

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 29 DEL 05.02.2015

=====

OGGETTO: ADOZIONE "PROCEDURA AZIENDALE PER LA CONTENZIONE" E "PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE DELLE PERSONE ASSISTITE IN CENTRO DIURNO E RSA ANZIANI".

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal <p style="text-align: center;">10.02.2015</p> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato F.to Sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione <p style="text-align: center;">L'incaricato</p>	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal <hr/> <p style="text-align: center;">Il Dirigente</p> <hr/>	La presente deliberazione per l' urgenza, è resa immediatamente esecutiva. <p style="text-align: center;">05.02.2015</p> Il Commissario Straordinario F.to Dott. Salvatore Panaro

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Panaro, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 13 del 16 gennaio 2015 in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008 e n. 16 del 07.08.2014 con l'assistenza del Segretario verbalizzante, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue

U.O.C. Assist. Distrettuale U.O.C. Risk Management n. 03

Oggetto: Adozione “Procedura Aziendale per la contenzione” e “Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone assistite in Centro Diurno e RSA Anziani”.

I Direttori delle UU.OO.CC. RISK MANAGEMENT e S.A.D.

Alla stregua dell’istruttoria compiuta dai Direttori Responsabili delle Unità Operative Complesse Risk Management e SAD e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell’espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dai medesimi Dirigenti proponenti a mezzo di sottoscrizione della presente;

dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabili del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.L.gs 30 giugno 2003, n. 196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190;

Premesso che

- La UOC di Risk Management, istituita con delibera n. 574 del 20.09.2012, ha tra i propri compiti la promozione di un efficace sistema di gestione del rischio, anche attraverso l’individuazione di azioni correttive e la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza degli utenti e di favorire lo sviluppo

di modelli organizzativi atti a prevenire il rischio clinico e a migliorare il livello di sicurezza;

- L'Azienda in ottemperanza alle indicazioni del Ministero della Salute, relativamente alla prevenzione degli incidenti collegati alle cure mediche, individua strumenti atti a raggiungere più alti livelli di qualità e sicurezza;
- In particolare il rischio di cadute rappresenta un fattore rilevante di mortalità e morbilità in ambito geriatrico e pertanto diventa obiettivo prioritario nell'ambito delle cure erogate in RSA;
- Il responsabile della UOS Assistenza Anziani, Dott. Gerardo De Martino, nell'ambito delle attività del Piano della Performance 2014, che prevedono l'ottimizzazione delle procedure Aziendali per i Centri Diurni e le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani, ha proposto la "Procedura Aziendale per la contenzione" e la "Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone assistite in Centro Diurno e RSA Anziani".
- Che tali documenti sono stati oggetto di valutazione, revisione e condivisione da parte della UOC Risk Management, per quanto di competenza.

Considerato che

- le cadute rientrano fra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, con conseguenze immediate e tardive anche gravi, a che la loro riduzione costituisce un indicatore di qualità assistenziale.
- le cadute accidentali sono da includere tra gli eventi avversi potenzialmente evitabili, per la maggior parte dei casi.

Atteso che

- l'adozione della procedura aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone assistite in Centro Diurno e RSA Anziani si rende necessaria al fine di uniformare la valutazione e la gestione del rischio cadute e di ridurre quelle accidentali,
- l'adozione della procedura aziendale per la contenzione si rende necessaria al fine di dotarsi di una guida condivisa che consenta una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti per i quali si sia valutato appropriato il ricorso, anche temporaneo, alla contenzione.

Rilevato che

- le procedure di cui all'oggetto dovranno essere utilizzate da tutto il personale sanitario delle strutture socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali aziendali (RRSSAA e CCDD)

Vista

- La raccomandazione ministeriale n. 13, del novembre 2011, "RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE, che rappresenta uno strumento operativo a supporto degli operatori, da implementare e contestualizzare in tutte le strutture sanitarie, per la compressione del rischio di tale evento e per una efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

Propongono al Commissario Straordinario di

Adottare la "Procedura Aziendale per la Contenzione" e la "Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone assistite in Centro Diurno e RSA Anziani", allegate alla presente e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

IL DIRETTORE
U.O.C. Servizio Assistenza Distrettuale
F.to Dott. Primo Sergianni

IL DIRETTORE
U.O.C. RISK MANAGEMENT
F.to Dott.ssa Maria Virginia Scafarto

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto della dichiarazione resa dai dirigenti proponenti con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy,

D E L I B E R A

di adottare la “Procedura Aziendale per la Contenzione” e la “Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone assistite in Centro Diurno e RSA Anziani”, che, allegate alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

I Direttori proponenti saranno responsabili, ognuno per le proprie competenze, della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

Atto non soggetto a controllo, ai sensi dell’art. 35 della L.R. 32/94.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

F.to Dott. Salvatore Panaro

Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute delle persone anziane assistite in RSA e Centro Diurno

1. PREMESSA

Le cadute rappresentano fra i più comuni eventi avversi nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Il target delle RRSSAA presenta un maggior rischio di caduta.

