del letto allo scopo di favorire il movimento autonomo della persona;
- posizionamento di dispositivi su richiesta del degente per rispondere ad una richiesta di maggior sicurezza ad esempio posizionamento delle spondine; la richiesta deve essere firmata in cartella;
- posizionamento di sponde al letto in caso di pazienti incoscienti o in stato di coma;
- uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura in carrozzina del degente anche parzialmente collaborante per brevi e circoscritti periodi di tempo;
- uso di dispositivi finalizzati al mantenimento della corretta postura per indagini diagnostiche/terapeutiche (sala operatoria, radiologia diagnostica e interventistica).
- utilizzo di spondine parziali (metà letto)

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 6 di 24
---	---	---

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1. ASPETTI GIURIDICI ED ETICI

La Costituzione, il Codice penale, il Codice Civile e il codice etico e deontologico infatti tutelano il rispetto e la libertà dell'individuo e puniscono l'abuso dei mezzi di contenzione e il loro uso improprio. Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito

Il ricorso alla contenzione fisica deve essere considerato nell'ambito:

- del problema della sicurezza del paziente, dell'operatore o di terze persone, rientrando nei comportamenti che il sanitario adotta ravvisando uno stato di necessità (art. 54 c.p.);
- dall'assunzione da parte del sanitario della cosiddetta "posizione di garanzia" (art. 40 c.p.) che gli impone di preservare il bene protetto (salute) da tutti i rischi che possano lederne l'integrità, configurandosi altrimenti una condotta omissiva.

Qualora non siano soddisfatti i principi suddetti, l'applicazione dei mezzi di contenzione può configurare diverse fattispecie di reato quali:

- violazione del principio di inviolabilità della libertà personale (art. 13 della Costituzione Italiana);
- violazione della libertà di consenso agli atti sanitari (art. 32 della Costituzione Italiana);
- abuso di mezzi di contenzione e di disciplina (art. 571 c.p.);
- violenza privata (art. 610 c.p.);
- maltrattamenti continuati o ripetuti (art. 572 c.p.);
- sequestro di persona (art. 605 c.p.)

Inoltre andrebbe a violare precise norme deontologiche quali:


- difesa della libertà e della dignità della persona (art. 3 del C. D. 2019 dell'Infermiere ed art. 5 C. D. del Medico);
- l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali (art. 35 C. D. 2019 dell'Infermiere)

6.2 FASI DELLA CONTENZIONE FISICA

Ogni pratica di contenzione fisica è composta dalle seguenti fasi:

- analisi degli elementi per il ricorso alla contenzione (valutazione degli elementi)
- prescrizione (decisione medica)
- attuazione (modalità, monitoraggio e sorveglianza del paziente sottoposto a contenzione)
- conclusione (rivalutazione clinica e rimozione dei dispositivi di contenzione).

Ogni fase della contenzione deve essere adeguatamente documentata in cartella clinica.

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 7 di 24
---	---	--

6.2.1 Elementi di valutazione per il ricorso alla contenzione fisica

L'uso della contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali, quale estrema ratio per consentire il processo di cura e solo dopo aver cercato e sperimentato tutte le possibili soluzioni alternative. Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione è consigliata la formazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi e problemi associati all'uso di tale metodica. E' importante anche il coinvolgimento dei familiari che possono aiutare sorvegliando il paziente in cura.

La ricerca e il "fallimento" della sperimentazione di soluzioni alternative, ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni, dovranno essere esplicitate in cartella clinica affinché l'atto si configuri come pratica indispensabile per consentire i necessari ed indifferibili provvedimenti sanitari.


La fase decisionale di valutazione dell'appropriatezza di una misura contenitiva deve considerare attentamente i benefici a fronte dei possibili rischi per la salute del paziente e gli effetti indesiderati psicologici e fisici diretti ed indiretti.

Questi effetti possono essere originati:

- dall'azione meccanica diretta o indiretta dei mezzi di contenzione (traumi cranici, asfissia da compressione della gabbia toracica, strangolamento, ferite, abrasioni, frattura, distorsioni o distrazioni tendineo-articolari);
- dall'immobilizzazione (lesioni da decubito, aumento dell'incidenza e gravità delle infezioni nosocomiali, incontinenza, riduzione delle performance motorie, trombosi venosa profonda);
- dalle alterazioni della sfera psicosociale (depressione, stress, umiliazione, sconforto, aumento del livello di confusione-disorientamento).

L'adozione del provvedimento di contenzione deve essere correttamente motivata e documentata in base ai seguenti elementi:

- valutazione del rischio oggettivo per il paziente e per le altre persone presenti: stato di confusione mentale, incoscienza o ebbrezza; periodo pre e post sedazione; autolesionismo eterolesionismo; rischio di caduta; mantenimento di corretto allineamento posturale; pericolo di fuga in paziente disorientato e non collaborante; per il paziente in TSO non collaborativo con il percorso di cura e la degenza;
- valutazione dell'inefficacia di altri mezzi: interventi relazionali, ambientali, farmacologici;
- problematiche assistenziali specifiche ad esempio possibile auto-rimozione di cateteri, impossibilità di effettuare attività diagnostiche;
- sbilanciamento rischio-beneficio: il provvedimento dovrà essere proporzionato al rischio di una mancata contenzione con riguardo ad eventuali controindicazioni cliniche;
- scelta del mezzo di contenzione adeguato e proporzionato al bisogno, che deve risultare il meno possibile restrittivo della libertà del soggetto.

