INDICE

1. INTRODUZIONE 2
2. OBIETTIVI E SCOPO 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 3
4. DEFINIZIONI 3
5. MODALITÀ OPERATIVE 4
   5.1 CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE 4
   5.2 ISTRUZIONI PER LA CONTENZIONE 5
6. RIFERIMENTI 6
   6.1 RIFERIMENTI INTERNI 6
   6.2 RIFERIMENTI ESTERNI 6

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO COORDINATORE G.D.L	VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ	APPROVATO DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Rev 0	14/04/2017	GdL	Dott.ssa M.Vescia	Dott.ssa M. Serva	Dott. P. Anibaldi

Coordinatore: Dott.ssa M. Vescia UOSD Risk Management e Qualità

Dott.ssa A.S. Morgante UOC DMO

Inf. R. Zuppa DASP

Dott.ssa R. Ceccarelli UOSD Risk Management e Qualità

Dott. G. D'Agostino Medico Legale

1. INTRODUZIONE

Sebbene non vi siano evidenze a sostegno del fatto che la contenzione temporanea riduca complessivamente nel tempo il rischio di caduta, il corretto utilizzo di tale provvedimento assistenziale riduce temporaneamente il pericolo per il paziente di subire lesioni e traumatismi da caduta.

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 gli ospedali, 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.

Come principio generale, sottolineiamo che la contenzione è un atto sanitario che ai sensi degli art. 2, 13 e 32 della Costituzione deve rivestire sempre carattere eccezionale e rispondere al principio di proporzione.

Secondo il nostro ordinamento giuridico è possibile ricorrere alla contenzione fisica nei casi che rientrano in due specifiche fattispecie regolamentate dal codice penale: lo stato di necessità ex art. 54 c.p. per cui "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo […]*" e l'esercizio di un diritto o adempimento di un dovere ex art. 51 c.p. secondo il quale "*L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità […]*".

In particolare, nel caso ricorrano le condizioni previste dallo stato di necessità e non si applichi la misura di contenzione dovuta, che deve sempre essere proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, si può incorrere nel reato di "*abbandono di persone minori o incapaci*" *(art. 591 Codice penale)*.

Qualora la contenzione fosse impropria o ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di *sequestro di persona* (art. 605 c.p.), *violenza privata* (art. 610 c.p.), *abuso di mezzi di correzione o disciplina* (art. 571 c.p.) e *maltrattamenti* (art. 572 c.p.).

Infine se, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche), si configurano le ipotesi di reato per *responsabilità colposa* (art. 589 c.p. Omicidio colposo e art. 590 c.p., Lesioni personali colpose).

Fra i doveri principali dei professionisti sanitari, secondo quanto disciplinato dai rispettivi codici deontologici, vi è la tutela della libertà e della dignità della persona (art. 3 Codice deontologico dell'infermiere; art. 3 Codice deontologico del medico). Inoltre secondo l'art. 30 del Codice deontologico dell'infermiere "*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali*".

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo, e quindi in contrasto con la libertà della persona, *è "ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione […]*, quindi solamente allo *scopo di*

tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere" che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

2. OBIETTIVI E SCOPO

Scopo della presente Istruzione Operativa è quello di dotarsi di una modalità operativa condivisa che consenta una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti a rischio caduta per alterato stato di coscienza con relative disfunzioni motorie e/o comportamentali, per i quali si sia valutato appropriato il ricorso, anche temporaneo, alla contenzione fisica.
Si è ritenuto pertanto opportuno elaborare un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per:

- analizzare i casi clinici in cui si considera opportuna ed appropriato la pratica della contenzione;
- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato, privilegiando quando è possibile il ricorso a misure alternative;
- garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa si applica a tutte le strutture della ASL di Rieti per tutti i pazienti valutati a rischio caduta per alterato stato di coscienza con relative disfunzioni motorie e/o comportamentali, per i quali si sia valutato appropriato il ricorso, anche temporaneo, alla contenzione fisica.

