



ORIGINALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Il giorno 05 MAR, 2020 nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara.

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dr. Antonio Caponetti, in qualità di facente funzioni ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.Lgs. N. 502/1992, acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento su proposta della Responsabile della U.O.S.D. Risk Management.

N. 267

OGGETTO: ADOZIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE "LA CONTENZIONE FISICA. MODALITÀ DI ATTUAZIONE E GESTIONE".

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Letta, condivisa e fatta propria la relazione della Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, riportata nell'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- **VISTO** il documento "*Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 luglio del 2010 che delinea possibili strategie di prevenzione della contenzione fisica;
- **VISTO** l'intervento del "The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment" (CPT) sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura in Italia;
- **VISTA** l'indagine conoscitiva "*La contenzione meccanica*", svolta dalla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica XVII Legislatura " nel corso del 2016 e del 2017, sul ricorso alla contenzione meccanica in Italia, focalizzando il tema dal punto di vista del rispetto della dignità e dei diritti della persona;
- **CONSIDERATA** l'importanza dell'argomento e la disciplina che l'azienda ASL ha deciso di adottare;
- **ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, per quanto di loro competenza;

DELIBERA

1. **DI ADOTTARE** la "*Procedura aziendale per la contenzione fisica. Modalità di attuazione e gestione*", proposta dalla Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, Dott.ssa Annamaria Ambrosi;
2. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento, via mail, a tutti i dipendenti della ASL di Pescara, al fine di diffondere la conoscenza del documento e di rendere operativo l'utilizzo in tutte le strutture;
3. **DI DISPORRE** che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato:
 - nell'Albo Pretorio Aziendale, nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi del D.Lgs N. 33/2013;
 - nella sezione Risk Management – link Procedure;
4. **DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio della ASL;
5. **DI DICHIARARE** la presente delibera immediatamente esecutiva.

RELAZIONE del Medico Responsabile della U.O.S.D. Risk Management, Dott.ssa Annamaria Ambrosi.

PREMESSO che la contenzione fisica non è un intervento terapeutico e l'applicazione di pratiche coercitive, anche se ritenute indispensabili, devono sempre *"garantire la dignità della persona"* in linea con i dettami costituzionali (art. 2, art. 13 e art. 32 della Costituzione);

CONSIDERATO che il tema della contenzione fisica è un argomento che ha suscitato dibattiti in ambito internazionale; sia la Convenzione Europea per i diritti dell'uomo sia, per altri versi, il Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa, si sono occupati del tema della contenzione senza decretarne la totale illegittimità.

In diversi documenti viene ribadito come la contenzione debba essere pratica assolutamente eccezionale, prescritta da un medico e registrata nelle sue modalità di attuazione, motivazione e durata.

Anche l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2005, ha affermato che gli episodi di contenzione possono durare al massimo poche ore;

TENUTO CONTO che la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nel 2010 ha approvato il documento *"Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione"*, nel quale declina le Raccomandazioni da seguire, che hanno l'obiettivo fondamentale di costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica e di migliorare la qualità delle cure nell'ambito sanitario psichiatrico;

PREMESSO che la contenzione fisica è applicata anche al di fuori dei Dipartimenti di Salute Mentale, negli stati di agitazione psico-motoria che sono espressione di modificazioni patologiche del SNC, stabili o transitorie, nei casi di demenza, in situazioni di patologia geriatrica, negli stati di intossicazione esogena, negli adulti o in soggetti in età evolutiva;

PRECISATO che, quando tutti gli interventi preventivi/alternativi messi in atto (procedure di "de-escalation", coinvolgimento del caregiver o altra persona vicina all'utente nel processo di accudimento) si siano rivelati inefficaci, la predisposizione di una procedura che fornisca informazioni chiare e incontrovertibili sulla condotta da adottare si rende indispensabile;

PRECISATO che la presente procedura ha l'obiettivo di limitare la discrezionalità, standardizzare le azioni da attuare e ridurre il ricorso alla contenzione stessa e che contenere un paziente viene considerato un evento potenzialmente avverso per quanto attiene il rischio clinico;


SI PROPONE per i motivi sopra enunciati l'adozione della Procedura aziendale *"La contenzione fisica. Modalità di attuazione e gestione"*, riportata nell'allegato.

Tanto premesso si rimette alla Direzione Generale ogni determinazione e opportune valutazioni circa l'approvazione del documento.

Pescara, 4 marzo 2020

Il Dirigente Responsabile della U.O.S.D. Risk Management
Dott.ssa Annamaria Ambrosi



	ASL PESCARA	Doc. Contenzione n. 1
	Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) RISK MANAGEMENT Responsabile Dott.ssa Annamaria Ambrosi	Data emissione Anno 2020
Sito web www.ausl.pe.it	PROCEDURA AZIENDALE "LA CONTENZIONE FISICA MODALITÀ DI ATTUAZIONE E GESTIONE"	Pagina 1 di 25

REDAZIONE/GRUPPO DI LAVORO

Nominativo	Qualifica	Struttura di appartenenza	Firma
Annamaria Ambrosi	Dirigente Medico Responsabile U.O.S.D. Risk Management	Direzione della Funzione Territoriale	
Giuliana D'Aulerio	CPSI U.O.S.D. Risk Management	Direzione della Funzione Territoriale	
Antonio D'Incecco	Direttore Medico U.O.C. SPDC	Dipart. Salute Mentale	
Di Tonto Ilenia	CPSI U.O.C. SPDC	Dipart. Salute Mentale	
Di Francesco Amina Adele	CPSI U.O.C. SPDC	Dipart. Salute Mentale	
Alessio Sichetti	CPSI Coordinatore U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	Dipart. Urgenza-Emergenza	
Cinzia Auriti	CPSI Coordinatore U.O.C. Geriatria	Dipart. delle Medicine	
Lorena Ceccomancini	CPSI Senior RSA Città Sant'Angelo	Area Territoriale	

VERIFICA

Nominativo	Qualifica	Struttura di appartenenza	Firma
Valterio Fortunato	Direttore Sanitario PP.OO.	U.O.C. Direzione medica P.O.	
Livio Del Duca	Dirigente Medico	U.O.C. Direzione medica P.O.	
Maria Assunta Ceccagnoli	Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Qualità, URP, CUP, Comunicazione Istituzionale Aziendale	Staff Direzione Generale	
Alberto Albani	Direttore Medico U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	Dipart. Urgenza-Emergenza	
Tiziana Lombardi	CPSI Senior Posiz. Organiz. "Gestione attività Infermieristiche Ospedaliere area presidi Pescara- Penne -Popoli	U.O.C. Direzione Medica P.O.	
Cinzia Sciarra	CPSI Senior CSM Pescara, U.O.C. SPDC, Medicina Penitenziaria. Posiz. Organiz. "Organizzazione attività infermieristiche - area salute mentale"	Dipart. Salute Mentale	

PERIODO DI VALIDITÀ E REVISIONE

Il presente documento sarà oggetto di revisione e di monitoraggi periodici; sarà aggiornato in base alle eventuali evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

<i>Data di emissione</i>	<i>Revisione</i>	<i>Modifiche</i>
Anno 2020		

ELENCO ALLEGATI

<i>Allegato n.</i>	<i>Titolo dell'allegato</i>
<i>Allegato n. 1</i>	<i>Scheda prescrizione medica della contenzione</i>
<i>Allegato n. 2</i>	<i>Scheda infermieristica "Controlli nella contenzione altamente restrittiva"</i>
<i>Allegato n. 3</i>	<i>Scheda controlli OSS</i>
<i>Allegato n. 4</i>	<i>Scala di valutazione del rischio aggressivo (Broset)</i>