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 8 di 24
---	--	---

6.2.1.1 Ricerca ed utilizzo di soluzioni alternative

Alcune situazioni e comportamenti a rischio possono essere affrontati con soluzioni alternative alla contenzione fisica come per esempio problemi di natura emotiva e legati all'agitazione ed all'ansia.

La tabella presente in allegato (All. 6) suggerisce alcuni interventi da poter utilizzare.

6.2.2 La prescrizione (decisione clinica) del ricorso alla contenzione

La decisione clinica è del medico e solo in situazioni di emergenza ed in assenza del medico il personale infermieristico può decidere di applicare una contenzione, purché l'atto sia fatto tempestivamente controfirmare dal medico, preventivamente informato, in cartella clinica.

Quando le circostanze operative lo consentono il paziente o il rappresentante legale o i familiari che lo assistono, devono essere coinvolti nel processo decisionale della contenzione. Il medico deve ricercare ed ottenere la massima adesione possibile da parte del paziente o dei loro familiari facendo loro comprendere le reali finalità terapeutiche e non coercitive, dell'atto proposto, illustrandone rischi e benefici. La traccia documentale firmata di quanto comunicato deve rimanere in cartella clinica.

Le motivazioni, il tipo di contenzione, la durata e le modalità di monitoraggio devono essere documentate nella cartella clinica attraverso la puntuale compilazione della Scheda di prescrizione della contenzione fisica e delle Schede di monitoraggio (All. 2 e All. 3), anch'esse parte integrante della cartella clinica.


Modalità di monitoraggio: in base al tipo di contenzione ed alle patologie associate al fine di prevenire l'insorgenza di complicanze, il team assistenziale stabilisce la frequenza ed i parametri da monitorare, salvaguardando, se possibile, il ritmo sonno/veglia attraverso la compilazione della Scheda di monitoraggio (All.2)

6.2.3 L'attuazione (applicazione dei dispositivi, sorveglianza del paziente contenuto)

Per limitare i possibili danni e le resistenze del paziente è necessario fare intervenire un numero di operatori, valutato secondo necessità e tipo di contenzione. Il personale sanitario applica i mezzi di contenzione prescritti avvalendosi della collaborazione del personale di supporto. In questa fase è importante l'approccio relazionale: spiegando la manovra e le motivazioni che hanno portato alla prescrizione con un linguaggio adeguato all'assistito ed alle sue condizioni cognitive.

Raccomandazioni per contenere un soggetto in sicurezza riducendo il rischio di conseguenze :

- Prima di applicare un mezzo di contenzione controllare l'ambiente togliendo oggetti che non servono e che potrebbero essere d'intralcio
- Disporre tappeti o materassi vicino al letto per attutire un'eventuale caduta
- Rimuovere dalle proprie tasche oggetti come matite o penne che potrebbero ferire il soggetto
- Indossare occhiali, guanti e mascherina
- Procedere alle manovre con un piccolo team di 3 o al massimo 6 operatori sanitari (il numero di operatori coinvolti è direttamente correlato allo stato di agitazione e del comportamento oppositivo del paziente onde minimizzare i rischi per la salute dello stesso o gli infortuni sul lavoro del personale)
- Chiedere a tutti coloro che non sono implicati nella manovra di allontanarsi


 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	<p>PROCEDURA SPECIFICA</p> <p>PS SC DIPSASL AL 05</p> <p>Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica</p>	<p>Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 9 di 24</p>
---	---	---

- Stabilire un leader con il compito di guidare il gruppo nell'eseguire l'operazione che gestisca la comunicazione con il paziente e che agisca come un sincronizzatore dell'intervento di contenzione
- Cercare di immobilizzare il soggetto in prossimità del letto evitando così di doverlo trascinare
- Evitare, se possibile, di immobilizzare il soggetto in posizione prona perché tale posizione può interferire con la capacità respiratoria del soggetto (anche presidi di contenzione non montati correttamente o larghi potrebbero favorire questo tipo di problema)

E' necessario monitorare lo stato di contenzione con: osservazione, rilevazione di parametri vitali ove prescritti e di segni e sintomi presenti attraverso la scheda "P.R.I.M.A." (All. 2) già in uso a livello aziendale con la cadenza richiesta dalla prescrizione medica e la "Scheda integrativa di monitoraggio" (ALL. 3) da compilare a seconda della durata della contenzione fino a 3/4 volte al giorno, e segnalazione in cartella clinica e in base al tipo di contenzione che si differenzia in:

TIPO DI CONTENZIONE	PARAMETRI DA MONITORARE	DOCUMENTI PER IL MONITORAGGIO	RIVALUTAZIONE CLINICA DA PARTE DEL MEDICO
Altamente restrittivo: Set di contenzione	PA, FC, SpO2, Temperatura corporea, respiro, stato di coscienza, posizionamento delle fasce di contenzione ed eventuali compressioni/ abrasioni ogni 10'	-Scheda di prescrizione di contenzione fisica (All. 1) -Schede di monitoraggio (All. 2 e 3)	Almeno ogni 2 ore o su richiesta del personale sanitario
Parzialmente restrittivo: Bracciali di immobilizzazione Fascia Pelvica	Controllo visivo almeno ogni 30 minuti; pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, ossigeno e temperatura su indicazione medica	(All. 1) (All. 2 e 3)	Ogni qualvolta il personale sanitario sulla base dei riscontri, lo ritenga necessario
Parzialmente restrittivo: Tavolino per carrozzina Fascia per carrozzina Sponde da letto	Controllo visivo da effettuarsi con frequenza variabile in relazione alla valutazione del personale sanitario. Parametri su indicazione medica	(All. 1) (All. 2 e 3)	Ogni qualvolta il personale sanitario sulla base dei propri riscontri, lo ritenga necessario