Il contenimento del rischio da caduta del paziente in una struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.

2. SCOPO

Con la presente procedura, che prevede l'adozione della raccomandazione ministeriale n.13 (Nov.2011 agg. Dic.2011), si intende fornire uno strumento operativo a supporto degli operatori da implementare nelle RRSSAA Aziendali, per comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurne le conseguenze.

3. PREVENZIONE

A) Identificazione e valutazione della persona a rischio

Le cadute nel paziente anziano, è ormai dimostrato da molti studi, sono una delle principali cause di allettamento e morte. È altresì nota l'eziologia multifattoriale dell'evento caduta (la letteratura descrive almeno 400 separati fattori di rischio!). Gli strumenti di valutazione relativi all'equilibrio ed al rischio di cadute modificano le proprie caratteristiche a seconda della popolazione. Le scale esistenti in letteratura internazionale che permettono tali valutazioni sono molte ma, in particolare per l'anziano fragile e residente in struttura residenziale, tali scale non comprendono le molteplici cause che possono determinare una caduta. Infatti la gran parte di tali scale presentano valori predittivi molto bassi se utilizzate su una popolazione geriatrica. Tutte le persone assistite in RSA sono a rischio di caduta!¹ Il rischio di sovrastimare è irrisorio e trascurabile. *“È più efficace intervenire su un numero limitato di fattori di rischio riducibili piuttosto che stratificare il livello di rischio dei pazienti sulla base dei punteggi ottenuti con le scale di misurazione”².*

E' quindi essenziale utilizzare un approccio sistemico, linee guida accreditate e interventi che abbiano dimostrato efficacia nel ridurre le cadute.

Le linee guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale o presso le

¹ Le comuni scale di misurazione del rischio di caduta applicate al target specifico delle RRSSAA individuano a rischio il 100% delle persone. Applicando la scala più diffusa (Conley) sui nostri assistiti abbiamo sempre presente il rischio di caduta (punteggio =>2).

² Raccomandazione n.13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Ministero della Salute

strutture residenziali o ancora al momento della presa in carico a livello domiciliare, nell'individuazione dei pazienti a rischio e nella messa in atto di misure di prevenzione.

L'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona onde permettere di adottare le azioni di prevenzione più idonee.

Le modalità per la valutazione dei fattori intrinseci prevedono:

- a. Strumenti di screening
- b. Strumenti di valutazione funzionale
- c. Valutazione clinica medico/infermieristica completa

La valutazione clinica costituisce lo strumento fondamentale in tutti i settori. Ad essi può essere utile affiancare strumenti strutturati, con valenza specifica per settore, presenti e validati in letteratura.

La tabella sintetizza gli strumenti a disposizione per la valutazione dei pazienti.

	cosa	chi	quando
Strumenti di screening	Superflua: tutti a rischio		
Strumenti di valutazione funzionale	Tinetti SVN (Scheda di Valutazione Neuromotoria) ADL IADL DICOM o DICOG nell'ambito della VMD	Unità di Valutazione Geriatrica (Infermiere, Geriatra, Psicologo, fisioterapista,)	All'accoglienza, ad ogni cambiamento delle condizione del paziente e dei fattori di rischio, dopo una caduta e alla scadenza del PAI
Valutazione clinica medico/infermieristica completa	Cartella clinica geriatrica e infermieristica, MMSE NPI GDS MNA nell'ambito della VMD	Unità di Valutazione Geriatrica (Geriatra e infermiere)	

In caso di elevatissimo rischio caduta, documentare e comunicare il livello di rischio a tutta l'equipe assistenziale.

B) Interventi preventivi e di educazione sanitaria per la persona assistita a rischio di caduta.

LA PRIMA E PRINCIPALE PREVENZIONE DELLE CADUTE CONSISTE NELLA PUNTUALE OSSERVANZA DEL COMPITO PRINCIPALE DELLA TUTELA E SORVEGLIANZA DELLE PERSONE CHE CI VENGONO AFFIDATE E CHE MAI DEVONO ESSERE LASCIATE SOLE E INCUSTODITE.

LA SECONDA, MA NON MENO IMPORTANTE, CONSISTE NELL'APPLICAZIONE PUNTUALE DEL PAI

Interventi che abbiano dimostrato efficacia nel ridurre le cadute, desunti dalla letteratura, sono a seguire riportati:

AREA SICUREZZA AMBIENTALE	CHI
<input type="checkbox"/> All'ingresso in struttura illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza illuminazione ecc.), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati).	INFERMIERE RESPONSABILE DI TURNO
<input type="checkbox"/> Mantenere in ordine gli ambienti di cura rimuovendo qualsiasi oggetto che possa intralciare la marcia.	
<input type="checkbox"/> Identificare qualsiasi caratteristica strutturale /ambientale che possa aumentare il rischio di caduta (ad es. cancelletti per protezione scale aperti /pavimento bagnato/oggetti per terra e ingombri/...).	
<input type="checkbox"/> Garantire una corretta illuminazione degli ambienti ed in particolare dell'unità paziente e del bagno	
<input type="checkbox"/> A fine di ogni utilizzo rendere stabili con fermi o freni, qualsiasi presidio utilizzato per il paziente o per la mobilizzazione	
<input type="checkbox"/> Far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi.	
AREA CLINICO - ASSISTENZIALE	CHI
<input type="checkbox"/> Valutare: patologie neuromuscolari - infezioni del tratto urinario - ipossia - disidratazione - squilibri nutrizionali - ipotensione ortostatica - livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana - equilibrio - marcia - umore terapia farmacologica	tutti gli interventi raccomandati vengono svolti di routine in quanto parte delle attività proprie del servizio.
<input type="checkbox"/> Informare la persona assistita/caregiver sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi; durante il giorno riposare sulla poltrona piuttosto che a letto ed evitare una stazione eretta prolungata).	EQUIPE ALL'ACCOGLIENZA

PARTICOLARE ATTENZIONE VIENE DATA AL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON FARMACI CHE PROVOCANO ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO – FISICO E AUMENTANO IL RISCHIO DI CADUTA

In merito al monitoraggio di pazienti in terapia farmacologica, in particolare anziani³, che si associa ad un maggior rischio caduta, non emergono dalla letteratura evidenze scientifiche in grado di fornire indicazioni validate e specifiche sulle modalità e tempistiche dei controlli da eseguire.

Gli studi suggeriscono relativamente alla popolazione anziana⁴ l'importanza di un rigido controllo sui farmaci somministrati e di rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche rimodulando, ove possibile, tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio.

Vengono di seguito riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

Farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotico – sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici neurolettici Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Diuretici Antiaritmici Antipertensivi Vasodilatatori Cardioattivi glicosidi	Tutti i tipi

Farmaci che possono aumentare il rischio di caduta Ministero della Salute 2010.

Gli interventi clinico - assistenziali di prevenzione delle cadute, anche in relazione ai farmaci, devono considerare stabilità/ instabilità clinica, grado di autonomia e livello di responsività/collaborazione del paziente e dei familiari/caregiver. La decisione sulla frequenza e modalità di monitoraggio dei pazienti a maggior rischio caduta (controlli periodici da parte del personale d'assistenza, verifiche di parametri clinici...) non può prescindere dall' esame multiparametrico e multi professionale sul paziente, nonché dall'esperienza professionale dei vari ruoli coinvolti nell'assistenza e cura. Di ogni prescrizione di monitoraggio e di ogni controllo effettuato è opportuno sia data evidenza documentale sul fascicolo sanitario/assistenziale del paziente (cartella clinica/infermieristica) con le consuete caratteristiche previste per le annotazioni sulla documentazione sanitaria (data, ora e firma del redattore).

³ **I farmaci possono aumentare il rischio di caduta dell'anziano** C'è una associazione tra cadute e *farmaci psicotropi* (OR=1,7). Inoltre, il *consumo giornaliero di quattro o più farmaci* è associato alle cadute, probabilmente perché implica un maggior rischio di uso improprio di farmaci, reazioni avverse e interazioni farmacologiche. Le reazioni avverse sono particolarmente comuni negli anziani e la loro prevalenza, stimata intorno al 5% quando si assume un solo farmaco, sale a quasi il 100% quando se ne assumono dieci o più. Tuttavia bisogna essere cauti nell'affermare che la polifarmacoterapia causa cadute negli anziani, in quanto essa è anche un indicatore di cattivo stato di salute. In ogni caso, il rapporto tra farmaci e cadute sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria nella prevenzione delle cadute: l'uso razionale dei farmaci, attraverso controlli periodici e il controllo delle dosi, può favorire la sicurezza del paziente. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/domestici/rischicaduteanziani.asp#interventi>

⁴ http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf

C) INDICATORE UTILIZZATO PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLE NORME DI PREVENZIONE ADOTTATE

Percentuali di pazienti con caduta
 Processo: Attivazione delle misure di prevenzione

Percentuali di pazienti con caduta	
DENOMINAZIONE	
RAZIONALE	Valutare se le misure di prevenzione messe in atto sono state appropriate
NUMERATORE	Numero di pazienti con cadute
DENOMINATORE	Numero totale di pazienti
CATEGORIA INDICATORE	<input type="checkbox"/> Struttura <input type="checkbox"/> Processo <input checked="" type="checkbox"/> Esito
DIMENSIONE VALUTATA	<input type="checkbox"/> Accessibilità <input type="checkbox"/> Appropriatelyzza <input type="checkbox"/> Efficienza <input type="checkbox"/> Competenza <input type="checkbox"/> Continuità <input checked="" type="checkbox"/> Efficacia <input type="checkbox"/> Sicurezza <input type="checkbox"/> Tempestività