INDICE

Frontespizio, redazione/gruppo di lavoro, verifica, approvazione	pag. 1
Periodo di validità e revisione, elenco allegati	pag. 2
Indice	pag. 3
1. Titolo	pag. 4
2. Premessa	pag. 4
3. Obiettivo	pag. 4
4. Definizioni e abbreviazioni	pag. 4
5. Campo di applicazione	pag. 6
6. Luogo di applicazione	pag. 6
7. Matrice delle responsabilità	pag. 7
8. Procedura per la contenzione fisica altamente restrittiva in situazioni di emergenza	pag. 8
9. Procedura per la contenzione fisica parzialmente restrittiva, nelle unità operative	pag.13
10. La contenzione applicata al minore	pag. 15
11. Alternative alla contenzione	pag. 16
12. Monitoraggio delle contenzioni	pag. 16
13. Azioni di miglioramento	pag. 16
14. Diagramma di flusso "contenzione altamente restrittiva"	pag. 17
15. Indicatori	pag. 18
16. Standard	pag. 18
17. Formazione del personale	pag. 18
18. Segnalazione di eventi sentinella/avversi/near miss	pag. 18
19. Modalità di diffusione del documento	pag. 18
20. Archiviazione	pag. 18
21. Riferimenti normativi	pag. 19
22. Bibliografia	pag. 20
All. 1 Scheda prescrizione medica della contenzione	pag. 22
All. 2 Scheda infermieristica U.O. controlli nella contenzione "altamente restrittiva"	pag. 23
All. 3 Scheda controlli OSS	pag. 24
All. 4 Scala di valutazione del rischio aggressivo (BROSET)	pag. 25

1. TITOLO

“PROCEDURA AZIENDALE PER LA CONTENZIONE FISICA. MODALITÀ DI ATTUAZIONE E GESTIONE”

2. PREMESSA

Nel corso degli ultimi decenni, in Italia, si sono verificati decessi di pazienti sottoposti a contenzione; la gravità di tali eventi ha imposto l'obbligo di un ripensamento di tale pratica o comunque di una sua ragionata limitazione e a tal fine, anche presso la ASL di Pescara, si è ravvisata la necessità di costruire un percorso condiviso multi-professionale per la gestione della contenzione fisica.

La contenzione fisica deve essere considerata una pratica con carattere di eccezionalità, utilizzata per neutralizzare comportamenti violenti auto/etero lesivi, in situazioni di emergenza-urgenza, in pazienti affetti da agitazione psicomotoria causata da intossicazione da sostanze, patologie psichiatriche, deterioramento cognitivo e altro.

La contenzione fisica non è un intervento terapeutico e l'applicazione di pratiche coercitive, anche se ritenute indispensabili, deve sempre *“garantire la dignità della persona”* in linea con i dettami costituzionali (art. 2, art. 13 e art. 32 della Costituzione).

In ambito internazionale, sia la Convenzione Europea per i diritti dell'uomo sia, per altri versi, il Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa, si sono occupati del tema della contenzione senza decretarne la totale illegittimità. In diversi documenti viene ribadito come la contenzione debba essere pratica assolutamente eccezionale, prescritta da un medico e registrata nelle sue modalità di attuazione, motivazione e durata. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha affermato che gli episodi di contenzione possono durare al massimo poche ore.

L'uso della contenzione meccanica, pertanto, è lecito allorché sussista una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante il percorso di cura), non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità. Il personale sanitario assume una posizione di garanzia nei confronti del paziente, la cui salute deve essere tutelata contro qualsiasi pericolo che ne minacci l'integrità, come disposto dall'art. 40 del c.p. secondo cui non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo.

Al di fuori degli elementi che la giustificano, la contenzione fisica è illegittima e il personale sanitario che la applica, sottoponendo il paziente a privazione della libertà personale, rischia di incorrere in diversi reati, quali sequestro di persona (art. 605 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.), maltrattamenti (art. 572 c.p.), abuso dei mezzi di correzione e di disciplina (art. 571 c.p.), abbandono di incapace (art. 591 c.p.). Qualora, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato per responsabilità colposa, quali lesioni personali colpose (art. 590 c.p.), omicidio colposo (art. 590 c.p.) o morte o lesioni come conseguenza di altro delitto (art. 586 c. p.).

3. OBIETTIVO

Premesso che la contenzione è necessaria allorché tutti gli interventi preventivi/alternativi messi in atto (procedure di *“de-escalation”*, coinvolgimento del caregiver o altra persona vicina all'utente nel processo di accudimento) si siano rivelati inefficaci, la predisposizione della presente procedura ha l'obiettivo di limitarne la discrezionalità, standardizzare le azioni da attuare e ridurre il ricorso alla contenzione stessa.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Contenzione fisica:** termine utilizzato per descrivere ogni intervento idoneo a bloccare il corpo del paziente ed a limitarne i movimenti; prevede l'applicazione di mezzi e di dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante che determinano una limitazione della libertà di movimento. Sono da considerarsi sistemi di contenzione fisica tutti quei mezzi che, applicati sul paziente, lo immobilizzano al letto o alla carrozzina.

- **Contenzione manuale:** è applicata direttamente dagli operatori che utilizzano il proprio corpo per immobilizzare il paziente.

- **Contenzione farmacologica:** prevede la somministrazione di medicinali con la finalità di modificare il comportamento della persona e di limitarne i movimenti; è di difficile definizione, in realtà, in quanto non possiamo farla coincidere con ogni tipo di sedazione.

- **Contenzione ambientale:** consiste nell'uso di sistemi di ritenuta di porte e finestre allo scopo di evitare l'uscita incontrollata del paziente dalle strutture.

- **Contenzione psicologica o relazionale:** utilizza l'ascolto e l'osservazione empatica, attraverso tecniche di comunicazione, per ridurre l'aggressività del paziente.
- **Mezzi di contenzione:** sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, idonei a limitare la libertà dei movimenti dell'intero corpo o di un suo segmento; sono usati per proteggere il paziente, o altri, da danni che potrebbero derivare da un comportamento non sicuro o non consono.
- **Contenzione altamente restrittiva:** contenzione che prevede l'immobilizzazione di tutti e quattro gli arti al letto.
- **Contenzione parzialmente restrittiva:** contenzione che prevede l'immobilizzazione con fasce di velcro solo di alcuni arti; immobilizzazione a letto con fascia addominale; immobilizzazione in carrozzina con cintura di contenimento pettorale; immobilizzazione delle mani con guanti di protezione anti presa; immobilizzazione al letto con sponde di protezione.
- **Agitazione psicomotoria (APM):** eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna, incapacità a restare fermi con un eccesso di attività motoria non produttiva o afinalistica (camminare, sfregarsi le mani, tirare i vestiti), irritabilità, elevata responsività agli stimoli interni ed esterni e un decorso della sintomatologia instabile nel tempo. Caratteristica importante della APM, qualunque ne sia causa e qualunque sia la gravità della condizione soggiacente, è infatti che essa si colloca lungo un *continuum* che dalle situazioni di semplice attivazione ideativa e comportamentale può giungere fino agli episodi più acuti e violenti (Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation). J. Clin Psychiatry 2000; 61 (suppl. 14): 5-10. (Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. Clin Ther 2010; 32: 403-25), (Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta psychiatric evaluation workgroup. West J Emerg. Med. 2012; 13:11-6).
- **Escalation dell'aggressività:** comportamento disorganizzato e compromissione della capacità di relazione che può sfociare in comportamenti auto o etero-lesivi.
- **De-escalation:** azioni utilizzate per ridurre progressivamente il comportamento aggressivo/violento.
- **CSM:** Centro Salute Mentale
- **SPDC:** Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- **URP:** Ufficio per le Relazioni con il Pubblico
- **CUP:** Centro Unico Prenotazioni
- **OSS:** Operatore Socio Sanitario

Dispositivi non considerati mezzi di contenzione:

- dispositivi per conservare la corretta postura sul letto operatorio/radiologico;
- bracciali che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa;
- sponde laterali delle barelle durante il trasporto e durante la sosta;
- apparecchi gessati;
- fasce a corpo utilizzate durante il trasporto e la sosta;
- letti pediatrici;
- dispositivi impiegati per il corretto posizionamento e la sicurezza del paziente nel programma riabilitativo;
- sponde che proteggono metà o $\frac{3}{4}$ del letto, se gli operatori sanitari hanno valutato la possibile movimentazione volontaria del degente in base alla capacità cognitiva e/o stato fisico (Frayback, 1998).