Il personale sanitario e tecnico dovrà altresì garantire e registrare le attività assistenziali correlate all'idratazione, all'alimentazione, alla mobilizzazione (da effettuarsi almeno ogni 2 ore) (All. 3), all'eliminazione, alle cure igieniche. Qualora durante l'attività di monitoraggio il personale sanitario riscontri alterazioni significative dei parametri sottoposti a monitoraggio, deve darne immediata comunicazione al Medico. Tali controlli hanno lo scopo di monitorare il paziente dal punto di vista clinico, rilevando il perdurare delle condizioni che hanno reso necessario il provvedimento e/o il manifestarsi di complicanze dirette o indirette legate alla contenzione, al fine di decidere in merito alla prosecuzione dell'atto contenitivo ovvero alla sua rimozione.

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 10 di 24
---	---	--

6.2.4 La conclusione

La decisione di proseguire la contenzione non deve essere considerata come una routine ma, al contrario deve essere sempre tenuta presente la possibilità della de contenzione.

La contenzione cessa quando il medico, valutando lo stato clinico del paziente, riscontra che non sussistano più le motivazioni che l'hanno resa necessaria. Il rappresentante legale e/o il familiare viene informato tempestivamente dell'avvenuta de contenzione.

Durante la fase di de contenzione da dispositivi altamente restrittivi, il personale sanitario informa sempre il paziente in merito alle azioni che avverranno, rileva i parametri, aiuta il paziente ad assumere per qualche minuto la posizione semiseduta, poi a scendere dal letto ed a muovere i primi passi. Il medico e il personale sanitario, per competenza, eseguono attività di counseling post intervento dandone riscontro nella documentazione clinica.

7.RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	MEDICO	INFERMIERE	PERSONALE DI SUPPORTO
Valutazione elementi per la pratica contenitiva	R	C	
Prescrizione contenzione in cartella medica	R		
Applicazione del dispositivo di contenzione		R	C
Monitoraggio parametri durante la contenzione	R*	R*	C
Rivalutazione	R	C	
Assistenza durante la contenzione		R	C
Prescrizione decontenzione	R	C	
Attuazione decontenzione		R	C
Segnalazione della contenzione superiore alle 24 ore Alla direzione sanitaria	R	C	


Legenda: R= Responsabile C=Collaboratore

R*= ogni professionista per le specifiche competenze, come descritto nel testo

8. LA CONTENZIONE FISICA IN AMBITO PSICHIATRICO

Una psichiatria senza contenzione - va sottolineato - non solo è possibile, ma dopo la riforma del 1978 costituisce un obbligo giuridico e prima ancora deontologico. Beninteso, ciò non significa che, in alcune circostanze, non si renda necessaria una qualche forma di coercizione, di pressione sul paziente per indurlo alla cura. Vi sono situazioni in cui è consentito, anzi doveroso, intervenire su una persona anche usando la forza fisica (coercizione o contenzione fisica) pur con tutti i limiti del caso. La coercizione fisica può essere esercitata nell'ambito di un rapporto di diretto confronto con il paziente, misurandosi con lui per fargli superare una situazione di crisi, ma - occorre precisare - riconoscendo la sua soggettività, i suoi diritti e i suoi bisogni, anche se espressi in modo convulso e violento. Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, non già un'iniziativa fine a se stessa, bensì la premessa di interventi propriamente sanitari immediatamente successivi.

Da un punto di vista giuridico questa forma di coercizione, che in astratto potrebbe dar luogo a reati, può essere giustificata dall'art. 54 del codice penale, che disciplina lo stato di necessità. In genere, ma non

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 11 di 24
---	---	---

necessariamente, questi interventi coercitivi sul paziente avvengono nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio.

La normativa che disciplina i trattamenti sanitari obbligatori fa riferimento alla L. 180/1978 che è ricompresa nella L. 833/1978.

L'art. 33 della suddetta legge recita: "...Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico....OMISSIS."

L'art. 34 dispone:"..... Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.....OMISSIS".


Occorre poi evidenziare che nonostante la contenzione meccanica non rappresenti evidentemente un problema peculiare della psichiatria e si ritrovi in numerosi altri ambiti sanitari, nel campo della salute mentale essa assume un significato del tutto particolare soprattutto per le seguenti ragioni:

1. L'importanza che in psichiatria, assume il tema della libertà personale, in riferimento al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale.
2. Il fatto che le considerazioni per le quali l'uso della forza può essere valutato lecito in psichiatria (prevenzione della violenza imminente o applicazione forzata di un disposizione dell'autorità) corrisponda a quelle per le quali esso lo è considerato, ma in quel caso chiaramente regolamentato, da parte delle forze dell'ordine.
3. Il rischio che l'adozione o il protrarsi della contenzione in psichiatria possano assumere valenze disciplinari o punitive improprie o che possano essere eccessivamente influenzati dall'assetto emotivo di chi assume la decisione, anche perché l'atto origina il più delle volte come risposta ad un rischio soggettivamente percepito.

Per la prevenzione della contenzione meccanica in SPDC occorre ridurre i comportamenti violenti nei luoghi di cura attraverso l'adozione e/o il potenziamento di buone pratiche cliniche in luoghi di cura sicuri e confortevoli.

I fattori sui quali è possibile intervenire sono rappresentati da:

- ✓ Fattori strutturali: le caratteristiche logiche del servizio ospedaliero, il rapporto numerico staff/pazienti, ecc.

