

Codice A1400A

D.D. 15 novembre 2022, n. 2139

Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti".



ATTO DD 2139/A1400A/2022

DEL 15/11/2022

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE**

OGGETTO: Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti”.

La contenzione in ambito sanitario può essere definita come un particolare atto effettuato durante il percorso assistenziale del paziente, attraverso una metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall’individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo. I presidi che riducono o limitano il movimento di una persona vengono considerati mezzi di contenzione quando la stessa sia incapace o impossibilitata a rimuovere tale mezzo.

La contenzione non è atto terapeutico e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Le motivazioni addotte per l’adozione di questa pratica sono quasi sempre la sicurezza del paziente e la riduzione dei potenziali rischi, quali le cadute o i possibili danni a sé o ad altri per la presenza di disturbi comportamentali. Il ricorso può, altresì, dipendere da una serie di variabili estrinseche, tra cui: la conoscenza o meno di alternative, vere o presunte carenze di personale d’assistenza, timori tra gli operatori di essere coinvolti in azioni di responsabilità, convinzioni personali ed etiche degli operatori sanitari, grado di accettazione del rischio di caduta o di un comportamento reattivo del paziente, condizioni organizzative della struttura e rischio di allontanamento.

La Raccomandazione ministeriale n. 13 del 2008 “*Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*”, al par. 5.3.5, prevede: “*Limitazione della contenzione. In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l’uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti. E’ necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa. La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull’ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all’osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali. La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenta un intervento sanitario e sia*

parte integrante della terapia. La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/care giver. L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria"

In materia di contenzione trovano applicazione i principi generali della Costituzione in tema di trattamenti sanitari, individuati nell'art. 13 - che definisce la libertà personale come "inviolabile" specificando, altresì, che "non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria" – e nell'art. 32 - secondo cui "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 persona umana."

Da tempo in giurisprudenza viene analizzata la tematica della contenzione nonché dei suoi rapporti con il diritto costituzionale, il diritto penale e la deontologia medica e infermieristica. La Corte di Cassazione, sez. V, con sentenza n. 50497/2018 ha ritenuto lecito l'uso della contenzione meccanica al ricorrere delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., allorquando sussiste una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza) non altrimenti evitabile e rispondente al criterio della proporzionalità.

Con Determinazione n. 1223 del 21 ottobre 2020 recante "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022" sono state previste, a livello regionale, azioni finalizzate ad una ricognizione delle procedure in atto presso le ASR - con particolare riguardo alla contenzione meccanica - e, sulla base degli esiti di tale rilevazione, sono stati predisposti indirizzi che, seppure nell'ottica del superamento della contenzione, garantiscano comportamenti omogenei e rispettosi dei principi di libertà e dignità umana nonché delle norme di legge, in quei casi eccezionali in cui si renda necessario prevenire situazioni di rischio nell'ambito di contesti difficili, prevalentemente caratterizzate sul piano clinico da stati di confusione mentale e, su quello assistenziale, da una limitata o assente collaborazione alle cure.

L'esigenza è quella di circoscrivere gli atti di contenzione meccanica a predeterminati limiti situazionali e temporali prevedendo una preventiva valutazione delle condizioni cliniche del paziente – incluso il rischio caduta e la presenza di disturbi psico-comportamentali – e dell'impossibilità di porre in atto strategie alternative, e prevedendo, altresì, una rivalutazione periodica del paziente, sia con riguardo agli effetti secondari della contenzione che alla necessità di provvedere alla rimozione od al mantenimento della stessa

A tal fine, la direzione Sanità e Welfare, in conformità agli obiettivi individuati ex DD. n. 1223/A1400A/2020 del 21.10.2020, ha provveduto alla definizione di specifiche "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti", che sono state sottoposte altresì all'esame dei referenti del rischio clinico delle Aziende Sanitarie Regionali ed ai componenti del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente costituito, ai sensi dell'art. 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24, con Determinazione della Direzione Sanità n. 208 del 21.03.2019 .

Le Linee di indirizzo che si intende approvare con il presente atto hanno lo scopo di fornire alle Aziende sanitarie regionali raccomandazioni multidisciplinari, basate su prove di efficacia, per circoscrivere l'utilizzo di presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti a casi davvero eccezionali, nonché disciplinare la durata e le modalità di applicazione.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs. n. 165 del 30.03.2001;
- L.R. n. 23 del 28.07.2008;
- L. n. 24 del 08.03.2017;
- Raccomandazione ministeriale n. 13 del 2008 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie";

determina

- di approvare le “Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti” allegate sub “A” al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che il presente provvedimento sarà trasmesso alle Aziende sanitarie regionali dando mandato alle stesse ad adeguare ai principi definiti nelle “Linee guida”, di cui all’alinea precedente, i contenuti delle procedure aziendali adottate nella specifica materia;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.r. n. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale di Torino.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi dell’art. 26 e 27 del D.Lgs. 33/2013.

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)

Firmato digitalmente da Mario Minola

Allegato

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI

in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano

i movimenti dei pazienti

PREMESSE

La contenzione in ambito sanitario può essere definita come un particolare atto effettuato durante il percorso assistenziale del paziente, attraverso una metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo. I presidi che riducono o limitano il movimento di una persona vengono considerati mezzi di contenzione quando la stessa sia incapace o impossibilitata a rimuovere tale mezzo.