Condizioni non considerate di contenzione:

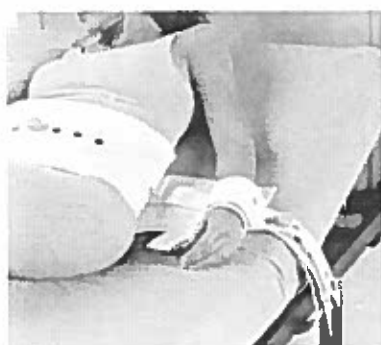
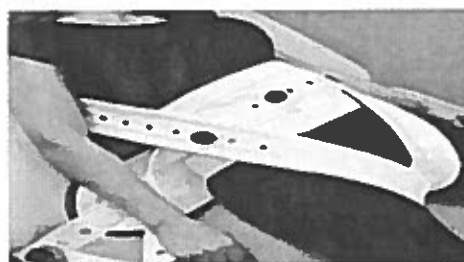
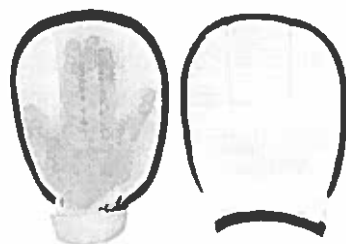
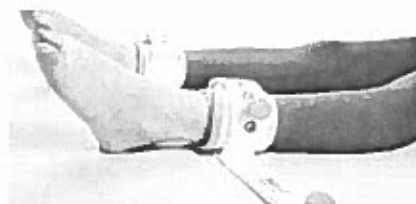
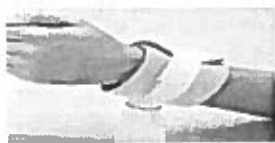
- impiego di sponde al letto, allo scopo di facilitare il movimento autonomo della persona;
- applicazione di dispositivi su richiesta del paziente/Caregiver, per garantire una maggiore sicurezza o in continuità a modalità già adottate presso il domicilio;
- posizionamento di sponde al letto di pazienti in stato di coma;
- uso di dispositivi finalizzati al mantenimento di una corretta postura del paziente in carrozzina, anche parzialmente collaborante, per mezzo di fasce a corpo o tavolini, per brevi e circoscritti periodi di tempo;
- utilizzo di ausili che consentono una corretta postura necessaria all'esecuzione di indagini diagnostiche/terapeutiche (sala operatoria, radiologia diagnostica e interventistica, etc.) mediante fasce, limitatamente al tempo necessario di realizzazione della procedura.

Fryback suggerisce di utilizzare due semplici domande per discriminare cosa è e cosa non è contenzione:

1) il dispositivo limita il movimento individuale?

2) l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare il dispositivo?

se la risposta è sì ad entrambe le domande, il dispositivo può essere considerato come mezzo di contenzione (Fryback J. 1998 Counting, Using and Reducing Physical Restraints. Department of Health and Family Services, Wisconsin).



5. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i casi in cui si rende necessaria l'attuazione della contenzione come descritta. Le Direzioni Sanitarie, Aziendali e di Presidio, sono state coinvolte ed edotte e si impegnano ad intervenire direttamente nella risoluzione di eventuali problematiche organizzative/gestionali.

6. LUOGO DI APPLICAZIONE

La procedura trova applicazione in tutti i setting assistenziali della ASL di Pescara in cui è praticata la contenzione fisica.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Gestione della contenzione fisica "ALTAMENTE RESTRITTIVA"

Gestione della contenzione fisica "PARZIALMENTE RESTRITTIVA"

<i>Attività</i>	<i>Funzione</i>	<i>Medico</i>	<i>Infermiere</i>	<i>OSS</i>	<i>Psicologo (ove presente)</i>	<i>Paziente Familiare</i>
<i>Analisi della situazione</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>		
<i>Acquisizione del consenso nei casi al di fuori dello stato di necessità</i>		<i>R</i>	<i>C</i>			<i>I/C</i>
<i>Prescrizione</i>		<i>R</i>	<i>C</i>			<i>I</i>
<i>Registrazione</i>		<i>R</i>	<i>R</i>			
<i>Applicazione della contenzione</i>		<i>R/C</i>	<i>R</i>	<i>C</i>		<i>I</i>
<i>Comunicare correttamente con il paziente e i familiari</i>		<i>R</i>	<i>R</i>		<i>R</i>	
<i>Protezione della privacy del paziente</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>		
<i>Preparazione del materiale per la contenzione in emergenza</i>		<i>C</i>	<i>R</i>	<i>C</i>		
<i>Preparazione dell'ambiente</i>		<i>C</i>	<i>R</i>	<i>R</i>		
<i>Monitoraggio controllo clinico assistenziale</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>		
<i>Valutazione/monitoraggio corretto posizionamento dei mezzi di contenzione e delle complicanze</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>		
<i>Durata della contenzione</i>		<i>R</i>	<i>R</i>	<i>C</i>		
<i>Debriefing dell'evento</i>		<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

8. PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA ALTAMENTE RESTRITTIVA IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

Attività	Personale	Destinatario	Note
<p>Analisi della situazione Individuazione delle cause che provocano l'agitazione psicomotoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ organiche; ➤ intossicazione/astinenza; ➤ psichiatriche; ➤ altro. <p>Il personale sanitario adeguatamente formato, in grado di riconoscere l'escalation di un comportamento auto ed etero lesivo, agisce mettendo in atto tutte le misure di "de-escalation" alternative alla contenzione, utili a ridurre l'aggressività del paziente. In caso di insuccesso, il ricorso alla contenzione deve essere considerato come "ultimo, estremo intervento".</p>	<p>Medico Infermiere OSS</p>	<p>Paziente in stato di agitazione psicomotoria</p>	<p><i>I componenti del team assicurano sempre un atteggiamento di massimo rispetto nei confronti del paziente contenuto</i></p>
<p>Prescrizione La contenzione deve essere prescritta dal medico, dopo una attenta valutazione delle condizioni cliniche, delle controindicazioni e degli effetti collaterali. Nella prescrizione il medico deve indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la motivazione; ▪ il tipo di contenzione; ▪ la durata della contenzione. <p>La contenzione non richiede la prescrizione dello specialista psichiatra.</p>	<p>Medico</p>	<p>Paziente in stato di agitazione psicomotoria</p>	
<p>Registrazione La contenzione deve essere debitamente documentata nella cartella clinica/infermieristica e nell'apposito registro delle contenzioni in dotazione a tutte le UU.OO. in cui si pratica. Le attività clinico assistenziali eseguite dal medico, dal personale infermieristico e dagli OSS, devono essere registrate puntualmente.</p>	<p>Medico Infermiere OSS</p>		<p>Il registro delle contenzioni è composto da pagine numerate e timbrate dalla Direzione Medica di P.O. Devono essere annotati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dati anagrafici del pz; - le cause che hanno determinato la contenzione; - la prescrizione medica; - la data, l'ora di inizio e di fine; - la firma del medico e degli infermieri.
<p>Applicazione della contenzione in assenza del medico La contenzione può essere applicata dall'infermiere <i>"in caso di urgenza indifferibile, se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori"</i> (Art. 35 Codice deontologico infermiere 2019). Se l'infermiere, invocando lo stato di necessità, applica la contenzione, deve darne immediata comunicazione al medico il quale deve disporre per iscritto il proseguimento o la cessazione della contenzione. L'infermiere in ogni caso, dovendo legittimare il proprio operato, motiva la contenzione e la registra nella cartella</p>			<p>Perché sussista "lo stato di necessità" (art. 54 c.p.), devono essere presenti i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Il pericolo deve essere attuale, deve cioè esistere la possibilità che l'evento temuto si verifichi; -deve riguardare un grave danno alla