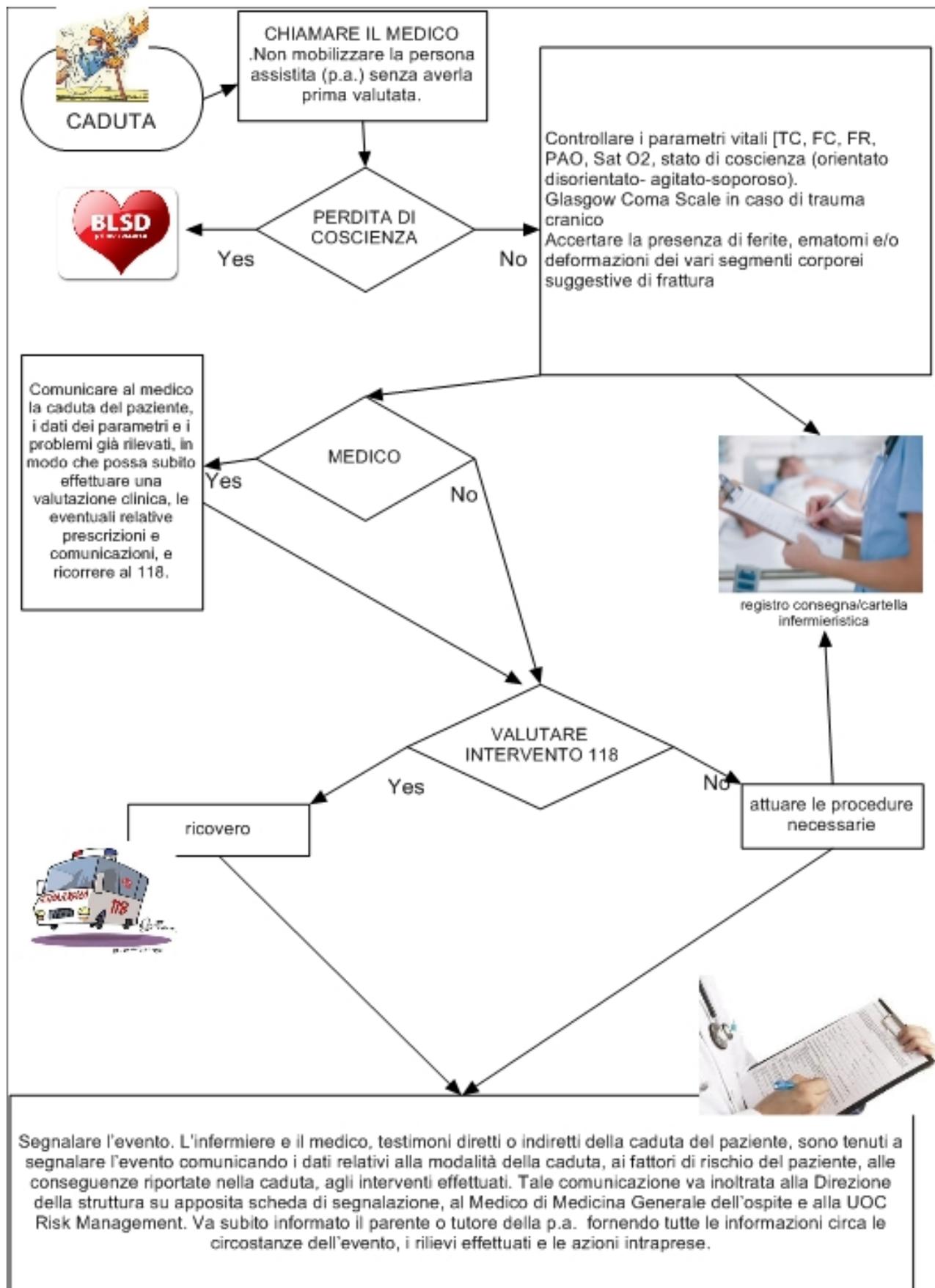
D) Procedura assistenziale per la gestione del paziente caduto

L'infermiere è sempre presente in struttura ed è quindi la figura sempre coinvolta in prima battuta in caso di caduta. La procedura assistenziale descritta è diretta al personale infermieristico. Se il medico è presente in struttura la procedura, dal momento dell'intervento del medico, è svolta in collaborazione.