 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 12 di 24
---	---	--


- ✓ Fattori relazionali: l'atteggiamento dello staff verso i pazienti, in particolare in occasione di episodi di agitazione caratterizzati da aggressività, o di atteggiamenti oppositivi.
- ✓ Le caratteristiche dei pazienti ricoverati nell'unità di tempo.

9.INDICATORI

Per l'implementazione della procedura nelle diverse S.C./S.S. e per valutare l'entità del fenomeno "contenzione" è necessaria la compilazione di alcuni moduli da inviare al Rischio Clinico :

- ✓ Allegato 4: "Scheda di segnalazione contenzione", che è personale per ogni paziente e nel quale sono contenute a scopo identificativo solo le iniziali e l'età del paziente per preservare la Privacy, e vuole focalizzare l'attenzione sul numero di contenzioni a cui è sottoposto il paziente durante il ricovero e che deve essere inviato al termine del ricovero.
- ✓ Per verificare l'andamento del fenomeno nelle diverse S.C./S.S. nel primo anno di implementazione della procedura il personale sanitario rileva gli episodi di contenzione attraverso un report costituito da una scheda per ogni unità operativa. Detto report non contiene l'identificazione dei dati anagrafici della persona sottoposta alla contenzione (solo iniziali del nome ed età), data ed ora di inizio e fine della contenzione e tipologia del dispositivo utilizzato. L'analisi del report dovrà avvenire con cadenza trimestrale all'interno dell'equipe assistenziale. La scheda di segnalazione deve essere inviata al Rischio Clinico al termine dell'episodio di ricovero (All. 3).
- ✓ Allegato 5: Registro mensile delle contenzioni in cui ogni S.C./S.S. deve indicare il numero totale dei pazienti contenuti rispetto ai pazienti ricoverati. La copia della scheda mensile deve essere inviata al rischio clinico entro il 5° giorno del mese successivo. Il registro deve essere conservato in reparto e a fine mese deve essere firmato dal coordinatore e dal Direttore S.C..

Requisito del prodotto/caratteristica/fattore di qualità	Indicatore	Modalità di controllo (Fonte dei dati/Responsabile raccolta dati/tempi)	Responsabile elaborazione dati
Conoscere il numero di pratiche contenitive adottate per livello di restrizione e rapportate alle giornate di degenza.	- N° totale pratiche contenitive/n° di tutti i pazienti ricoverati - N° gg di contenzione/n° gg degenza	Il personale sanitario dell'U.O. registra le pratiche contenitive per il 1° anno nel registro della contenzione dei pazienti ricoverati (All. 5)	Il Referente del Rischio clinico aziendale elabora il report complessivo, sulla base delle schede inviate.

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 13 di 24
---	---	--

10. RIFERIMENTI E ALLEGATI

10.1 RIFERIMENTI

La seguente procedura è in linea con quanto contenuto:

Costituzione italiana (artt. 13-32)

Legge 180/78 (artt. 1-2)

Legge 833/78 (artt. 34-35)

Codice deontologico del medico anno 2014 (artt.5-32-51)

Codice deontologico dell'infermiere anno 2019 (artt. 3-35)

Codice penale

Art. 40 – Posizione di garanzia

Art. 54 – Stato di necessità

Art. 571 – Abuso mezzi di contenzione

Art. 572 – Maltrattamenti

Art. 605 – Sequestro di persona

Art. 610 – Violenza privata

Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13 del 2011, Ministero della Salute

Azione 7. del Programma Regionale per la Gestione del Rischio Clinico 2020-2022:Programma Regionale per l'emergenza Intraospedaliera.


Azione 13.del Programma Regionale per la Gestione del Rischio Clinico 2020-2022: Pratiche contenitive in ambito Sanitario.

Clinical Best Practice Guidelines, Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, Registered Nurse's Association of Ontario, 2012