<i>infermieristica.</i>			persona, non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità; -l'agente non deve porsi di propria volontà nella condizione pericolosa.
Comunicazione Il Medico spiega al paziente, se le condizioni lo consentono, e/o ai familiari, le ragioni della contenzione, rassicurando sulla sua durata limitata; chiarisce, inoltre, che al regredire dello stato di agitazione la contenzione verrà rimossa. Informa il paziente che ogni sua esigenza verrà ascoltata.	Medico Infermiere OSS Psicologo	Paziente in stato di agitazione psicomotoria	Lo psicologo, dove presente, si relazionerà e supporterà costantemente il paziente, i familiari e il personale sanitario.
Protezione della privacy del paziente Deve essere garantita la privacy durante e per tutta la durata della contenzione, impedendo, quando possibile, che altri pazienti e familiari assistano all'immobilizzazione del paziente.	Infermiere OSS	Paziente in stato di agitazione psicomotoria	
Materiale per la contenzione in emergenza Fascette in tessuto/cotone n. 4 con anelli, 4 sistemi di chiusura e 4 chiavi; il materiale deve essere ignifugo, anallergico e resistente. I dispositivi per l'immobilizzazione devono essere conservati in un luogo noto a tutti.	Infermiere OSS		Nelle UU.OO. dove si utilizza questo sistema di contenzione ogni operatore deve avere a disposizione la chiave di apertura, per liberare il paziente in caso di pericolo (es. incendio).
Preparazione dell'ambiente Durante l'applicazione della contenzione si devono prendere, se possibile, le precauzioni necessarie per evitare danni al personale e/o al paziente, allontanando ad esempio sedie, suppellettili, comodini ecc.	Infermiere OSS		
Risorse umane necessarie Il personale deputato all'applicazione della contenzione deve essere adeguatamente addestrato. In assenza di personale sufficiente, si devono chiamare le Guardie giurate (tel. 2600/2358) e/o le forze dell'ordine (tel. 112)	Medico Infermiere OSS		Ogni U.O. provvederà alla formazione del personale
Sicurezza del personale sanitario Il personale impegnato nell'applicazione della contenzione deve: ➤ eliminare dai propri indumenti oggetti che potrebbero essere afferrati dal paziente ed usati come oggetti offensivi o autolesivi (penne, matite, forbici, orecchini, occhiali, collane e tutto ciò che non fa parte della divisa); ➤ indossare i dispositivi di protezione individuale; ➤ svuotare le tasche del paziente, rimuovendo oggetti potenzialmente pericolosi.	Medico Infermiere OSS	Medico Infermiere OSS	
Organizzazione della manovra Il Medico, o il Team leader, riunisce il personale che dovrà eseguire la contenzione e controlla: ▪ la disponibilità del materiale per l'immobilizzazione; ▪ l'idoneità dell'ambiente; ▪ la disponibilità dei dispositivi di protezione	Medico Infermiere OSS	Paziente in stato di agitazione psicomotoria	

<p>individuale.</p> <p>Fasi della contenzione Descrizione delle azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il personale applica le polsiere e le cavigliere ai montanti del letto; ➤ Il personale si muove in modo rapido e sincrono; ➤ Il personale avvicina il paziente al letto; ➤ un operatore mantiene un costante contatto visivo e verbale con il paziente e ne stabilizza il capo; ➤ ogni operatore si occupa di immobilizzare un arto; ➤ il personale applica le cinture ai polsi e alle caviglie (se possibile applicare delle protezioni morbide da avvolgere ai polsi ed alle caviglie, per prevenire lesioni da sfregamento); ➤ un infermiere solleva la testa del paziente rispetto al tronco; ➤ un infermiere controlla i polsi periferici; ➤ un infermiere rileva i parametri vitali; ➤ il medico e gli infermieri controllano le condizioni generali del paziente; ➤ il medico prescrive i farmaci idonei a sedare il paziente (valutare la profilassi anti tromboembolica); ➤ un infermiere procede alla somministrazione della terapia prescritta; ➤ Il personale libera il paziente dagli indumenti; ➤ il medico e l'infermiere provvedono alla registrazione della contenzione nella cartella clinica/infermieristica e nel registro delle contenzioni presente in ogni UU.OO. 			<p>N.B. Fascette troppo lente aumentano la probabilità che il paziente riesca ad infilare la testa sotto al braccio o sotto alla fascetta con il rischio di soffocamento.</p>
<p>Percorso clinico assistenziale del paziente sottoposto a contenzione <u>ALTAMENTE RESTRITTIVA</u> Tempi e modi del monitoraggio</p> <p>Controllo medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ almeno ogni due ore: valuta la possibilità di interrompere la contenzione o registra le ragioni per le quali non è possibile sospenderla. <p>Controllo infermieristico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ogni 30 minuti: rileva i parametri vitali: PA, FC, SpO₂, TC, diuresi; ➤ ogni ora e per 10 minuti: mobilita gli arti e valuta il corretto posizionamento dei mezzi contenitivi; ➤ ogni due ore: valuta lo stato di idratazione; ➤ ogni tre ore: verifica la comparsa di eventuali complicanze causate dalla contenzione ➤ almeno ogni due ore: valuta la possibilità di interrompere la contenzione o descrive le ragioni per le quali non è possibile sospenderla. <p>Controllo OSS: assicura le esigenze igienico-fisiologiche ogni volta che il paziente ne manifesta la necessità; valuta la possibilità di accompagnare il paziente in toilette se le</p>	<p>Medico Infermieri OSS</p>	<p>Paziente in stato di agitazione psicomotoria</p>	<p>Il paziente contenuto deve essere considerato "paziente ad alta intensità assistenziale", necessita pertanto di cure continue. Tutto il personale, durante il periodo della contenzione, deve curare la relazione con il paziente e sostenerlo emotivamente.</p>

condizioni lo consentono (con il supporto di altri operatori); garantisce il comfort alberghiero durante tutto il periodo della contenzione; sostiene un adeguato apporto idrico e calorico.			
<p>Complicanze della contenzione</p> <p>Il paziente sottoposto a contenzione può subire danni di natura fisica, organica e psicologica.</p> <p>- Traumi causati dalla pressione dei mezzi di contenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ematomi; ▪ arrossamenti; abrasioni; escoriazioni/ferite; ▪ edema degli arti; ▪ distorsioni articolari; lesioni tendinee; ▪ asfissia da compressione toracica. <p>- Patologie organiche causate dalla immobilizzazione prolungata:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tromboembolismo (terapia anti tromboembolica se si superano le 24 ore di contenzione); ▪ neurologiche; ▪ ischemiche; ▪ ipertermia e sindrome neurolettica maligna; ▪ lesioni da decubito; ▪ infezioni; ▪ ipotonia muscolare; ▪ incontinenza; ▪ edema polmonare; ▪ morte improvvisa. <p>- Problemi psicologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rabbia; ▪ confusione mentale; ▪ incremento dell'agitazione psicomotoria; ▪ senso di umiliazione; ▪ impotenza emotiva; ▪ altro. <p>Prevenzione delle complicanze</p> <p>Attuare interventi clinico assistenziali utili a rimuovere le cause delle complicanze.</p>	<p>Medico Infermieri OSS</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	<p>Il personale deve mettere in atto tutte le azioni necessarie per prevenire le complicanze.</p> <p>Il prolungamento della contenzione è di per sé una condizione di potenziale rischio.</p> <p>Le complicanze rilevate nei controlli periodici devono essere registrate e il personale deve informare immediatamente il medico</p>
<p>Durata della contenzione</p> <p>Dopo le 24 ore la prescrizione deve essere rinnovata</p>	<p>Medico</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	
<p>Fine contenzione/decontenzione</p> <p>Il medico/Infermiere predispone il termine della contenzione quando rileva cessate le condizioni di rischio e registra la data e l'ora in cartella clinica e nel registro delle contenzioni. La decisione di de-contenere deve essere comunicata all'utente, ai familiari, al rappresentante legale e/o al tutore. Il personale sanitario informa l'utente sulle azioni che verranno compiute, lo aiuterà ad assumere una posizione semi seduta e poi seduta, rileverà PA e FC e valuterà la possibilità di deambulazione autonoma. Nelle strutture che prevedono la presenza di uno psicologo dovranno essere valutate e documentate le condizioni psichiche dell'utente al momento della de-contenzione.</p>	<p>Medico Infermieri OSS Psicologo ove presente</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	
<p>Debriefing dell'evento</p> <p>I componenti del team, al termine della contenzione,</p>	<p>Medici Infermieri</p>		