1. Chiamare il Medico se disponibile.
2. Non mobilizzare la persona assistita (p.a.) senza averla prima valutata.
3. Controllare i parametri vitali [TC, FC, FR, PAO, Sat O2, stato di coscienza (orientato disorientato- agitato-soporoso). Utilizzare la Glasgow Coma Scale in caso di trauma cranico. Applicare il protocollo BLS in caso di perdita di coscienza.
4. Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. Se la p.a. è cosciente ed orientata chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, come è caduta, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Se la p.a. è incosciente non escludere la possibilità di un trauma cranico (neanche nel caso in cui la p.a. fosse precedentemente in stato di incoscienza).
5. Registrare tutti i dati dei parametri vitali e stato di coscienza.
6. Documentare ora luogo e circostanze dell'accaduto in cartella infermieristica.
7. Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica, le eventuali relative prescrizioni e comunicazioni, e ricorrere al 118. In orari nei quali il medico di struttura non è presente (pomeriggi, notte e festivi) valutare se necessario l'intervento del 118 e, in caso positivo, attivarlo direttamente.
8. Segnalare l'evento. L'infermiere e il medico, testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, sono tenuti a segnalare l'evento comunicando i dati relativi alla modalità della caduta, ai fattori di rischio del paziente, alle conseguenze riportate nella caduta, agli interventi effettuati. Tale comunicazione va inoltrata alla Direzione della struttura su apposita scheda di segnalazione (allegata), al Medico di Medicina Generale dell'ospite e alla UOC Risk Management. Va subito informato il parente o tutore della p.a. fornendo tutte le informazioni circa le circostanze dell'evento, i rilievi effettuati e le azioni intraprese.

L'elaborazione annuale dei dati relativi alle cadute, alle cause di caduta e ai danni dei pazienti a seguito di caduta è trasmessa a tutti i gli operatori ed è utile per individuare le situazioni ed i comportamenti a rischio, che determinano le cadute o che aumentano il rischio di danno al paziente. Il report annuale viene inviato alla UOC Risk Management, alla UOC SAD e al Direttore del Distretto competente.

Si ribadisce dell'importanza della corretta tenuta della documentazione clinica medico/infermieristica ricordando che tra le responsabilità medico/infermieristiche rientra quella di documentare sulla Cartella Clinica/ Cartella Infermieristica/Sanitaria Integrata gli interventi preventivi, e assistenziali messi in atto.



F) SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA

CENTRO GERIATRICO _____

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE ACCIDENTALI data evento "caduta" ____/____/____ ora _____

NOME _____ nato il: ____/____/____ M F COD: _____

1) **Precedenti cadute durante l'attuale ricovero**

nessuna 2° caduta 3° caduta più di 3

2) **Luogo della caduta**

stanza servizi igienici scale
 corridoio salone spazi esterni
 altro _____

3) **Modalità della caduta**

caduto da posizione eretta
 caduto da seduto:
 comoda carrozzina sedia/poltrona
 caduto dal letto:
 con spondine senza spondine
 caduto dalla barella
 altro _____

4) **Meccanismo della caduta**

inciampato
 scivolato
 perdita forza/cedimento
 perdita equilibrio
 capogiro/svenimento
 disorientato/agitato
 non rilevabile
 altro _____

5) **Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo**

camminava
 da\verso il bagno in stanza in corridoio
 scendeva dal letto
 saliva sul letto
 si stava alzando o sedendo dalla
 sedia poltrona carrozzina comoda letto
 si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa
 scivolava dalla
 sedia poltrona carrozzina comoda letto
 stava utilizzando la toilette
 stava effettuando l'igiene personale
 si stava vestendo o svestendo
 scivolava su pavimento asciutto bagnato
 stava raggiungendo il campanello di chiamata
 stava dormendo e/o cambiando posizione
 durante movimentazione assistita
 non rilevabile
 altro _____

6) **Testimoni presenti alla caduta**

nessuno\il paziente era solo
 altri pazienti

familiari\care giver

personale sanitario

altro _____

7) **Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta?**

SI

NO (abituale confuso/disorientato)

NO (non ricorda)

8) **Esiti della caduta**

evitata

nessuna lesione evidente

contusione

distorsione

escoriazione

ferita/e _____

dolore: sede _____

trauma cranico

fratture (anche se sospette)

altro _____

9) **Procedure eseguite / se evitata descr. come**

Sono stati informati:

il medico i parenti responsabili

È stato compilato il registro cadute

L'ospite è:

ritornato alle sue attività

allettato

ricoverato

altro _____

Segnalatore: di norma Inf. Resp. di turno

G) Diffusione , verifica e revisione della Procedura.

La presente procedura viene inviata, per la puntuale osservanza, a tutti gli operatori della struttura. Sulla procedura si realizzano due incontri informativi/formativi per permettere la partecipazione a tutti gli operatori della struttura. In tali incontri gli operatori sottoscrivono la procedura.

Ogni anno si realizza un report sull'analisi dei dati delle schede di segnalazione e del registro. Vengono valutati gli indicatori e confrontati nel tempo e con i dati della letteratura. Sulla scorta delle valutazioni annuali si procede all'eventuale proposta di revisione della procedura stessa che viene inviata, unitamente al report, alla UOC Risk Management Aziendale. Si procederà alla revisione in caso di nuove evidenze scientifiche o di nuove direttive ministeriali, regionali o aziendali.