Procedura aziendale della prevenzione delle cadute

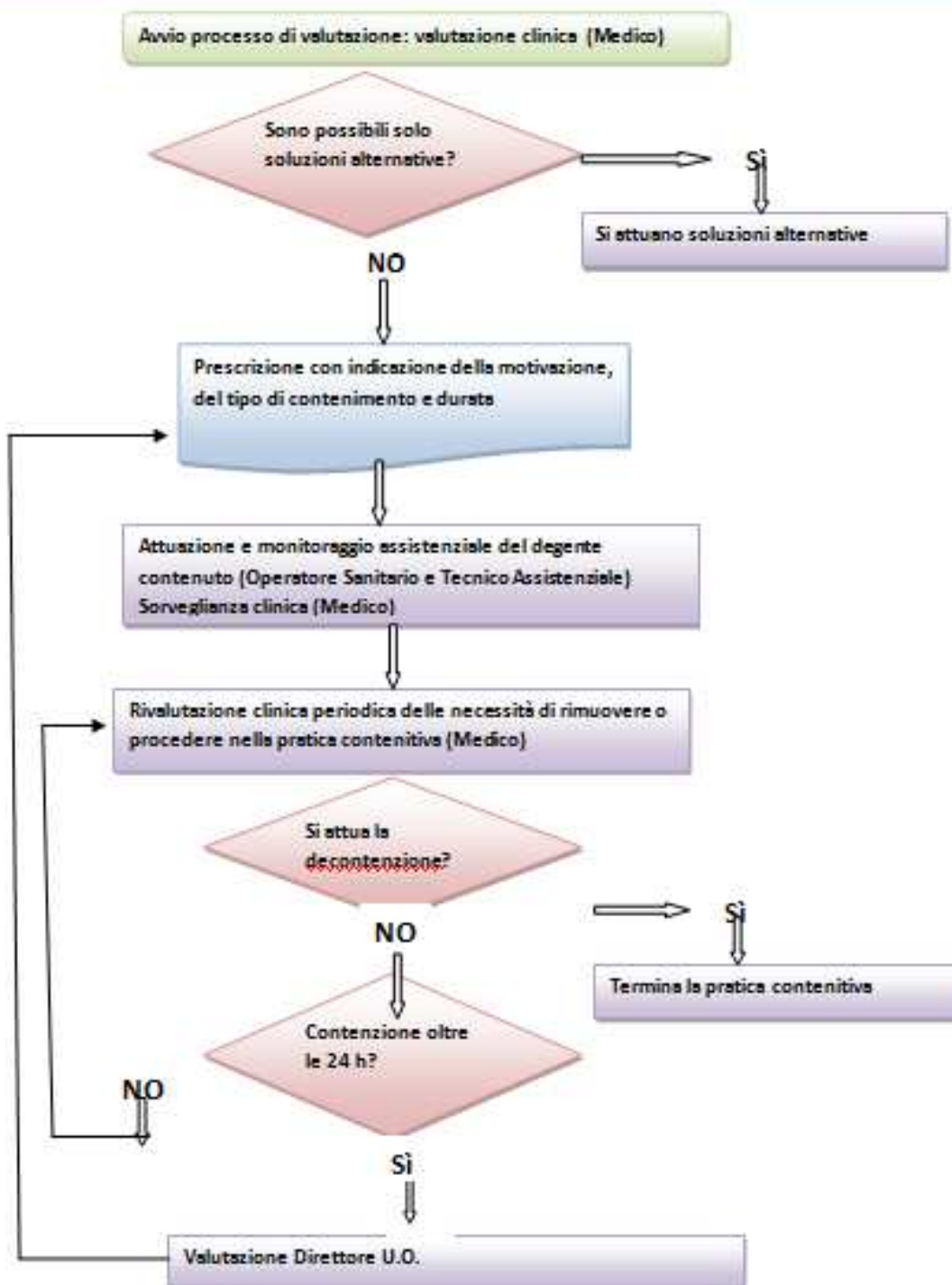
10.2 ALLEGATI

- Scheda di prescrizione della contenzione (All. 1)
- Scheda P.R.I.M.A. (All. 2)
- Scheda integrativa di monitoraggio dei pazienti contenuti (All. 3)
- Scheda di segnalazione contenzione (All. 4)
- Registro giornaliero delle contenzioni fisiche (all 5)
- Avvertenze uso dei dispositivi (All. 6)
- Ricerca ed utilizzo di soluzioni alternative (All.7)

 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	<p>PROCEDURA SPECIFICA</p> <p>PS SC DIPSA ASL AL 05</p> <p>Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica</p>	<p>Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 14 di 24</p>
---	---	--

11 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Gulizia D., Lugo F., Cocchi A. et Al. La contenzione fisica in ospedale – evidencebasedguideline. Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda 2008.
2. Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights risks and responsibility.2008
3. Casciarri G. Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria 2007;3:13-20
4. National Patient Safety Agency. Bedrails rewing the evidence. A systematic literature review. 2007
5. National Institute of Nursing Research, 5 problems associated with the use of physical restraints, 2006
6. Zanetti E., Castaldo A., Gobbi P.I., I Quaderni. Superare la contenzione: si può fare. IPASVI 2002
7. Joanna Briggs Institute. Best Practise Physical restraint. 2002
8. American Psychiatric Association. position statement on the use of seclusion and restraint (original 2000, revised 2007)
9. Lebiu G., Contenzione fisica, meccanica e farmacologica. Infermiere forense
10. Karger B., Fracasso T., Pfeiffer H., Fatalities related to medical restraint devices – Asphyxia in a common finding. Forensic science international 2008;
11. Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, la contenzione fisica in ospedale. Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica
12. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - 10/081 /CR07/C7 -, contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione, 29 luglio 2010
13. Els G. Van Neste, Ward Verbruggen, Mark Leysen, Deep venous thrombosis and pulmonary embolism in psychiatric settings, The European Journal of Psychiatry v.23 n.1 Zaragoza ene.-mar. 2009
14. Abderhalden C. e coli., Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in switzerland, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3:30, pp. 1-11, 2007.
15. Bowers L. e coli., Patient ethnicity and three psychiatric intensive care units compared: the Tompkins Acute Ward Study, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing , 15, 195-202, 2008.
16. Corte di Cassazione, Sez. V, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497





PROCEDURA SPECIFICA
PS SC DIPSA ASL AL 05
Procedura Aziendale:
Gestione della Contenzione Fisica

Data di emissione:
Febbraio 2022
revisione N° 0
Pagina 16 di 24

All. 1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA

P.O. _____ S.C./S.S. _____

Cognome _____ Nome _____

Circostanza che determina il ricorso alla contenzione fisica:		<input type="checkbox"/> Stato di confusione mentale (condizione cronica)
<input type="checkbox"/> Stato di confusione mentale o incoscienza o ebbrezza (estemporaneo)	<input type="checkbox"/> Comportamento di eterolesionismo	<input type="checkbox"/> Comportamento di autolesionismo
<input type="checkbox"/> Periodo pre-post sedazione chirurgica	<input type="checkbox"/> Pericolo di fughe in degente disorientato/non collaborante	
<input type="checkbox"/> Mantenimento di corretto allineamento posturale non previsto dal piano personalizzato riabilitativo	<input type="checkbox"/> Paziente a rischio di caduta <input type="checkbox"/> Indice Scala Conley	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare)