valutano retrospettivamente ciò che è stato fatto e ipotizzano le azioni che avrebbero potuto prevenire la coercizione.	OSS Psicologo ove presente		
---	---	--	--

9. PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA PARZIALMENTE RESTRITTIVA, NELLE UNITA' OPERATIVE

Attività	Personale coinvolto	Destinatario	Note
<p>Analisi della situazione La contenzione deve essere garantita da una appropriata prescrizione medica allorquando il clinico la riterrà l'unica possibile alternativa. Motivazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ comportamento auto/etero lesivo; ▪ stato confusionale; ▪ aggressività in paziente demente; ▪ per impedire la rimozione di dispositivi terapeutici indispensabili; ▪ altro. 	<p>Medico Infermiere OSS</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	<p><i>I componenti del team assicurano sempre un atteggiamento di massimo rispetto nei confronti del paziente contenuto</i></p>
<p>Acquisizione del consenso Nei casi in cui non si ravvisa uno stato di necessità deve essere acquisito il consenso del paziente che sarà registrato in cartella. Nei casi di soggetti incapaci deve essere acquisito il consenso dell'amministratore di sostegno o di altre figure titolari; i famigliari devono sempre essere informati.</p>	<p>Medico</p>		
<p>Prescrizione La contenzione deve essere prescritta dal medico, dopo una attenta valutazione delle indicazioni, delle controindicazioni e degli effetti collaterali. Nella prescrizione il medico deve indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la motivazione; ▪ il tipo di contenzione. 	<p>Medico</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	
<p>Registrazione La contenzione deve essere debitamente documentata nella cartella clinica/infermieristica. Le attività clinico assistenziali eseguite dal medico, dal personale infermieristico e dagli OSS, devono essere registrate puntualmente.</p>	<p>Medico Infermiere OSS</p>		
<p>Applicazione della contenzione in assenza del medico La contenzione può essere applicata dall'infermiere "in caso di urgenza indifferibile, se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori" (Art. 35/2019 Codice Deontologico Infermiere). Se l'infermiere, invocando lo stato di necessità, applica la contenzione, deve darne immediata comunicazione al medico il quale deve disporre per iscritto il proseguimento o la cessazione. L'infermiere in ogni caso dovendo legittimare il proprio operato deve giustificarne l'adozione e registrare sulla cartella infermieristica e sulla scheda specifica la contenzione eseguita.</p>	<p>Infermiere</p>	<p>Paziente sottoposto a contenzione</p>	<p>Perché sussista "lo stato di necessità", devono essere presenti i seguenti requisiti: -Il pericolo deve essere attuale, cioè deve esistere la possibilità che l'evento temuto si verifichi; -deve riguardare un grave danno alla persona, non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità; -l'agente non deve porsi di propria volontà nella condizione pericolosa.</p>
<p>Comunicare correttamente con il paziente e i familiari Il Medico spiega al paziente, se le sue condizioni lo consentono, e/o ai familiari le ragioni della contenzione</p>	<p>Medico Infermiere Medico</p>	<p>Paziente sottoposto a Paziente</p>	<p><i>Il personale si relazionerà e supporterà costantemente il</i></p>

rassicurandoli sulla sua durata limitata; spiega, inoltre, che, al regredire del problema la contenzione verrà rimossa. Informa il paziente che ogni sua esigenza verrà ascoltata.	Infermiere OSS	sottoposto a contenzione	<i>paziente e i familiari.</i>
Protezione della privacy del paziente Garantire la privacy del paziente	Infermiere OSS	Paziente sottoposto a contenzione	
Materiale per la contenzione Fascette in velcro. Il materiale delle fascette deve essere ignifugo, anallergico resistente e conservato in un luogo preciso, conosciuto da tutti.	Infermiere OSS		
Sicurezza del personale sanitario Il personale impegnato nell'applicazione della contenzione: <ul style="list-style-type: none"> ➤ elimina dai propri indumenti oggetti che potrebbero essere afferrati dal paziente ed usati come oggetti offensivi o autolesivi (penne, matite, forbici, orecchini, occhiali, collane e tutto ciò che non fa parte della divisa); ➤ indossa i dispositivi di protezione individuale; ➤ allontana dal paziente oggetti potenzialmente pericolosi. 	Medico Infermiere OSS	Medico Infermiere OSS	
Percorso clinico assistenziale del paziente sottoposto a contenzione "PARZIALMENTE RESTRITTIVA" Tempi e modi del monitoraggio Controllo medico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ogni turno, valuta la possibilità di interrompere la contenzione o descrive le ragioni per le quali non è stato possibile sospenderla. Controllo infermieristico <ul style="list-style-type: none"> ➤ controllo visivo frequente, variabile in base alla prescrizione medica o alla valutazione infermieristica; ➤ controllo dei parametri vitali in base al piano assistenziale o secondo prescrizione medica. Controllo OSS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ assicura le esigenze igienico-fisiologiche in base alle necessità del paziente. Valuta la possibilità di accompagnare il paziente in toilette se le condizioni lo consentono (con il supporto di altri operatori). Garantisce il comfort alberghiero durante tutto il periodo della contenzione, sostiene un adeguato apporto idrico, calorico e di movimento. 	Medico Infermieri OSS	Paziente sottoposto a contenzione	
Complicanze causate dalla contenzione Il paziente sottoposto a contenzione può subire danni di natura fisica, organica e psicologica. - Traumi causati dalla pressione dei mezzi di contenzione: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ematomi; escoriazioni/ferite; arrossamenti; abrasioni; ▪ edema degli arti; ▪ distorsioni articolari; lesioni tendinee; ▪ asfissia da compressione toracica. - Patologie organiche causate dalla immobilizzazione prolungata:	Medico Infermieri OSS	Paziente sottoposto a contenzione	Il personale responsabile del percorso di cura deve mettere in atto tutte le azioni necessarie per prevenire le complicanze; il prolungamento della contenzione è di per sé una condizione di potenziale rischio. Le complicanze rilevate nei controlli periodici