Il fenomeno interessa sia gli ospedali per acuti che le strutture residenziali territoriali. Molti studi segnalano un utilizzo ordinario della contenzione nelle diverse aree di degenza, con una prevalenza che varia tra il 4% e il 22% in ospedale e tra il 3% e l'83% nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA). I dati di prevalenza sono, tuttavia, eterogenei poiché correlati ai mezzi di contenzione considerati nei vari studi (ad es. alcuni studi includono le sponde, altri le escludono) e per la presenza di differenti culture organizzative.

Le criticità si manifestano specialmente nel contesto psichiatrico e, dato l'aumento del numero di anziani con deficit cognitivi, in quello geriatrico.

La contenzione non è atto terapeutico e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Le motivazioni addotte per l'adozione di questa pratica sono quasi sempre la sicurezza del paziente e la riduzione dei potenziali rischi, quali le cadute o i possibili danni a sé o ad altri per la presenza di disturbi comportamentali. Il ricorso può, altresì, dipendere da una serie di variabili estrinseche, tra cui: la conoscenza o meno di alternative, vere o presunte carenze di personale d'assistenza, timori tra gli operatori di essere coinvolti in azioni di responsabilità, convinzioni personali ed etiche degli operatori sanitari, grado di accettazione del rischio di caduta o di un comportamento reattivo del paziente, condizioni organizzative della struttura e rischio di allontanamento.

L'uso della contenzione non può ritenersi lecito tout court solo perché l'operatore sanitario è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente da cui, ai sensi dell'art. 40 c. 2 c.p., discende l'obbligo di attivarsi per neutralizzare il pericolo di grave pregiudizio alla sua salute. Deve, pertanto, essere limitato a circostanze eccezionali:

- situazioni di emergenza in cui il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé e o per gli altri e l'uso della contenzione non abbia alternative per la presenza di uno stato di necessità;
- rischio di rimozione di presidi medicali, da parte del paziente (es: tubo endotracheale, ecc...), specialmente quando necessari per l'immediato benessere e la tutela del paziente;

e dev'essere attuata con strategie atte a minimizzarne gli effetti come:

- monitoraggio e audit;
- utilizzo di procedure specifiche;
- interventi ambientali;
- formazione del personale volta a favorire interventi comportamentali, quali tecniche da adottare per l'assistenza al paziente non pienamente collaborativo e/o a gestire il rapporto con il paziente violento/aggressivo tendendo a recuperare la relazione con lo stesso.-

1. FINALITA' DOCUMENTO ED AMBITO DI APPLICAZIONE

Con il presente documento, in conformità agli obiettivi individuati ex DD. n. 1223/A1400A/2020 del 21.10.2020 di *“Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022”*, si intende provvedere alla definizione di specifiche linee di indirizzo regionali che, seppure nell’ottica del superamento della contenzione, garantiscano comportamenti omogenei e rispettosi dei principi di libertà e dignità umana nonché delle norme di legge in quei casi eccezionali in cui si renda necessario prevenire situazioni di rischio nell’ambito di contesti difficili - prevalentemente caratterizzate, sul piano clinico, da stati di confusione mentale e, su quello assistenziale, da una limitata o assente collaborazione alle cure.

Obiettivo del documento è, pertanto, quello di fornire raccomandazioni multidisciplinari, basate su prove di efficacia, allo scopo di circoscrivere il più possibile l’utilizzo di presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti a casi davvero eccezionali, nonché disciplinare la durata e le modalità di applicazione. Le presenti linee di indirizzo costituiscono un primo documento di riferimento che sarà oggetto di successivi aggiornamenti in coerenza all’evoluzione scientifica e normativa in materia.

A tal fine sono stati definiti specifici indirizzi che, previa valutazione delle condizioni cliniche del paziente – incluso il rischio caduta e la presenza di disturbi psico-comportamentali – e dell’impossibilità di porre in atto strategie alternative, circoscrivono gli atti di contenzione meccanica a predeterminati limiti situazionali e temporali prevedendo la rivalutazione periodica del paziente, sia con riguardo agli effetti secondari della contenzione che alla necessità di provvedere alla rimozione od al mantenimento della stessa.

Destinatari delle presenti linee di indirizzo sono tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico (strutture ospedaliere, di riabilitazione, di lungodegenza, RSA, Comunità terapeutiche, ecc...).

2. FORME DI CONTENZIONE

Le diverse forme di contenzione si distinguono nelle seguenti tipologie:

- **Contenzione fisica:** caratterizzata dall'intervento di uno o più operatori, con contatto fisico diretto con il paziente.
- **Contenzione meccanica:** applicazione di presidi sulla persona (al corpo o allo spazio immediatamente circostante, come il letto o la sedia) che ne riducono o controllano i movimenti, mediante sedia con corpetto o tavolino avvolgente, mezzi bloccanti segmenti corporei (polsiere, cavigliere) o determinanti una postura obbligata (cuscini anatomici, divaricatori). Pur essendo di norma di breve - talvolta brevissima - durata, è verosimilmente la più pericolosa e la più invasiva.
- **Contenzione chimica:** consiste nella somministrazione di farmaci che possono incidere sul comportamento. Si precisa che la contenzione non coincide con qualsiasi tipo di sedazione e, d'altra parte, la sedazione non rappresenta contenzione quando costituisce uno specifico trattamento ed è parte integrante della terapia. La contenzione farmacologica sfugge spesso alle analisi, ma non è certo priva di pericolosità.
- **Contenzione ambientale e tecnologica:** consiste nell'attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti. Il ricorso a forme di sorveglianza (per lo più inserite in strategie di controllo dei missing e wandering patients) che si avvalgono di dispositivi tecnologici - videocamere, allarmi alle porte, apertura delle porte con codice o con maniglie di difficile gestione per persone con problemi cognitivi, tag che innescano allarme all'avvicinarsi a una porta, ecc... - seppure non possa dirsi contenzione in senso stretto, costituisce un insieme di mezzi che, nell'esercitare un controllo sulla sfera di libertà del paziente, possono innescare una contenzione vera e propria quando si attivi un allarme.
- **Contenzione psicologica o relazionale o emotiva (tecniche di de-escalation):** ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività. Può comprendere il parlare di continuo con l'assistito per impedirgli di fare qualcosa oppure per sottrargli la disponibilità di alcuni oggetti (occhiali, deambulatori, abiti per uscire, ecc...). Rappresenta la modalità più corretta e accettabile di controllo del comportamento perché orientata alla cura e non alla coercizione richiede però una formazione specifica e un addestramento che, auspicabilmente, dovrebbero essere implementati nei programmi di formazione aziendale.

Le presenti Linee di indirizzo si pongono l'obiettivo di definire indicazioni uniformi alle ASR nel caso di utilizzo – in casi eccezionali e come extrema ratio – di mezzi di contenzione meccanica.

I. TIPOLOGIE CLINICHE DI PAZIENTI

Le suddette forme di contenzione possono riguardare due differenti tipologie cliniche di pazienti:

1. Paziente non collaborante che non è in grado di esprimere né il consenso, né il dissenso alle cure

L'ipotesi comprende tutti gli stati di confusione mentale e/o agitazione acuti o sub-acuti correlabili a cause organiche e transitorie.

Dal punto di vista assistenziale si è in presenza di una ridotta o assente collaborazione alle cure, in particolare: non adesione al trattamento, rischio di allontanamento dalla struttura, alterazione del ciclo sonno-veglia, agitazione, comportamenti violenti auto ed etero diretti. Gli utenti destinatari finali saranno, quindi, i soggetti deboli, fragili, vulnerabili, portatori di disabilità fisica e/o psichica, non autosufficienti.

Si ricorda che, nei confronti delle persone incapaci, gli operatori sanitari hanno, oltre agli obblighi genericamente attribuiti alla posizione di garanzia (art. 40 c.p.), anche un obbligo specifico di custodia (art. 591 c.p. "*Abbandono di persone minori o incapaci*").

2. Paziente che esprime il proprio dissenso o aperto rifiuto alle cure

Nei casi in cui ricorrano gli estremi per un trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale si applicano le specifiche prescrizioni definite a livello nazionale e regionale.

II. INTERVENTI CHE NON COSTITUISCONO PROVVEDIMENTI DI CONTENZIONE

Relativamente all'ambito assistenziale occorre fare chiarezza sui dispositivi di limitazione del movimento che, in base alle finalità per le quali vengono utilizzati, possono essere considerati, alternativamente, mezzi di contenzione o ausili riabilitativi.

Esiste, infatti, una ragionevole distinzione fra un mezzo usato con finalità di contenzione o come ausilio.

L'utilizzo di ausili, secondo le finalità previste dal D.M. n. 332 del 27.08.1999 - recante "*Norme per l'assistenza protesica nel SSN*" - e dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*", allegato 5 – non costituisce ricorso a misura di contenzione. Ad esempio, un tavolino della carrozzina usato per sostenere una parte del corpo (es. arto superiore nella persona emiplegica) o per appoggiare oggetti utili nello svolgimento di attività funzionali (es. alimentazione o cura della persona) o ancora bretellaggio per posturare correttamente una persona (es. paziente con scarso controllo del tronco) non rappresentano mezzi di contenzione. Al contrario, i presidi applicati direttamente al corpo della persona o ad esso adiacenti (es. polsiere, cinture, fasce, corpetti, tavolini) utilizzati non per aiutare una persona

aumentando le sue capacità funzionali ma allo scopo di ridurre o impedire la libertà di movimento della persona sono univocamente considerati mezzi di contenzione meccanica.

Sempre con riguardo alla duplice accezione dei presidi – che, in base all'uso, possono essere considerati, alternativamente, mezzi di contenzione o presidi riabilitativi - un ulteriore approfondimento va condotto con riguardo all'uso delle "sponde". Al riguardo occorre preliminarmente distinguere fra:

- sponde integrali ovvero quelle sponde laterali che sono completamente occlusive e che non possano essere aperte dal paziente; si tratta di sponde intere che coprono tutta la lunghezza del letto;
- semi-sponde modulabili che possono essere sollevate in modo da permettere alla persona assistita di scendere dal letto - nel caso in cui queste vengano mantenute entrambe sollevate sono considerate equivalenti alle sponde integrali poiché diventano completamente occlusive.

La letteratura di riferimento sul tema della contenzione evidenzia la duplice interpretazione sull'uso delle sponde:

– come contenzione: le sponde integrali sono considerate una forma di contenzione se usate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto;

– come ausilio: quando, in presenza di un operatore sanitario impegnato nello svolgimento di pratiche assistenziali, sono utilizzate per favorire la mobilitazione autonoma nel letto della persona assistita o per proteggerla da un potenziale rischio di scivolamento, rotolamento e conseguente caduta accidentale dal letto.