Alternative alla contenzione valutale:	Non possibile	Non idoneo	Non efficace
<input type="checkbox"/> Colloquio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interventi gestionale/Logistici finalizzati ad aumentare l'attività di sorveglianza e ridurre il tempo d'azione fra la situazione di rischio e l'intervento professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assistenza da parte dei familiari /Care giver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utilizzo letto abbassabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Materasso a terra / accanto al letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo di contenzione prescritto:	<input type="checkbox"/> Sponde al letto	<input type="checkbox"/> Cintura di sicurezza al letto
<input type="checkbox"/> Sedia con piano di appoggio fisso	<input type="checkbox"/> Corpetti con bretelle o cinture	<input type="checkbox"/> Cintura per carrozzina o sedia
<input type="checkbox"/> Bracciali per polsi <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Sinistro <input type="checkbox"/> Bilaterale	<input type="checkbox"/> Bracciali per caviglie <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Sinistro <input type="checkbox"/> Bilaterale	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare):

Tempi di applicazione:

- Temporaneo Data e ora di attivazioni e di termine: _____
- Continuativo (Non oltre le 12 ore) Data e ora di attivazioni e di termine: _____
- Rivalutazione Data e ora di attivazioni e di termine: _____

Note:

N.B. La contenzione deve essere monitorata nella Scheda P.R.I.M.A e nella Scheda Integrativa di Monitoraggio dei pazienti contenuti All.2 e All.3

Sono stato informato dal medico della necessità dell'applicazione di tali mezzi di contenzione e dell'eventuale probabilità di protrarre tale disposizioni per un ulteriore breve periodo temporale degente/familiare/tutore (esplicitare il tipo di rapporto o il grado di parentela) _____

Il medico _____


L'operatore sanitario _____

Data _____ ora _____

Note: _____

Nome Cognome Nato/a il		SCHEDA DI MONITORAGGIO DIPARTIMENTO SC		RICOVERO DATA FOGLIO N.		DIAGNOSI /INT. CHIRUR. DATA		DATA SIGLA	
DATA (GIORNO) ORARIO (0 - 24)									
COSCIENZA	Soporoso								
	Agitato								
	Disorientato								
	Orientato								
FREQUENZA RESPIRATORIA	>30								
	25-30								
	21-24								
	8-20								
O ₂ TERAPIA	<8								
	%O ₂ > 40								
	%O ₂ < 40								
SATURAZIONE	Aria ambiente								
	>95								
	94-95								
	90-93								
FREQUENZA CARDIACA	<90								
	>130								
	120-130								
	105-119								
	91-104								
	85-90								
	81-89								
	40-80								
PRESSIONE ARTERIOSA	<40								
	191 - >200								
	181 - 190								
	171 - 180								
	151 - 170								
	131 - 150								
	111 - 130								
	111 - 110								
	101 - 110								
	91 - 100								
TEMPERATURA	81 - 90								
	71 - 80								
	61 - 70								
	51 - 60								
	≤ 50								
	> 39								
DOLORE NRS	38,5-39								
	38-38,5								
	37,5-37,9								
	36,5-37,5								
	35-36,4								
DIURESI ML / 12 H	35-35,9								
	≤ 35								
	6-10								
PERDITE EMATICHE	4-5								
	0-3								
	Sede								
DIURESI ML / 12 H	> 450								
	250 - 450								
PERDITE EMATICHE	< 250 - Anuria								
	> = 200 ml/h								
PERDITE EMATICHE	< 200 ML/h								
	Assenti								
SIGLA OPERATORE									
NOTE									

NB: I valori possono essere inseriti con l'apposito simbolo o con il numero assoluto, posizionato nel corrispondente livello di rischio. Qualora un parametro non venga rilevato per indicazioni cliniche, apporre la sigla NR (non rilevato) o NA (non applicabile)

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 18 di 24
---	---	--

All. 3 pag.1 di 2

SCHEDA INTEGRATIVA DI MONITORAGGIO PAZIENTE CONTENUTO

Tutti i pazienti sottoposti a contenzione devono essere sottoposti a monitoraggio continuo documentato sulla scheda PRIMA, con frequenza prescritta dal medico. Il monitoraggio può essere eseguito da ogni figura professionale dell'équipe.

Cognome nome _____

Data di nascita ____/____/____

Mezzo di contenzione in atto _____

corretto posizionamento del mezzo diconenzione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	lesioni da contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
cute integra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		alimentazione	<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA
	idratazione			<input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA
<input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO		<input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA	mobilizzazione	OGNI h
cure igieniche				
<input type="checkbox"/> prescrizione invariata <input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____ Data ____/____/____ ora _____ Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____				

Mezzo di contenzione in atto _____

corretto posizionamento del mezzo diconenzione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	lesioni da contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
cute integra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		alimentazione	<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA
	idratazione			<input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA
<input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO		<input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA	mobilizzazione	OGNI h
cure igieniche				
<input type="checkbox"/> prescrizione invariata <input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____ Data ____/____/____ ora _____ Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____				



PROCEDURA SPECIFICA
PS SC DIPSA ASL AL 05
Procedura Aziendale:
Gestione della Contenzione Fisica

Data di emissione:
Febbraio 2022
revisione N° 0
Pagina 19 di 24

pag. 2 di 2

Mezzo di contenzione in atto _____

corretto posizionamento del mezzo di contenzione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	lesioni da contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
cute integra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA	alimentazione	<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA
				<input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA
idratazione			mobilizzazione	OGNI h
cure igieniche	<input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO		altro	
<input type="checkbox"/> prescrizione invariata <input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____ Data ____/____/____ ora _____,____ Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____				