RESPONSABILE SETTORE
ASSISTENZA ANZIANI
Dott. Gerardo De Martino

IL DIRETTORE
U.O.C. Servizio Assistenza Distrettuale
Dott. Primo Sergianni

IL DIRETTORE
U.O.C. RISK MANAGEMENT
Dott.ssa Maria Virginia Scafarto

ASL NAPOLI 3SUD
Residenza Sanitaria Assistenziale e Centro Diurno Anziani
CENTRO GERIATRICO

Procedure - La contenzione

SOMMARIO:

1.	Premessa	2
	Aspetti medico-legali	3
2.	SCOPO	4
3.	Da contenzione, a de-contenzione.	4
4.	Linee Guida:	5
5.	Raccomandazioni:	7
6.	Indicazioni operative	8
	Valutazione della problematica contenitiva	8
	Prescrizione e attuazione della contenzione fisica	8
	Monitoraggio dell'utente	9
	Rimozione della contenzione	9
	Quadro sinottico	10
7.	Registro "Contenzione"	11
8.	Verifica revisione della Procedura.	11
9.	Diffusione	11
10.	Riferimenti bibliografici:	12
	ALLEGATO 1 Mezzi di contenzione	15

4. Premessa

«...Della contenzione geriatrica non si parla, non se ne scrive, ma la si applica. Non è mai regolata e quindi è come se non avvenisse».

Il tema dell'applicazione dei mezzi di tutela della salute non è trattato esaurientemente, dal sistema normativo, come altri (ad es. sicurezza del lavoro, igiene degli alimenti, riservatezza)

E' chiaro, quindi, che la contenzione rimane una pratica illegale, laddove applicata senza consenso del paziente, consenso che spesso esso non può dare.

Art. 13 Costituzione

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

Art. 32 Costituzione

“Nessuno può essere obbligato a 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».

il trattamento sanitario si effettua secondo volontà del destinatario e deve comunque essere effettuato nel rispetto della dignità della persona.

Ne deriva l'indispensabilità di un **valido consenso** al trattamento medico, che deve essere finalizzato al “bene” del soggetto.

Le uniche ipotesi che consentono, giuridicamente e deontologicamente, interventi diagnostici o terapeutici senza il consenso dell'interessato sono individuate dalle previsioni di **trattamenti sanitari obbligatori** (quelli previsti esplicitamente dalla legge) e dal ricorso di uno **stato di necessità**, volto ad evitare l'attualizzazione di danni a sé o agli altri, anche attraverso interventi di carattere eccezionale.

Art. 591 Codice penale “abbandono di minori od incapaci”

“Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni”.

Art. 593 Codice penale “omissione di soccorso”

Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila.

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità.

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

Art. 605 Codice penale “sequestro di persona”

“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni”.

Art. 54, comma 1, Codice penale “stato di necessità”

*“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se 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”*

In tal caso è possibile ovviare al consenso informato, se non esperibile; non applicando il mezzo di tutela si potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace.

Lo stato di necessità è una **scriminante**; non rende legittima, ma non punibile la contenzione (cioè l'illecito di carattere penale)

La proporzione del fatto al pericolo sottende **adeguatezza** d'intervento nei confronti dei rischi cui il soggetto (o altri) andrebbero incontro non intervenendo.

Dal **codice deontologico dell'Infermiere professionale** “...L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configura l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”.

si parla di

1) contenzione fisica

solitamente si caratterizza per la continuità ed è spesso utilizzata per prevenire cadute, ridurre l' ipercinesia, evitare il vagabondaggio e quindi rischi all' incolumità personale.

2) contenzione farmacologica

si attua prevalentemente per ridurre o controllare problemi comportamentali, fra i quali aggressività ed agitazione.

Più di quella fisica, può determinare un decadimento rapido e una riduzione progressiva dell' autonomia della persona trattata.

3) contenzione ambientale

si sostanzia in cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti.

Secondo i mezzi utilizzati si può parlare di contenzione a letto (spondine, fasce, cinture), in carrozzina (cintura pelvica, corpetto, divaricatore inguinale, tavolino), mezzi di contenzione di segmenti corporei (cavigliere, polsiere, bracciali) o con postura obbligata (carrozze basculanti, poltrone basse, cuscini anatomici)

Si tiene ferma la distinzione tra mezzi di contenzione veri e propri e **presidi precauzionali**, che permettono la mobilità degli arti e in gran parte del tronco e tendono a impedire condizioni rischiose per l'ospite o accessi di aggressività nei confronti del soggetto stesso o di terzi.

In ambito geriatrico il problema della contenzione non ha ancora trovato una intercettazione univoca, anche se un'attenta e approfondita lettura delle varie norme di legge, che nel tempo si sono susseguite in materia, permette almeno una grossa distinzione tra la vigilanza psichiatrica e la vigilanza alle persone anziane.

La custodia con mezzi coercitivi e di contenzione è vietata, salvo casi eccezionali da considerare "interventi terapeutici" che devono essere disposti in forma scritta solo ed esclusivamente dal medico che ne ha la responsabilità.

Il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia deve essere un evento straordinario e motivato e non metodica abituale.

E' una scelta possibile quando si configura un interesse per la persona.

Non può essere una risposta a necessità istituzionali.