4. DEFINIZIONI

- **Contenzione:** per "contenzione" si intende ogni metodo, naturale o fisico, nonché ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al soma che non possa essere rimosso e che limiti la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo (Financial Administration, 1992).
- **Mezzi di contenzione**: sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento ("I percorsi della contenzione, dal caos al metodo", S.Lucia di Piave, Vega Editore, 1997).
- **Contenzione fisica:** per "contenzione fisica" si intende qualsiasi procedura attraverso la quale vengono bloccati fisicamente i movimenti del paziente.
- **Contenzione meccanica**: si parla di "contenzione meccanica" quando vengono utilizzati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti di un paziente. Isolamento: termine limitato all'ambito psichiatrico, indica il contenimento fisico e obbligato del paziente in uno spazio fisico confinato.
- **Contenzione farmacologia**: si tratta della sedazione farmacologia il cui insuccesso è spesso all'origine della decisione di contenere meccanicamente il paziente.
- **Fryback:** criterio utilizzato per discriminare ciò che è contenzione da ciò che non lo è; risponde alle domande: a) Il dispositivo limita il movimento individuale? b) L'individuo ha difficoltà a rimuovere il dispositivo? Se entrambe le risposte sono positive, siamo di fronte a

un mezzo di contenzione.

5. MODALITÀ OPERATIVE

Per contenzione fisica s'intende l'uso dei mezzi fisici o ambientali che limitino la capacità e la libertà di movimento volontario della persona assistita. È bene chiarire che:

a. Lo scopo della contenzione è esclusivamente quello di impedire all'assistito di procurarsi dei danni. Il ricorso ingiustificato ai mezzi di contenzione fisica configura un reato punibile in base alle norme del Codice Penale.

b. Non ricorrere alla contenzione per più di dodici ore a meno del permanere di un documentato stato di necessità e se non vi siano possibili opzioni alternative.

c. Qualora il personale sanitario rilevi che non sussistano più le condizioni necessarie per la contenzione, essa va sospesa immediatamente.

d. Va sempre raccolto il consenso informato del paziente, qualora capace di intendere e di volere. In caso contrario va informato il familiare e/o tutore di riferimento. L'intervento sanitario senza il consenso dell'interessato (o di chi lo rappresenta) è giustificato soltanto da un documentato stato di necessità, legato alla sussistenza di pericoli per il paziente e/o per gli altri.

e. Il ricorso ai mezzi di contenzione è subordinato a un atto medico prescrittivo e deve essere seguito dal monitoraggio infermieristico per la prevenzione di eventuali danni iatrogeni da contenzione. In situazioni di emergenza ed in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione, tuttavia, questa decisione deve essere comunicata, valutata e formalizzata in cartella dal medico nel più breve tempo possibile.

5.1 CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE

1. Mezzi di contenzione fisica

Sono presidi che riducono o controllano i movimenti. Possono essere presidi posizionati sulla persona oppure inseriti come barriere nell'ambiente.

- **Spondine per letto:** devono costituire un dislivello di almeno 28 cm tra il loro bordo superiore e il piano del materasso. NB: Non vanno mai utilizzate se esiste la concreta possibilità, da parte del paziente in stato di agitazione psicomotoria, di scavalcarle.
- **Bracciali di immobilizzazione:** 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 nel caso di auto/eterolesionismo.
- **Fascia toracica:** 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 manomissioni dei dispositivi di infusione, tubi, drenaggi e catetere da parte dello stesso.
- **Fascia per carrozzina:** è costituita da un cuscinetto imbottito dotato di cinghie di ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per 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.

- Tavolino per carrozzina: impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuale attività.

2. Mezzi di contenzione chimica

- Sono farmaci che modificano il comportamento, quali tranquillanti e sedativi.

3. Mezzi di contenzione ambientale

- Si tratta di ambienti allestiti per limitare o controllare i movimenti del paziente (ad esempio locali atraumatici, ambienti confinati).