Mezzo di contenzione in atto _____

corretto posizionamento del mezzo di contenzione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	lesioni da contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
cute integra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IDRATATO <input type="checkbox"/> DISIDRATATO <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA	alimentazione	<input type="checkbox"/> SI ALIMENTA <input type="checkbox"/> ASSISTITA <input type="checkbox"/> AUTONOMA
				<input type="checkbox"/> NON SI ALIMENTA
idratazione			mobilizzazione	OGNI h
cure igieniche	<input type="checkbox"/> ASSISTITO <input type="checkbox"/> AUTONOMO		altro	
<input type="checkbox"/> prescrizione invariata <input type="checkbox"/> prescrizione variata (specificare) _____ Data ____/____/____ ora _____,____ Firma medico _____ Firma infermiere/operatore _____				



PROCEDURA SPECIFICA
PS SC DIPSA ASL AL 05
Procedura Aziendale:
Gestione della Contenzione Fisica

Data di emissione:
Febbraio 2022
revisione N° 0
Pagina 20 di 24

All. 4

SCHEDA DI SEGNALAZIONE CONTENZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ S.C./S.S. _____

INIZIALI PAZIENTE _____ ETA' _____ GENERE _____

DATA DI RICOVERO _____ DATA DI DIMISSIONE _____

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) SI' NO

N°	Data inizio contenzione	ora	Data termine contenzione	ora
1				
2				
3				
4				

DURATA DELLA CONTENZIONE: GIORNI _____ ORE _____

TIPO DI CONTENZIONE _____

MOTIVO DELLA CONTENZIONE _____


NOMINATIVO DEL MEDICO CHE HA DISPOSTO LA CONTENZIONE: _____

DATA _____

NOMINATIVO OPERATORE

FIRMA _____


NB: Il modulo deve essere inviato scansionato via e-mail alla S.S. Rischio Clinico e CIO (rischioclinico@aslal.it) al termine del ricovero del paziente contenuto.

 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 21 di 24
---	---	--

All. 5

REGISTRO GIORNALIERO DELLE CONTENZIONI FISICHE MESE _____ ANNO _____

PRESIDIO OSPEDALIERO				S.C./S.S.			
DATA	N° PAZIENTI RICOVERATI	N° PAZIENTI CONTENUTI	SPONDE	BRACCIALI			
				CONTENZ. IN 1^	CONTENZ. IN 2^	CONTENZ. IN 3^	CONTENZ. IN 4^
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 22 di 24
---	---	--

All. 6

AVVERTENZE USO DEI DISPOSITIVI


- A. Non posizionare o utilizzare il dispositivo prima di aver letto e capito le istruzioni del produttore. Solamente il personale qualificato e addestrato può utilizzare il dispositivo. L'uso improprio del dispositivo aumenta il rischio di eventi avversi. La sicurezza del paziente dipende dal corretto posizionamento e utilizzo del dispositivo. Attenersi scrupolosamente alle istruzioni del produttore.
- B. Quando si utilizzano i dispositivi che comprendono la chiave magnetica, bisogna porre particolare attenzione ai portatori di pacemaker. Anche se i dispositivi non dovrebbero interferire, è meglio mantenere una distanza di almeno 10 cm. Fra la chiave e il pacemaker per evitare possibile interferenze.
- C. Prima dell'uso ispezionare l'integrità del dispositivo e assicurarsi che le chiusure brevettate e quelle in velcro tengano bene. I prodotti difettosi potrebbero causare eventi avversi. Avvisare immediatamente il produttore se si riscontrano dei difetti dei dispositivi.
- D. Utilizzare sempre i dispositivi della giusta dimensione. I dispositivi troppo grandi o troppo piccoli compromettono la sicurezza e la comodità dell'assistito.
- E. Le cinture devono essere inserite sotto la struttura del letto in modo che aderiscano bene al materasso e non scivolino da una parte all'altra.
- F. Rimuovere oggetti pericolosi alla portata del paziente che potrebbero causare incidenti (ad esempio rimuovere l'orologio dal polso, bracciali ed oggetti appuntiti).
- G. Le cinture devono essere aderenti ma non ostacolare la respirazione. Devono essere sufficientemente aderenti per evitare scivolamenti lungo il corpo oppure l'inserimento accidentali di cuscini e lenzuola che possono ostacolare il respiro. Bisogna sempre riuscire a far passare una mano aperta orizzontalmente tra il paziente e la cintura.
- H. Le cinture di posizionamento laterale e di restrizione per la spalla non impediscono al paziente di girarsi e di muoversi fino a spingersi dal letto e rischiare lo strangolamento. Queste possono essere sufficienti per i pazienti deboli con mobilità limitata, ma per gli altri bisogna sempre valutare la necessità di inserire altre cinture di sicurezza.
- I. Non tutti i dispositivi sono ignifughi. Un paziente potrebbe tentare in ogni modo di bruciare o tagliare le cinghie per liberarsi rischiando di ferirsi. Oggetti taglienti, accendini fiammiferi, ecc. devono perciò essere fuori della loro portata.
- J. I materiali poliuretano risultano molto difficili da tagliare. In caso di emergenza per liberare il paziente dalla cintura, tagliare gli straps sul retro che connettono la cintura stessa alla porzione fissata al letto.
- K. Non immergere le chiavi magnetiche in nessun liquido. Tale azione potrebbe impedirne il funzionamento.
- L. Quando si usano le sponde bisogna prevenire il rischio che il paziente le scavalchi o che rimanga incastrato nelle sponde. Prevenire la possibilità che il materasso, spostandosi verso le sponde o verso la testata o verso la pediera del letto, possa creare spazi vuoti in cui il paziente possa incastrarsi con la testa, il collo o il torace. Prevenire l'instabilità delle sponde che possono cadere o essere divelte. Non utilizzare le sponde progettate per gli adulti nei letti per bambini o nei letti di persone con corporatura particolarmente minuta perché aumenta il rischio di intrappolamento.