Le sponde integrali non sono mai da considerare un ausilio se sollevate entrambe, in quanto limitano inevitabilmente la libertà di movimento della persona.

Al contrario le sponde parziali non occlusive, che permettono alla persona assistita di uscire dal letto e non limitino la sua libertà di muoversi, non costituiscono uno strumento di contenzione; nonostante ciò, anche l'utilizzo di tali sponde porta con sé dei potenziali rischi, soprattutto in presenza di persone agitate, disorientate e confuse, pertanto se ne consiglia un uso oculato. Se la persona si trova su una barella o durante il trasporto su letto/barella, le sponde integrali rappresentano un mezzo di protezione e devono essere utilizzate.

Non devono, invece, essere considerate procedure contenitive le seguenti:

- applicazione di gessi ortopedici;
- utilizzo di bracciali o tutori che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa;
- impiego di ausili e dispositivi di protezione di uso temporaneo per: fornire un supporto nel mantenimento di una corretta postura (es. cintura/pettorale per la persona in carrozzina) e, nel contempo, prevenire traumi da caduta; garantire la sicurezza del trasporto in barella;
- i mezzi utilizzati nel contesto della sala operatoria al fine di permettere l'immobilità della persona durante l'intervento chirurgico e per il tempo di permanenza nel blocco operatorio (es. cinghie, immobilizzatori di arti, sponde, ecc...).

L'utilizzo di questi dispositivi va comunque indicata nella documentazione medica e/o infermieristica, così come i controlli effettuati per il loro impiego sicuro ed appropriato. E' inoltre necessario fornire alla persona l'informazione rispetto al loro utilizzo.

Infine, occorre precisare che qualora fosse la stessa persona assistita, capace di intendere e di volere, a chiedere una forma di contenzione ammessa dall'ordinamento ed opportuna in previsione di determinate circostanze prospettate, il personale sanitario, valutata la prevalenza dei benefici rispetto ai rischi, potrebbe acconsentire alla richiesta: in tal caso la contenzione non dovrà esser considerata sinonimo di costrizione forzata.

3. ASPETTI GIURIDICI E DEONTOLOGICI

La “pratica” della contenzione pone questioni etiche, deontologiche e medico-legali che devono essere affrontate al fine di inquadrare correttamente la natura dell’atto e definire le condizioni in presenza delle quali è lecito il ricorso al mezzo contenitivo.

Nel Regio Decreto n. 615 del 1909, all’articolo 60, si affermava che *“nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione”*. Tale disposizione è stata abrogata in modo implicito dall’art. 11 della legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" – cosiddetta “Legge Basaglia” - devono, tuttavia, ritenersi tuttora attuali i criteri ispirativi della disposizione che mirava a limitare l’uso della contenzione meccanica a situazioni del tutto eccezionali.

La legge 26 luglio 1975, n. 354, recante *“Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”*, all’articolo 41, comma 3, contiene una norma che prevede espressamente che: *“Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso ai fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L’uso dev’essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario”*.

La Raccomandazione ministeriale n. 13 del 2008 *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*, al par. 5.3.5, prevede: *“Limitazione della contenzione. In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l’uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti. E’ necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa. La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa (...) La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia. La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l’applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L’intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all’interno della cartella sanitaria”*.

In materia di contenzione trovano, inoltre, applicazione i principi generali della Costituzione in tema di trattamenti sanitari, individuati nell’art. 13 - che definisce la libertà personale come *“inviolabile”* specificando altresì che *“non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale se non per atto motivato dall’autorità giudiziaria”* – e nell’art. 32 - secondo cui *“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 persona umana.”*

Le limitazioni della libertà personale, pertanto, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, debbono essere circoscritte entro tre precisi limiti:

- la previsione di legge;
- la non eccedenza con riguardo al rispetto della dignità umana;
- la funzionalità all'attività sanitaria nei confronti della persona che non sia in grado di esprimere un consenso (o un dissenso) consapevole.

In ambito professionale si possono trovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative alla contenzione.

Il codice deontologico dell'Infermiere - approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche nella seduta del 12 e 13 aprile 2019, all'art. 35 recita *“Contenzione - L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”*.

Il codice di deontologia medica della federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri – anno 2014 - all'art. 32 prevede che: *“..il medico prescrive ed attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona”* e, all'art. 51, che *“..il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti”*.

Anche il codice deontologico del Fisioterapista – modificato nel 2019 – all'art. 28 recita *“La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche contenitive”*.

Ed anche il codice deontologico dell'educatore professionale – 2015 – prevede che *“L'educatore professionale, nell'ambito della sua azione educativa e nell'esercizio della propria funzione non deve utilizzare tecniche che risultino di costrizione o manipolative. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona è auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non danneggino la dignità dell'utente”*.

In giurisprudenza, da tempo, viene analizzata la tematica della contenzione nonché dei suoi rapporti con il diritto costituzionale, il diritto penale e la deontologia medica e infermieristica.