5.2 ISTRUZIONI PER LA CONTENZIONE

MEDICO

- Adotta, in accordo con il coordinatore infermieristico, la decisione di procedere all'applicazione dei mezzi contenitivi e, se possibile, coinvolge il paziente e la sua famiglia (Allegato n. 1: consenso informato).
- Prescrive in cartella clinica la contenzione riportando le ragioni per cui è stata adottata; il periodo di contenzione con la data del termine ed il tipo di dispositivi utilizzati. Verifica la sussistenza di fattori di rischio aggiuntivi (ad esempio condizioni di ipo- o ipercoagulabilità, deficit circolatori sistemici e/o locali, danni osteoarticolari e/o altre condizioni che potrebbero essere aggravate dalla contenzione).
- Valuta la reiterazione della contenzione.

INFERMIERE

- Durante il periodo di contenzione garantisce al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni due ore con esclusione delle ore notturne.
- Controlla ogni 3-4 ore che la contenzione non arrechi danni al paziente (ad esempio abrasioni, ulcere da decubito, edemi agli arti, ematomi), e che provochi il minor disagio possibile.
- Registra puntualmente le osservazioni sulla documentazione infermieristica e, se necessario, informa il medico.

OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)

- Controlla frequentemente il paziente, e comunica le osservazioni all'infermiere.

6. RIFERIMENTI

6.1 RIFERIMENTI INTERNI

- Allegato n.1: Modulo di Consenso Informato.

- Allegato n. 2: Scheda di Utilizzo della Contenzione.

6.2 RIFERIMENTI ESTERNI

- Codice Deontologico dell'Infermiere (art. 3, 30).
- Codice Deontologico del Medico (art. 5, 21, 40).
- Costituzione italiana (art. 13, 32).
- Codice Penale (art. 54, 591, 610).
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria, McGraw-hill 2^ edizione.
- Rivista "L'infermiere", Contenzione una pratica da limitare, marzo/aprile 1998.
- Rivista "Nursing Oggi", Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, numero 4, 2001.
- Zanetti E., Costantini S., Uso dei mezzi di contenzione fisica, Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia, Divisione di Geriatria, Ospedale di Felettino, Azienda USL 5 (La Spezia).

ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÁ SANITARIA LOCALE RIETI Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie	REGIONE LAZIO	
	SCHEDA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE TEMPORANEA	Rev. 0 del 14/04/2017 MR/02_IOPGRMQ7/1	Pag. 1 di 1

UO _____ Cognome _____ Nome _____

Circostanza che determina il ricorso alla contenzione
□ Paziente a rischio di caduta
□ Stato di Confusione mentale (condizione cronica)
□ Periodo pre o post sedazione
□ Pericolo di fughe in degenza disorientato/non collaborante
□ Stato di Confusione mentale o incoscienza o ebrezza (estemporaneo)
□ Altro (specificare)_____

Alternative alla contenzione valutate	**Non Possibile**	**Non Idoneo**	**Non efficace**
Colloquio	□	□	□
Assistenza da parte dei famigliari	□	□	□
Utilizzo letto abbassabile	□	□	□
Interventi gestionali/logistici finalizzati ad aumentare l'attività di sorveglianza e ridurre il tempo di azione fra la situazione di rischio a l'intervento professionale	□	□	□
Altro (specificare)_____	□	□	□

Tipo di contenzione prescritta				
□ sponde al letto				
□ cintura per carrozzina o sedia				
□ sedia con piano di appoggio fisso				
□ Bracciali di immobilizzazione	□ polsi	□ destro □ sinistro □ Ambedue	□caviglie	□ destro □ sinistro □ Ambedue
□ Fascia toracica				
□ altro (specificare)_____				

Tempo di applicazione	**Data e ora di attivazione**	**Data e ora di termine**
□ temporaneo		
□ continuativo (non oltre le 12 h)		
□ ciclico		

Note _____

_____

_____ _____

Firma Coordinatore Infermieristico/Infermiere Firma medico

Data _____