<ul style="list-style-type: none"> ▪ tromboembolismo (terapia anti tromboembolica se si superano le 24 ore di contenzione); ▪ neurologiche; ▪ ischemiche; ▪ ipertermia e sindrome neurolettica maligna; ▪ lesioni da decubito; ▪ infezioni; ▪ ipotonia muscolare; ▪ incontinenza; ▪ edema polmonare; ▪ morte improvvisa. <p>- Problemi psicologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rabbia; ▪ confusione mentale; ▪ incremento dell'agitazione psicomotoria; ▪ senso di umiliazione; ▪ impotenza emotiva; ▪ altro. 			devono essere registrate e il personale ne deve dare immediata comunicazione al medico.
<p>Prevenzione delle complicanze Mettere in atto interventi clinico assistenziali utili a rimuovere le cause delle complicanze.</p>	Medico Infermieri OSS	Paziente sottoposto a contenzione	
<p>Durata della contenzione La prescrizione deve essere rivalutata ogni 24 ore.</p>	Medico	Paziente sottoposto a contenzione	
<p>Fine contenzione/decontenzione Il medico predispose il termine della contenzione quando rileva cessate le condizioni di rischio e registra l'ora e la data di fine contenzione in cartella clinica. La fine della contenzione deve essere registrata anche dall'infermiere nella cartella infermieristica</p>	Medico Infermieri	Paziente sottoposto a contenzione	

10. LA CONTENZIONE APPLICATA AL MINORE

Quando l'uso della contenzione coinvolge adolescenti emancipati e/o bambini diventa problematico il dilemma etico tra responsabilità e benefici. I dati in letteratura sono limitati e riguardano principalmente l'utilizzo della pratica di contenzione negli ambienti di cura pediatrica, per quanto riguarda condizioni di disagio mentale e/o malattie acute (Brenner, 2014). Nei reparti pediatrici, la pratica è utilizzata quotidianamente per portare a termine le procedure cliniche, siano esse mediche e/o infermieristiche (Brenner, 2013; Demir, 2007; Folkes, 2005), anche se esistono strategie alternative farmacologiche e non farmacologiche (Bray et al., 2015; Coyne et al. 2014).

Gli studi suggeriscono che gli Utenti minori sono quelli più frequentemente sottoposti a contenzione. La pratica deve avvenire in accordo ai principi etici della professione infermieristica/medica, nel rispetto dei loro diritti fondamentali, sanciti anche dalla Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia, approvata a New York il 20 novembre del 1989 ed entrata in vigore nel 1990.

Si ribadisce che:

- La contenzione deve essere utilizzata come ultima risorsa, quando le alternative (interventi farmacologici e non) non si siano rivelati efficaci;
- La decisione di ricorrere alla contenzione deve essere discussa ed è presa in collaborazione con i genitori del bambino e il bambino stesso (acquisizione del consenso);
- La manovra contenitiva deve essere praticata da personale competente ed altamente qualificato, in relazione al corretto utilizzo ed ai pericoli o le complicanze ad essa correlata. Deve essere effettuata, inoltre, un'adeguata osservazione del bambino sottoposto a contenzione.
- L'utilizzo della contenzione deve essere registrato in cartella clinica, riportando la motivazione che l'ha resa necessaria e chi l'ha applicata.
- La decontenzione deve essere approvata dal medico e dall'infermiere tramite una valutazione multidisciplinare.

11. ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE

Valutare l'effettiva necessità di trattamenti che possono favorire o incrementare lo stato di agitazione	<ul style="list-style-type: none">▪ Rimuovere i devices che creano disagio e trovare alternative (es. sostituire la terapia per via endovenosa con la terapia orale).
Compagnia costante	<ul style="list-style-type: none">▪ Consentire, caso per caso, la presenza di familiari, amici, caregivers o volontari durante la giornata. Il rapporto con altre persone garantisce conforto e rassicurazione.
Tecniche relazionali favorevoli alla de-escalation	<ul style="list-style-type: none">▪ Assumere un atteggiamento tranquillo, sorridere;▪ parlare con tono pacato, esprimersi con locuzioni brevi e chiare, valutare il grado di comprensione;▪ chiamare il paziente con il proprio nome;▪ non guardare con fissità;▪ mostrare disponibilità all'ascolto ed alle richieste del paziente, rendersi disponibili alla ricerca di soluzioni condivise;▪ manifestare un comportamento rispettoso;▪ non polemizzare, non contrastare apertamente o non dare ordini;▪ non ironizzare;▪ mantenere in ogni caso una distanza di circa 1,5 metri, braccia abbassate non incrociate e mani aperte.
Interventi psicosociali	<ul style="list-style-type: none">▪ Promuovere la Reality Orienting Therapy (ROT) con lo scopo di riorientare il paziente rispetto a se stesso, allo spazio e al tempo, fornendo informazioni di base. Promuovere attività occupazionali.
Attività ludiche	<ul style="list-style-type: none">▪ Promuovere l'ascolto di musica classica o melodica, la visione di film con contenuti tranquillizzanti ecc..
Modifiche ambientali	<ul style="list-style-type: none">▪ Creare un ambiente tranquillo;▪ Garantire una illuminazione soffusa;▪ Eliminare oggetti potenzialmente pericolosi;▪ Collocare il paziente disorientato vicino alla sala medica, quando possibile;▪ Rendere accessibile il campanello;▪ Garantire la climatizzazione degli ambienti;▪ Letti ad altezza variabile.

12. MONITORAGGIO DELLE CONTENZIONI

I Direttori delle UU.OO. coinvolte hanno il compito di monitorare e trasmettere un report annuale delle contenzioni alla Direzione Medica di P.O.

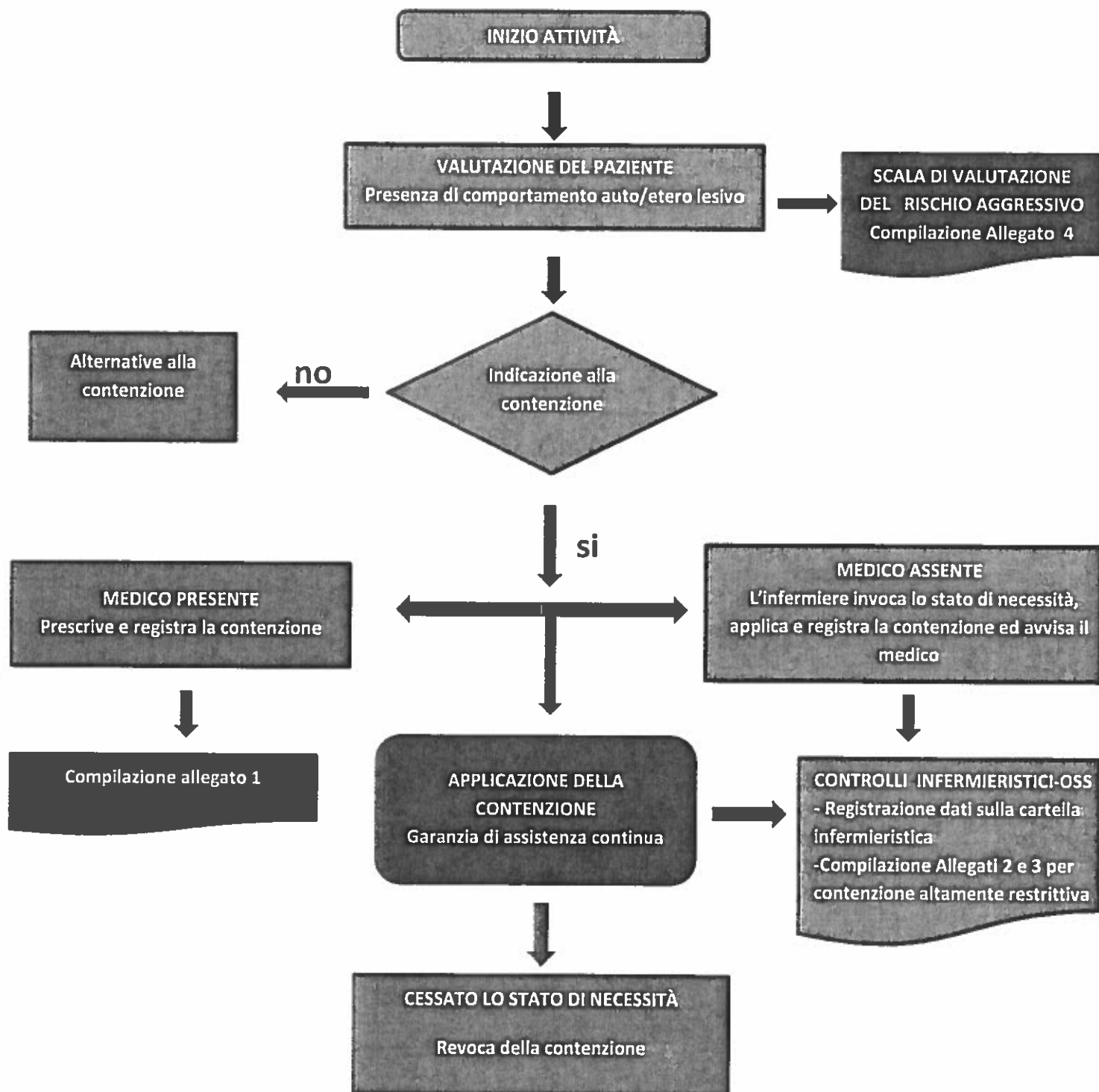
13. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

E' costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che promuove azioni di miglioramento con l'obiettivo di ridurre l'uso della contenzione. È nominato un team leader che programma ed organizza gli incontri almeno ogni sei mesi.

Gruppo multidisciplinare:

Antonio D'Incecco (Team Leader), Alessio Sichetti, Cinzia Sciarra, Di Tonto Ilenia, Di Francesco Amina Adele, Cinzia Auriti, Lorena Ceccomancini, Livio Del Duca, Giuliana D'Aulerio.

14. DIAGRAMMA DI FLUSSO "CONTENZIONE ALTAMENTE RESTRITTIVA"



15. INDICATORI

- Numero di contenzioni verso numero di eventi avversi/complicanze.

16. STANDARD

- Linee guida della Società scientifica di psichiatria 2012.
- Conferenza delle regioni e delle province autonome "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione".

17. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Al fine di garantire un corretto utilizzo della procedura risulta indispensabile una formazione specifica del personale sanitario coinvolto, con cadenza annuale e in modo permanente, che abbia come obiettivo il raggiungimento di competenze nelle seguenti aree:

- strategie per favorire la de-escalation, l'autocontrollo e le capacità comunicative-relazionali;
- uso di abilità di intervento non fisico, nonché di controllo corporeo e tecniche di gestione fisica basate su un approccio di gruppo;
- conoscenza e modalità di applicazione dei dispositivi di contenzione;
- osservazione e capacità di risposta adeguate ai segni di disagio fisico e psicologico;
- monitoraggio del benessere fisico e psicologico dell'utente contenuto (condizioni respiratorie, cardiache, segni vitali, etc.);
- identificazione clinica degli specifici cambiamenti comportamentali che indicano la possibilità che l'utente venga de-contenuto;
- uso di tecniche di pronto intervento;
- uso della rianimazione cardiopolmonare.
- competenze giuridiche del problema;
- comprensione delle implicazioni etiche.

18. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/AVVERSI/NEAR MISS

Il Ministero della Salute inserisce, tra gli eventi sentinella, gli eventi "Violenza su paziente" e "Atti di violenza a danno di operatore". I predetti eventi, ed ogni altro eventuale evento avverso/near miss, dovranno essere segnalati alla U.O.S.D. Risk Management utilizzando le apposite schede reperibili nel sito aziendale - area interna - Risk Management - Modulistica.

19. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La Procedura sarà pubblicata sul sito aziendale:

- ✓ nell'area interna riservata al Risk Management, link - Procedure Aziendali, ove sarà visibile e scaricabile l'intero documento;
- ✓ nell'Albo Pretorio sarà evidente la delibera di approvazione.

Per una maggiore diffusione, sarà inviata, da parte della U.O.S.D. Risk Management, una e-mail a tutti i Responsabili delle UU.OO., ai Coordinatori Infermieristici, ai Referenti del Rischio Clinico e a tutto il Personale Sanitario operante nelle strutture della ASL Aziendale.

20. ARCHIVIAZIONE

La Delibera Direttoriale della presente Procedura Aziendale sarà archiviata, in copia, presso la U.O.S.D. Risk Management e catalogata in apposito registro, per consentirne la tracciabilità.

21. RIFERIMENTI NORMATIVI

21.1 Costituzione

Art. 2 Costituzione - *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.*

Art 13 Costituzione - *“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge”.*

Art. 32 Costituzione - *“ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*

21.2 Codice Penale

Art. 40 Codice Penale - Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Art. 52 Codice Penale - *“Non è punibile chi ha commesso il fatto, per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa”.*

Art. 54 Codice Penale - *“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”.* Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

Art. 571 Codice Penale - Abusi dei mezzi di correzione e di disciplina: *“Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.*

Art. 582 Codice Penale - 83 - Lesioni personali volontarie: *“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale , dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.*

Art. 586 Codice Penale - Morte o lesioni conseguenti ad altro delitto: *“Quando da un fatto preveduto come delitto doloso deriva, quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione di una persona, si applicano le disposizioni dell'articolo 83, ma le pene stabilite negli articoli 589 e 590 sono aumentate”.*

Art. 589 Codice Penale - Omicidio colposo: *“Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni”.*

Art. 590 Codice Penale - lesioni personali colpose: *“Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. ... Il delitto è punibile a querela della persona offesa”.*

Art. 605 Codice Penale - Sequestro di persona: *“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso: 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge; 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni. Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni. Se il colpevole cagiona la morte del minore sequestrato si applica la pena dell'ergastolo.*

Art. 610 Codice Penale - Violenza privata: *“Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. La pena è aumentata se concorrono le condizioni prevedute dall'articolo 339”.*

21.3 Altre fonti

Regio Decreto 315/1909, Art. 34 - *“Nei manicomi debbono essere aboliti i mezzi di contenzione 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 e la durata del mezzo di coercizione...”*.

Carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale - Consiglio d’Europa 1977: *“La sicurezza del bambino non può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione fisica, né la sua tranquillità può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione chimica (psicofarmaci ecc.): entrambe vanno garantite dall’adeguatezza quantitativa e qualitativa del personale di assistenza”*.

Legge 354/75, Art. 41, Sanità Penitenziaria - *“Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari, ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L’uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario”*.

Legge 180/1978 - *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”* (Legge Basaglia).

Legge 833/1978 - *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”, art. 33, 34, 35 “Trattamento Sanitario Obbligatorio”*. Gli articoli per i trattamenti senza consenso, indicano luoghi, modi e tempi, nonché responsabilità professionali e garanzie amministrative e giurisdizionali da rispettare (Trattamento Sanitario Obbligatorio in degenza ospedaliera, in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura).

Codice di deontologia medica, 2014, Art. 32 - *“Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: “Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all’Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all’Autorità competente. Il medico prescrive e 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”*.

Codice deontologico dell’infermiere, aprile 2019, Art. 35 – *“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”*.

Codice deontologico dei fisioterapisti (AIFI, 2011), Art. 43 - *“La contenzione è una pratica clinica eccezionale che deve salvaguardare il rispetto della dignità e della libertà della persona. Nel caso di persone incapaci, ancorché non sottoposte a misure di sostegno giuridico, la contenzione deve proporsi l’obiettivo di tutelare la salute della persona e non può essere mezzo vicariante le carenze assistenziali dell’organizzazione”*.

Codice degli educatori professionali nel loro codice (ANEP, 2015) Art. 2 - *“L’educatore 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”*.

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 - *“Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”*.

Procedura aziendale - *“Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori”*.

22. BIBLIOGRAFIA

Senato della Repubblica XVII Legislatura “Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani: *“La contenzione meccanica”*.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 luglio 2010 avente come oggetto la *“Contenzione fisica in Psichiatria”*.