La Corte di Cassazione - sez. V - con sentenza n. 50497/2018 ha ritenuto lecito l'uso della contenzione meccanica al ricorrere delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., allorquando sussiste una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza) non altrimenti evitabile e rispondente al criterio della

proporzionalità. Non è, invece, assolutamente ammissibile, secondo l'orientamento della Corte, l'applicazione della contenzione in via "precauzionale" sulla base della astratta possibilità – o anche mera probabilità – di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato.

Secondo la giurisprudenza, pertanto, la liceità dell'uso dei mezzi di contenzione meccanica viene scriminata (giustificata) solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale.

A tal riguardo il primo comma dell'art. 54 c.p. testualmente recita: *"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"*. Gli elementi portanti dello stato di necessità, ai sensi del citato art. 54 c.p. sono, quindi, i seguenti:

- a) pericolo attuale di un danno grave alla persona;
- b) inevitabilità altrimenti del pericolo;
- c) proporzionalità del fatto.

E la giurisprudenza, in merito a ciascuno di tali elementi, precisa, altresì che:

- deve sussistere una situazione di pericolo "attuale" poiché *"non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via precauzionale sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro degli elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato"*. Inoltre la valutazione dell'attualità del pericolo deve sussistere nel tempo e implica, quindi, un *"costante monitoraggio del paziente"*, con riscontro in cartella clinica di tale monitoraggio;
- in merito all'*"inevitabilità altrimenti del pericolo"* i giudici sostengono che questa sussiste quando *"non vi sia la possibilità di salvaguardare la salute del paziente con strumenti alternativi, la cui valutazione di idoneità è rimessa al prudente apprezzamento del medico"*;
- con riguardo alla *"proporzionalità"* viene precisato che il requisito è inerente alle modalità di applicazione della contenzione *"essendo evidente che, per la sua estrema invasività, tale presidio deve essere applicato, oltre che nei limiti dello stretto necessario, verificando, anche in conseguenza dell'evoluzione clinica, se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco ad entrambi i polsi e caviglie"*. Anche queste valutazioni richiedono *"un'attenta ponderazione del medico che dovrà spiegare, anche sinteticamente, le ragioni della scelta della contenzione e delle sue modalità di applicazione fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo"*; ciò a tutela del paziente e dello stesso medico.

In mancanza di tali elementi la contenzione è illecita e il medico e il personale sanitario che la applicano, prescindendone, sottopongono il paziente a una illegittima privazione della libertà personale, con possibile integrazione degli estremi di diverse fattispecie di reato, tra cui: abuso di mezzi di contenzione e disciplina (art. 571 c.p.), maltrattamenti (art. 572 c.p.), sequestro di persona (art. 605 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.), lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) e omicidio colposo (art. 589 c.p.) in caso di danno psico-fisico o morte in conseguenza dell'attuazione illegittima di misure di contenzione.

La giurisprudenza ha, pertanto, affermato il principio di diritto secondo cui, a differenza dell'“atto medico” che gode di diretta copertura costituzionale in quanto caratterizzato da finalità terapeutica, la contenzione meccanica non ha la dignità di una pratica terapeutica o diagnostica costituendo, invece, un “*mero presidio cautelare*” il cui utilizzo è lecito solo al ricorrere di situazioni eccezionali di pericolo all'integrità fisica delle persone (paziente e terzi), dev'essere circoscritto al tempo strettamente necessario e dev'essere costantemente soggetto al controllo del personale sanitario di assistenza.

In conclusione, alla luce della normativa e della giurisprudenza evidenziate, il medico, laddove sussistano le condizioni scriminanti poc'anzi indicate, potrà provvedere alla contenzione tenendo conto degli elementi di seguito individuati:

- la contenzione è una pratica eccezionale cui ricorrere come *extrema ratio* in presenza degli elementi portanti dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p. ovvero in quelle situazioni di urgenza o emergenza per le quali l'atto di contenzione rappresenta in quel momento l'unico e inevitabile strumento per la salvaguardia dell'incolumità della persona o di terzi, autorizzando scelte immediate da parte del medico (o, in sua assenza, da parte di altri professionisti sanitari) anche senza un esplicito consenso del soggetto; il contenuto di tale intervento dovrà necessariamente essere adeguato e proporzionato al pericolo cui, in caso di inerzia, sarebbe andata incontro la persona assistita. In tali circostanze, poiché sussiste l'obbligo di intervenire, anche sulla base del disposto di cui all'art. 40 c.p. (“...*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo...*”), non applicare un mezzo di contenzione necessario per la tutela della salute della persona assistita, potrebbe configurare il reato di omissione di soccorso o di abbandono di persona incapace (ex artt. 59 e 593 c.p.) ovvero di lesioni personali/omicidio colposi qualora dalla mancata applicazione delle misure contenitive, invece necessarie, derivassero lesioni all'integrità psico-fisica o la morte della persona assistita;
- la contenzione non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica, non ha una finalità di carattere terapeutico;
- la contenzione – seppure sprovvista di qualunque finalità di carattere terapeutico – è comunque atto soggetto a disposizione medica in quanto ha natura “*assistenziale prescrittiva*” che richiede la “*valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica su possibili esiti del trattamento, la sua rivalutazione in ordine alla reale necessità dopo dodici ore dall'applicazione*” (Corte di Cassazione – pen., sez. V, sentenza n. 50497/2018);
- l'intervento contenitivo dev'essere disposto per iscritto ed occorre, altresì, riportare analiticamente tutte le informazioni relative all'episodio che ne ha originato l'esigenza, il tipo di contenzione utilizzato, il tempo iniziale e finale. “*Riportare tutte queste informazioni in cartella clinica si rende necessario a tutela, non solo del paziente, ma anche dello stesso sanitario che può rappresentare con trasparenza le motivazioni che lo hanno indotto, nell'interesse del malato, ad adottare questa decisione*” (Corte di Cassazione – pen., sez. V, sentenza n. 50497/2018);
- compete al medico disporre la contenzione e compete ai medici che, successivamente, si avvicendano nei turni e nelle guardie, riconfermare – eventualmente - la contenzione previa valutazione e annotazione in cartella clinica di tutti gli elementi che la giustificano. In casi di emergenza e in assenza del medico la contenzione può essere disposta da un infermiere con successiva convalida, nel più breve tempo possibile, da parte del medico;
- la contenzione non può costituire “*ordine gerarchico*” rivolto agli infermieri dal medico ma dev'essere frutto di una valutazione congiunta di equipe, come per'altro evidenziato nel citato art. 35 del codice deontologico IPASVI 2019. Ed anche la giurisprudenza (Corte di