Per interventi terapeutici si intendono misure contenitive necessarie a "mettere in sicurezza" l'Ospite con problemi di autonomia, di postura ed instabilità di equilibrio ecc.

Tutti gli interventi devono essere praticati nel più totale rispetto della dignità della persona.

Aspetti medico-legali

La contenzione non è atto rifiutabile a priori, ma è comunque atto di cui è necessario definire precisi ambiti di liceità, conciliando il diritto sostanziale di ciascuno alla libertà con la necessità di una sua tutela, nel rispetto della vita, della salute fisica e psichica e della dignità della persona, così come sancito dal dettato costituzionale in tema di tutela della salute.

Pertanto di liceità deve intendersi, dunque, l'indicazione di un confine fra l'uso e l'abuso del mezzo di contenzione, che definisce, in sostanza, il limite fra l'atto medico (quanto a valenza, finalità e prospettive) e l'azione lesiva di un diritto altrui che non sia sorretta, come l'atto medico, da una giustificazione giuridica (consenso, stato di necessità, adempimento di un dovere)

La contenzione, dunque e in buona sostanza, per la giurisprudenza, come per la clinica, non deve essere esaltata e neppure demonizzata, dovendosi ricomprendere tra gli atti medici cui è possibile ricorrere se necessario, ricordando comunque che trattamenti fisici coattivi in assenza di giusto e dimostrato motivo, non sono consentiti al medico nemmeno in corso di trattamento sanitario obbligatorio (art. 33 c.d.). La libertà sanitaria del medico nella scelta e nell'applicazione del trattamento deve ispirarsi "ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, alla massima correttezza ed osservanza del rapporto rischio-beneficio".

L'utilità terapeutica è, se di seppur eccezionale necessità, la chiave interpretativa dell'atto di contenzione.

Può quindi riconoscersi la facoltà di ricorrere alla contenzione del paziente solo che la si consideri alla stregua di extrema ratio, quando altri mezzi non siano realisticamente proponibili, ossia in casi definibili eccezionali.

Per spiegare il concetto di eccezionalità si è facilmente tentati di ricorrere al concetto di "stato di necessità", spesso inteso semplicisticamente come insieme di circostanze che impongono per forza una determinata condotta, anche se non conforme con le previsioni di legge.

In tal senso occorre invece ben intendere il significato concettuale di "stato di necessità", come derivante dalle previsioni di cui all'art. 54 del Codice Penale.

Tale articolo così infatti precisa al primo comma:

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o 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».

In sostanza quindi per il sussistere dello "stato di necessità" deve rendersi evidente il concorso di vari requisiti, alcuni concernenti la situazione di pericolo, altri l'azione lesiva.

E' riconosciuta al sanitario la facoltà di ricorrere alla contenzione del paziente, solo che la si consideri un mezzo terapeutico e di trattamento in senso lato, sia pur spiacevole e di extrema ratio, quando altri mezzi non siano realisticamente proponibili, ossia quindi in casi definibili "eccezionali".

Il trattamento contenitivo deve essere interpretato e attuato, sia pure quale provvedimento eccezionale, solo ed esclusivamente quale atto terapeutico ragionato e mirato.

5. SCOPO

Definire le modalità di prescrizione e attuazione delle misure contenitive e regolamentarne l'utilizzo, in base alle migliori evidenze scientifiche disponibili e nel rispetto delle norme giuridiche. Definisce inoltre i comportamenti e le modalità di intervento per situazioni particolare, legati alla necessità di contenzione dell'Ospite.

6. Da contenzione, a de-contenzione.

I mezzi di protezione sono a volte necessari per la tutela della persona e di chi l'assiste, ma vanno sempre usati con coscienza e solo in caso di effettiva necessità. Sciogliere i nodi che costringono, liberare il movimento, anche di chi non può più sceglierlo, deve guidare il nostro modo di lavorare con le persone fragili. Prendersi cura di loro come bene sociale significa allenare una grande pazienza, abituarsi a un eterno ricominciare e sperimentare. Vuol dire accoglierli e accompagnarli, con attenzione alla loro storia e al loro benessere, portando avanti con passione quel che abbiamo scelto di fare e cercando ogni giorno le giuste soluzioni.

Con questa procedura, elaborata anche grazie al confronto e al lavoro di scambio e rete, vogliamo anche offrire strumenti e idee per evitare che l'abitudine del lavoro quotidiano diventi indifferenza e si possa sempre operare nel rispetto dell'uomo e del suo diritto alla salute e alla libertà.

7. Linee Guida:

1. il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali, quali:

- situazioni di emergenza, quando il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per altri, e l'uso della contenzione si dimostri la scelta migliore.
- auto ed eterolesionismo
- protezione di presidi medicali necessari per il benessere del paziente
- quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi o camminare
- stato di incoscienza od ebbrezza
- periodo pre e post sedazione
- trasporto con barella
- per mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico.