Alternative all'uso delle sponde nel paziente confuso a rischio di caduta

Aumentare la sorveglianza tramite interventi logistici (ad es. avvicinamento del degente al punto infermieristico) e assistenziali (ad es. aumentare i giri di controllo del personale e concordare con la famiglia una maggiore sorveglianza da parte di un caregiver).

Mantenere il letto nella posizione più bassa e posizionare dei cuscini o materassini di spugna o gonfiabili accanto al letto per attutire l'eventuale caduta. Rimboccare le lenzuola e le coperte.


Per periodi limitati e se il paziente è solo e particolarmente confuso, valutare la possibilità di porre il materasso per terra.

	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 23 di 24
---	---	---

RICERCA UTILIZZO DI SOLUZIONI ALTERNATIVE

All. 7 pag 1 di 2

Interventi specifici per alcune tipologie di condizioni cliniche	
CONDIZIONE	INTERVENTO
Disturbi d'ansia	il problema potrebbe essere efficacemente trattato attraverso l'utilizzo di strategie di tipo relazionale: <ul style="list-style-type: none"> • compagnia individuale da parte di terzi, • disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore, • conforto, • contatto fisico, • proposte motorie d'ausilio alla detensione dell'ansia, • tecniche di rilassamento.
Agitazione psicomotoria	le strategie potenzialmente attuabili in questi casi fanno riferimento a strategie ambientali con strutturazione di ambiente confortevole con: <ul style="list-style-type: none"> • luci soffuse, • eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi; • individuazione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo quali intolleranza ambientale o interpersonale; • strategie relazionali dell'operatore. • Interventi gestionali/logistici con aumento della sorveglianza.
Deliri ed allucinazioni	fondamentale per affrontare queste alterate percezioni o concezioni della realtà è l'atteggiamento dell'operatore. Sarebbe favorente: <ul style="list-style-type: none"> • evitare di commentare, • evitare di banalizzare con eventuale derisione, • comprendere empaticamente l'angoscia in cui si trova il paziente al momento.
Alterazione del ciclo sonno veglia	Per poter gestire questa problematica: <ul style="list-style-type: none"> • evitare l'allettamento forzato attraverso una maggiore flessibilità da parte degli operatori nella scansione degli orari quotidiani di allettamento del paziente. • Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolori, tosse, nicturia, dispnea, fame, sete, bisogno di essere cambiati, presenza/assenza di presidi medico-chirurgici (es. cateteri), • Valutare situazioni ambientali sfavorevoli (rumorosità, materassi non idonei, temperatura non adeguata, ecc.). • Facilitare il sonno tramite bevanda calda la sera. • Evitare procedure durante il sonno, quando possibile.
Somministrazione terapie e/o esecuzione di indagini diagnostiche	in questi casi è possibile ridurre la contenzione attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • la collaborazione dei familiari/caregiver durante il trattamento • un maggior controllo da parte degli operatori.

 <p>REGIONE PIEMONTE</p>	PROCEDURA SPECIFICA PS SC DIPSA ASL AL 05 Procedura Aziendale: Gestione della Contenzione Fisica	Data di emissione: Febbraio 2022 revisione N° 0 Pagina 24 di 24
---	---	--

Deficit cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • proporre attività distraenti come radio, televisione, attività ludiche • disporre oggetti che aiutino l'orientamento temporale per esempio appendere un calendario o un orologio • posizionare il letto dei soggetti con deficit cognitivi vicino alla stanza dove sosta il personale • segnalare immagini per indicare alcuni locali (bagno, cucina) o alcune funzioni (suonare il campanello)
Soggetti che vagano (wandering)	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherare le porte o le vie di fuga per esempio utilizzando le tende • Installare dispositivi di allarme o telecamere in prossimità delle porte o delle vie di fuga • Predisporre un percorso sicuro anche all'esterno, dove i soggetti possono camminare in sicurezza • Dotare i soggetti di un dispositivo elettronico che segnala l'uscita dalla struttura o l'ingresso in zone non sicure • Proporre attività distraenti, anche durante la notte se il soggetto tende a vagare anche nelle ore notturne
Soggetti con comportamenti violenti	<ul style="list-style-type: none"> • Cercare di rilassare i soggetti facendo ascoltare musica • Proporre attività diversive come vedere un film o fare una passeggiata • Rivolgersi ai soggetti che possono essere violenti con tono rassicurante, non alzare la voce e cercare di tranquillizzarli
Soggetti a rischio di caduta	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i rischi associati all'ambiente e intervenire modificandolo, per esempio attrezzare il bagno in modo che il pavimento non sia scivoloso, predisporre maniglioni in modo che il soggetto possa alzarsi e con i campanelli in modo che possa chiamare in caso di bisogno • Disporre i mobili in modo che non siano di intralcio • Utilizzare calzature adatte alla conformazione del piede e con soles di gomma antiscivolo • Proporre esercizi per rafforzare la muscolatura e stabilizzare l'equilibrio • Tenere sotto controllo i soggetti che assumono psicofarmaci