Cassazione, sez. V, sentenza n. 50497/2018) stabilisce che *“Pur essendo evidente che rientra nella competenza del medico disporre o mantenere la contenzione, la posizione dell’infermiere non è affatto quella di un operatore subordinato, dovendo questi adoperarsi per verificare non solo che si faccia un uso straordinario del mezzo contenitivo, ma che tale presidio si fondi su una prescrizione medica, attribuendo al paramedico altresì un potere di segnalazione e di denuncia delle violazioni che abbia personalmente riscontrato”*;

- fatte salve le situazioni di urgenza o emergenza, è sempre doverosa una corretta informazione della persona assistita, se in grado di intendere e di volere, volta a spiegare le ragioni del provvedimento proposto e a ottenere in qualche modo l’accettazione. E’, inoltre, necessario informare i familiari/caregivers della persona assistita, in modo chiaro e comprensibile – con particolare riguardo alla motivazione dell’intervento contenitivo;
- per l’intera durata dell’intervento contenitivo dovrà essere assicurata l’osservazione del paziente da parte del personale sanitario e/o operatori finalizzata alla rivalutazione continuativa per la cessazione del provvedimento di contenzione nel minor tempo possibile.

4. STRATEGIE DI PREVENZIONE E MODALITA' ESECUTIVE

I professionisti e gli operatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali devono essere in grado di valutare le situazioni di rischio ambientale e clinico e di intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione del rischio nell'ottica del contenimento del ricorso all'utilizzo di presidi che limitano il movimento a situazioni del tutto eccezionali.

Le singole azioni vanno effettuate in un contesto che ha adottato idonee misure organizzative, formative e di prevenzione finalizzate a tale obiettivo.

Come precisato dalla Raccomandazione ministeriale n. 13/2008 *“La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari (...) dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali.”*

STRATEGIE DI PREVENZIONE E LORO DOCUMENTAZIONE

Vengono di seguito illustrate le strategie di prevenzione che dovranno esser messe in atto dal personale sanitario a fronte di condizioni di disagio o di malessere della persona assistita che possono generare situazioni di rischio:

1. valutazione della presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di igiene personale o presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate;
2. rivalutazione dei trattamenti terapeutici differibili e successiva rimozione dei dispositivi, quali SNG o catetere vescicale;
3. adozione di strategie relazionali da parte dell'operatore (approccio empatico, promozione di attività occupazionali atte a distogliere la persona assistita dal fattore scatenante dando significato al tempo “delle persone e per le persone”, ...);
4. presenza di familiari, caregivers, volontari - anche e soprattutto durante le ore notturne – per ridurre il senso di solitudine;
5. verifica della sicurezza degli spazi: illuminazione, assenza di arredi ingombranti, ecc...;
6. organizzazione di un ambiente confortevole, privo di rumori di sottofondo (TV, radio ecc.) e oggetti potenzialmente pericolosi con particolare attenzione al benessere della persona ed alla personalizzazione della cura;
7. accoglienza della persona assistita vicino alle aree di lavoro del personale di assistenza;
8. controllo frequente della persona assistita;
9. accessibilità campanello e altri strumenti per segnalare stati di necessità;
10. utilizzo di letti il più possibile bassi o regolabili in altezza.

Al fine della corretta valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona assistita è indispensabile che si condividano in équipe le possibili situazioni di disagio e di rischio e che

vengano registrate nel diario clinico medico/infermieristico. A fine esemplificativo è stata predisposta una tabella di sintesi utile per la valutazione preliminare delle situazioni di rischio (**Scheda n. 1 - allegata**).

Le informazioni principali da riportare riguardano:

- valutazione della persona assistita, sia in fase di accoglienza che in seguito a variazioni cliniche o ambientali;
- attuazione di azioni di soddisfazione del bisogno, di riduzione del disagio e correttive del rischio;
- esito dei correttivi introdotti;
- esito sul comportamento individuale.

Sono coinvolti ed informati, in modo completo ed esaustivo, la persona assistita, i suoi familiari/caregivers ed eventuale rappresentante legale relativamente a:

- valutazione preliminare;
- situazioni di rischio ambientale e della persona assistita;
- azioni intraprese, strategie di contesto ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario.