Manuale di Competenze in Geriatria “ITEM 24. Rischi, indicazioni, alternative e controindicazioni alla contenzione fisica e farmacologica”. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

Gruppo AIR “Documento di consenso: modello di gestione integrata del paziente con Agitazione Psicomotoria”.

APA, American Psychiatric Association. Diagnostic 1. and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

Centro Studi EBN *"Contenzione fisica"*, parte 2 (Fontana S., Joanna Briggs Institute Best Practice evidence Based).

Ministero della Salute *"Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale"*.

SIMEU XI Congresso nazionale Roma 2018, *"La contenzione in emergenza"* Dott.ssa Agnese Testa.

Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, Nadia Poli Infermiera AFD, Uff. Formazione.

Atti corso contenzione edizione 2019, Luca Benci.

Società italiana di Psichiatria, Tabella 1: contenuti minimi indicati per un protocollo di gestione meccanica in presenza di stato di necessità (adattato da Vita e coll., 2013).

REV. 01 Procedura Aziendale *"Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"*.

Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007 - *"Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"*.

Ministero della Salute *"Lista eventi sentinella"*.

Terzoni S., Ferrara P., Lo Giudice A. Destrebecq A. *"Validazione italiana della Broset Violence Checklist (BVC)"*, *"Per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica"*, L'Infermiere n°1 / Roma, 2016.

Cristina Fabbri, Marilena Montalti. L'infermiere – Manuale teorico-pratico di infermieristica.

SCHEDA PRESCRIZIONE MEDICA DELLA CONTENZIONE		
NOME	DATA	ORA INIZIO CONTENZIONE
COGNOME	DATA	ORA FINE CONTENZIONE
MOTIVO DELLA CONTENZIONE		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ propositi o comportamenti autoaggressivi ➤ propositi o comportamenti eteroaggressivi ➤ confusione mentale ➤ allucinazioni ➤ delirium ➤ tentativi di dislocamento di dispositivi terapeutici indispensabili ➤ altro : <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>		
TIPO DI CONTENZIONE		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mezzi applicati al paziente a letto (fasce, cinture ai 4 arti/2 arti) <input type="checkbox"/> Sponde di protezione al letto <input type="checkbox"/> Mezzi applicati al paziente/ospite in carrozzina (corpetto) <input type="checkbox"/> Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere, polsiere) <input type="checkbox"/> Mezzi di contenzione per postura obbligata (cuscini anatomici) 		
Firma del medico		

SCHEDA INFERMIERISTICA U.O.

CONTROLLI NELLA CONTENZIONE "ALTAMENTE RESTRITTIVA"

Cognome

Nome

Inizio contenzione Data: Ora:		P.A. eseguire ogni 30'	F.C. eseguire ogni 30'	T.C. eseguire ogni 30'	SPO2 eseguire ogni 30'	DIURESIS eseguire ogni 30'	Mobilizzazione eseguire ogni 1 ora per 10'	Stato di idratazione eseguire ogni 2 ore	Comparsa di complicanze Eeguire tutte le volte che si controlla il paziente e comunque ogni 3 ore
Ora	Firma								
h. 8:00									
h. 8:30									
h. 9:00									
h. 9:30									
h. 10									
h. 10.30									
h. 11									
h. 11.30									
h. 12									
h. 12.30									
h. 13									
h. 13.30									
h. 14									
h. 14.30									
h. 15									
h. 15.30									
h. 16									
h. 16.30									
h. 17									
h. 17.30									
h. 18									
h. 18.30									
h. 19									
h. 19.30									
h. 20									
Se la contenzione si protrae fino a 12 ore, valutare con il medico la sospensione									

SCHEDA CONTROLLI OSS

h. 8	Igiene Ogni 4 ore, comunque ogni volta che il paziente ne manifesta l'esigenza	Alvo/diuresi Ogni 4 ore, comunque ogni volta che il paziente ne manifesta l'esigenza	Alimentazione Idratazione Ogni volta che il paziente ne manifesta l'esigenza	Moblizzazione Ogni ora in collaborazione con l'infermiere, comunque ogni volta che il paziente ne manifesta l'esigenza	Controllo visivo costante
h. 9.					
h. 10					
h. 11					
h. 12					
h. 13					
h. 14					
h. 15					
h. 16					
h. 17					
h. 18					
h. 19					
h. 20					

SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO AGGRESSIVO (Broset)

Broset Violence Checklist- Ita (BVC- Ita)

Indicatore	Presente	Non presente
<input type="checkbox"/> Confusione	1	0
<input type="checkbox"/> Irritabilità	1	0
<input type="checkbox"/> Clamorosità	1	0
<input type="checkbox"/> Minacce verbali	1	0
<input type="checkbox"/> Minacce fisiche	1	0
<input type="checkbox"/> Crisi pantoclastica	1	0
TOTALE		

Per ciascun indicatore della scala BVC-Ita deve essere attribuito:

punteggio = 1 se valutata la sua presenza

punteggio = 0 se valutata la sua assenza.

Vengono considerati ad alto rischio di violenza nelle 24 ore successive tutti i pazienti che a ogni rilevazione presentano un punteggio maggiore o uguale a 2.

Descrizione indicatori:

Confusione: appare evidentemente confuso e disorientato, può non essere consapevole di tempo, luogo o persone;

Irritabilità: facilmente si infastidisce o si arrabbia, non tollera la presenza degli altri;

Clamorosità: il comportamento è apertamente rumoroso o chiassoso, per esempio sbatte le porte, alza la voce improvvisamente;

Minacce verbali: esplosione verbale che è più dell'alzare la voce, intenzione certa di intimidazione o minaccia verso un'altra persona, per esempio attacchi e abusi verbali, insulti, commenti verbalmente neutri espressi in modo iroso e aggressivo;

Minacce fisiche: è presente una chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona, per esempio assume un atteggiamento aggressivo, afferra gli abiti di una persona, alza un braccio, un pugno o accenna a colpire qualcuno con la testa;

Crisi pantoclastica: attacco diretto a un oggetto e non a un individuo, per esempio lancio indiscriminato di oggetti, sbattere o rompere finestre, scalcia, sbattere o colpire con la testa un oggetto, oppure rompere mobili.

Terzoni S., Ferrara P., Lo Giudice A., Destrebecq A. "Validazione italiana della Broset Violence Checklist (BVC)", "Per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica", L'Infermiere n°1 / Roma, 2016.

La Responsabile della U.O.S.D. proponente, con la sottoscrizione, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del presente provvedimento

La Responsabile della U.O.S.D.
Risk Management
Dott.ssa Annamaria Ambrosi



Il Direttore della U.O. proponente attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto n. _____ del bilancio _____

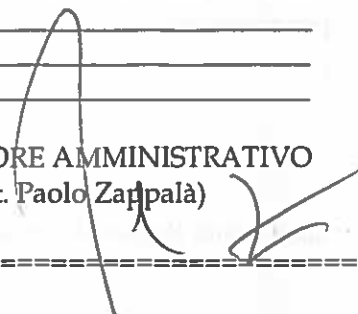
Il Direttore U.O.C.....
Dott.

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Paolo Zappalà)



favorevole

non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Antonio Caponetti)



ASI PESCANA
U.O.C. Area Generali e Speciali
IL DIRETTORE
Dott. Bruno Giosè

IL DIRETTORE GENERALE f.f.

Dr. Antonio Caponetti

Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Ausl di Pescara in data **6 MAR, 2020** ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n. 15 giorni consecutivi

- Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Ausl di Pescara
- Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

° UOS Risk Management

°

°

per conoscenza a:

°

°

°

alla Giunta Regionale in data

con nota prot.

alla Conferenza dei Sindaci in data

con nota prot.

al Collegio Sindacale in data

con nota prot.

U.O.C. Affari Generali e Legali
Il funzionario incaricato

ASL PESCARA

U.O.C. Affari Generali e Legali
IL FUNZIONARIO
Dott. *Enrica Croce*