L'informazione adeguata e tempestiva, resa in maniera chiara e comprensibile, rappresenta un momento necessario e importante sia per l'interessato che per i familiari/caregivers, per le strategie di contesto finalizzate all'attenuazione e al superamento delle situazioni di rischio presenti.

MODALITÀ ESECUTIVE

Esperiti tutti i tentativi, l'uso dei presidi di sicurezza può essere attuato solo su disposizione medica, o attivato dall'infermiere ma convalidato dal medico nel più breve tempo possibile, e deve sempre comprendere:

- motivazione;
- tipo di presidio;
- durata dell'utilizzo del presidio.

La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver.

Nel caso in cui l'utilizzo di presidi che limitano il movimento venga attuata in presenza di violenza in atto o imminente è importante che il personale sia formato e addestrato ad attuare le tecniche di de-escalation che sono riconosciute come la modalità più efficace di intervento. Qualora, però, ciò non fosse sufficiente si attueranno le forme più restrittive di intervento. In tal caso l'utilizzo di presidi che limitano il movimento dovrà essere effettuata da personale che lavora abitualmente insieme e coordinato in modo definito per garantire la massima sicurezza per pazienti e operatori.

A titolo esemplificativo si allega alla presente *“Modulo per disporre l’uso di dispositivi di sicurezza che limitano i movimenti” – Scheda n. 2) allegata.*

MONITORAGGIO DELLA PERSONA ASSISTITA

Durante il periodo di utilizzo dei presidi che limitano il movimento occorre - ad intervalli regolari stabiliti, di volta in volta, secondo il piano individualizzato messo a punto in base alle condizioni cliniche della singola persona assistita, alla tipologia del mezzo di contenzione utilizzato ed ai rischi ad esso connessi - eseguire la rivalutazione medica ed assistenziale al fine di valutare l’evoluzione della condizione psichica e comportamentale, per individuare le situazioni che consentano tempestivamente di interrompere l’intervento di contenzione.

Almeno ogni due ore, e sotto costante supervisione, la contenzione dev’essere interrotta – per non meno di dieci minuti – allo scopo di consentire alla persona assistita di muovere liberamente gli arti, il busto e il capo.

La durata dell’atto contenitivo non dovrebbe, di norma, superare le dodici ore consecutive, potendo prolungarsi fino ad un massimo di ventiquattro ore solo nei casi in cui sussistano idonei elementi giustificativi e previa rivalutazione - in ordine alla reale necessità – da effettuare dopo dodici ore dall’applicazione. Oltre le ventiquattro ore, qualora sussistano le condizioni per la necessaria prosecuzione del trattamento, la contenzione potrà essere prolungata solo attraverso una nuova indicazione del medico di reparto.

Nelle rivalutazioni il medico e infermiere devono accertare l’eventuale insorgenza di lesioni traumatiche (ematomi, ecchimosi, ferite, lacerazioni) non presenti prima dell’utilizzo dei presidi.

Le azioni di monitoraggio dovranno essere riportate in apposita scheda di monitoraggio (vedi fax simile alla scheda 3) allegata – *“Scheda di monitoraggio dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti”*) conservata nella documentazione clinica del paziente.

ULTERIORI RACCOMANDAZIONI DA ATTUARE DURANTE IL PERIODO DI UTILIZZO DEI PRESIDII

- utilizzo del minimo livello di contenimento possibile;
- utilizzo per il minor tempo possibile;
- rivalutazione frequente della necessità di utilizzo;
- applicazione dei presidi di sicurezza e degli ausili antiscivolamento nel rispetto delle indicazioni fornite dal costruttore;
- osservazione della persona durante il periodo di utilizzo;
- garanzia al paziente della possibilità di movimento ed esercizio;
- monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, temperatura);
- idratazione, nutrimento, accompagnamento in bagno della persona;
- valutazione degli eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili all’utilizzo dei presidi di sicurezza limitanti i movimenti dei pazienti, quali abrasioni o ulcere da decubito;

- valutazione e appropriata gestione del dolore.

COMPLICANZE DELL'UTILIZZO DEI PRESIDI DI SICUREZZA.

Di seguito sono indicate le possibili complicanze che potrebbero derivare dall'uso dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti per scongiurare le quali occorre un puntuale monitoraggio oltre ad un utilizzo del minimo livello di contenimento possibile e per il minor tempo possibile:

1. lesioni muscolo scheletriche e nervose: sono causate dallo scivolamento del paziente contenuto ai polsi o alle gambe;
2. lesioni ischemiche: causate da presidi di sicurezza troppo stretti che inducono ischemia negli arti coinvolti;
3. trombosi venosa profonda (in genere dopo 24 ore): valutare l'opportunità di predisporre un idoneo trattamento farmacologico preventivo con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologie cardio-vascolari e cardio-respiratorie;
4. asfissia: può essere provocata da presidi di sicurezza e dalle posizioni a rischio del paziente oltreché dalle sue caratteristiche fisiche (obesità, insufficienza respiratoria cronica, vomito, ecc.). Situazione tipica è quella del paziente che tenta di arrampicarsi sul letto o sulla sedia;
5. morte: può essere conseguenza di tutte le precedenti situazioni.

5. INFORMAZIONE AL PAZIENTE/CARE GIVER E FORMAZIONE AGLI OPERATORI

Nella valutazione preliminare delle situazioni di rischio nonché delle azioni ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario sono coinvolti e informati, in modo completo ed esaustivo, il paziente e i suoi familiari/rappresentanti legali/caregivers.

L'informazione adeguata e tempestiva, resa nel rispetto della normativa vigente, dovrà essere chiara e comprensibile; rappresenta un momento necessario e importante sia per l'interessato sia per i familiari/caregivers che possono prestare la loro fattiva collaborazione per l'adozione di idonee strategie di contesto finalizzate all'attenuazione e al superamento delle situazioni di rischio presenti.

A tal fine si può prevedere che i professionisti o gli operatori provvedano ad informare i familiari/caregivers della persona assistita sia con riguardo alla valutazione preliminare delle situazioni di rischio ambientale e del paziente sia con riguardo alle azioni/strategie di contesto ritenute opportune e/o da porre in essere e/o intraprese dal personale sanitario. Tali informazioni, nonché la presa visione delle stesse da parte dei familiari/caregivers, dovranno essere documentate nell'ambito della cartella sanitaria assistenziale del paziente/ospite.

Risulta altresì necessario istituire un programma formativo continuativo specifico rivolto al personale medico ed infermieristico e momenti strutturati di discussione e condivisione delle equipe successivi agli episodi di aggressione con eventuale aggiunta di supervisione e/o consultazione di esperti esterni alle equipe.

Nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie dovranno essere previsti periodici momenti di monitoraggio sulla corretta applicazione delle presenti Linee di indirizzo appositamente documentati.

ALLEGATO

SCHEDE TECNICHE

VALUTAZIONE SITUAZIONE DI RISCHIO AMBIENTALE
E DELLA PERSONA ASSISTITA

PRESENZA SITUAZIONE DI RISCHIO

VALUTAZIONE AZIONI ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE

1. valutazione della presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di igiene personale o presenza di condizioni ambientali sfavorevoli (rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate);
2. rivalutazione dei trattamenti terapeutici differibili e successiva rimozione dei dispositivi, quali SNG o catetere vescicale;
3. adozione di strategie relazionali da parte dell'operatore (approccio empatico, promozione di attività occupazionali atte a distogliere la persona assistita dal fattore scatenante dando significato al tempo "delle persone e per le persone", ...);
4. presenza di familiari, caregivers, volontari - anche e soprattutto durante le ore notturne - per ridurre il senso di solitudine;
5. verifica della sicurezza degli spazi: illuminazione, assenza di arredi ingombranti, ecc...;
6. organizzazione di un ambiente confortevole, privo di rumori di sottofondo (TV, radio ecc.) e oggetti potenzialmente pericolosi con particolare attenzione al benessere della persona ed alla personalizzazione della cura;
7. accoglienza della persona assistita vicino alle aree di lavoro del personale di assistenza;
8. controllo frequente della persona assistita;
9. accessibilità campanello e altri strumenti per segnalare stati di necessità;
10. utilizzo di letti il più possibile bassi o regolabili in altezza;
1. ALTRO...

VALUTAZIONE ESITI
AZIONI CORRETTIVE
SUL COMPORTAMENTO
INDIVIDUALE

ESITO POSITIVO

CONTENZIONE NON NECESSARIA

ESITO NEGATIVO

In presenza di **STATO di NECESSITA'** il medico dispone la **MISURA CONTENITIVA** (in emergenza può disporla infermiere con successiva convalida del medico) e riporta tutte le informazioni in cartella clinica

MONITORAGGIO

INFORMAZIONE
PAZIENTE/CARE GIVER

Almeno ogni 2 ore INTERROMPERE CONTENZIONE
Di norma la contenzione non può superare le 12 ore

FAC - SIMILE

MODULO PER L'USO DI DISPOSITIVI DI SICUREZZA CHE LIMITANO I MOVIMENTI

Cognome _____ Nome _____ data nascita __/__/__

Diagnosi _____

Problematiche clinico assistenziali:

Descrizione della condizione dell'assistito:

- ⇒ Paziente con alterazione acuta dello stato di coscienza
- ⇒ Paziente affetto da deterioramento cognitivo grave
- ⇒ Paziente che può causare danno grave a sé o per gli altri
- ⇒ Altro (specificare) _____

Misure alternative ai presidi di sicurezza :

	si	non attuabile	non efficace
supporto psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
supporto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attività occupazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dispositivo adottato

- ⇒ Polsiera/ cavigliera destra sinistra
- ⇒ Manopola destra sinistra
- ⇒ Corsetto con bretelle Corsetto con cintura pelvica
- ⇒ Fascia per carrozzina o poltrona

Modalità di attuazione:

Durata dell' utilizzo:

Data inizio ora inizio

Data fine ora fine

I famigliari sono stati informati della necessità di utilizzare i presidi di sicurezza limitanti il movimento

SI NO

Firma del famigliare per avvenuta informazione _____

Firma Medico _____ Firma Infermiere/Operatore _____

Data __/__/__ ora _____

ERITEMA/ARROSSAMENTO o DISCROMIA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ABRASIONI CUTE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
EDEMI DA UTILIZZO PRESIDI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
PARAMETRI VITALI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
COMPLICAZIONI NEUROMUSCOLARI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
STRESS PSICOFISICO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
RIMOZIONE PERIODICA DEI PRESIDI PER 10 MINUTI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

FIRMA