2. la prescrizione della contenzione deve essere effettuata dal medico attraverso la registrazione della disposizione in cartella clinica o nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Normare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico. La decisione di porre un paziente in contenzione deve essere riportata sui documenti clinici del paziente: **la prescrizione è competenza del medico.**

3. La prescrizione deve chiaramente indicare:

- a. Motivazione (Le circostanze eccezionali e le motivazioni riportate più sopra sono gli unici elementi da considerare per decidere di contenere il paziente)
—
- b. Tipo di contenzione (Particolare attenzione deve essere posta nella scelta del tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione - allegato 1)
- c. Durata (La contenzione, deve essere limitata nel tempo: la prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di prolungare o di ridurre l'uso della

contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'équipe).

4. La contenzione **non può essere imposta per più di 12 ore consecutive**, a meno che non lo richieda la condizione del soggetto
5. Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere **controllato ogni 30 minuti** e la decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata
6. Durante il periodo di contenzione garantire al paziente **la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore** con esclusione della notte.
7. La **valutazione di eventuali effetti dannosi** direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni 3 o 4 ore.
8. **Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambe da perseguire durante il periodo di contenzione.**
9. gli operatori durante tutta la fase di contenzione devono **attenersi scrupolosamente agli interventi ed adempimenti prescritti dal medico.**
10. prima di procedere alla contenzione è **necessario informare, anche per approvazione, l'Ospite o i parenti** (consenso informato o sottoscrizione del Piano di intervento personalizzato).
11. Per quanto riguarda **situazioni impreviste ed in assenza del medico**, l'infermiere, valutata la situazione, dovrà prestare ogni cura all'Ospite, e dovrà assisterlo senza mai allontanarsi sino all'arrivo del medico per l'assunzione delle decisioni di competenza. In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'Infermiere può decidere di applicare una contenzione; questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.
12. **Non è mai autorizzato l'uso improprio di lenzuola, garze o qualsiasi altro materiale in luogo di mezzi di contenzione appropriati.**

8. Raccomandazioni:

- Ridurre l'incidenza del ricorso alla contenzione fisica attraverso la realizzazione di interventi informativi e formativi.
- Aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative.
- Situazioni e comportamenti a rischio cui solitamente si risponde con la contenzione fisica possono essere affrontati con modalità diverse. La ricerca di altre soluzioni è auspicabile:

Disturbi d'ansia

Il problema può essere efficacemente trattato attraverso l'utilizzo di strategie alternative di tipo relazionale: compagnia individuale, disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore, empatia, conforto, contatto fisico; proposte motorie d'ausilio alla detensione dell'ansia, tecniche di rilassamento. Valutare la possibilità di trattamento terapeutico con ansiolitici.

Agitazione psicomotoria

Le strategie potenzialmente attuabili in questi casi fanno riferimento a: strategie ambientali con strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi; individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo, quali intolleranza ambientale o interpersonale; strategie relazionali dell'operatore; proposte per distogliere l'ospite dallo sfogo aggressivo con passeggiate o attività occupazionali; allontanamento dal presunto evento scatenante;

Deliri, allucinazioni

Fondamentale, per affrontare queste alterate percezioni o concezioni della realtà, è l'atteggiamento dell'operatore. Il rapporto con l'ospite deve essere orientato ad una condivisione della situazione che al momento sta vivendo in quanto né la critica né la negazione dell'evento possono ricondurlo alla realtà. Evitare di commentare, banalizzare con eventuale derisione, ma comprendere empaticamente l'angoscia in cui si trova il paziente al momento.

Alterazioni del ciclo sonno-veglia

Evitare l'allettamento forzato attraverso una maggiore tolleranza e quindi flessibilità da parte degli operatori nella scansione degli orari di lavoro quotidiani e di allettamento degli ospiti. Valutare la presenza di possibili cause di insonnia quali: dolori, tosse, nicturia, dispnea, fame, sete, bisogno di scaricarsi, bisogno di essere cambiati, presenza di situazioni ambientali sfavorevoli (rumorosità, materassi non idonei, temperature non adeguate).

Prevenzione delle cadute

Introdurre modificazioni ambientali per ridurre il rischio: diminuzione dell'altezza dei letti, illuminazioni e pavimentazioni adeguate, dispositivi d'allarme scendiletto, strisce antidrucciolo nelle stanze, assenza di barriere architettoniche, sanitari modificati. Valutare e, se necessario, modificare: calzature, presenza di deficit sensoriali, cura del piede. Adottare, per i pazienti particolarmente a rischio di caduta, abbigliamento imbottiti (caschetti e mutande trocanteriche) per attutire l'impatto e ridurre l'incidenza di traumi e fratture. Introdurre specifici interventi riabilitativi: deambulazione assistita, recupero funzionale. Dotare il soggetto di ausili (bastoni per la deambulazione, carrozzine) scelti in base alle sue caratteristiche fisiche e patologiche.

Trattamenti sanitari

In questi casi è possibile ridurre la contenzione attraverso: la riduzione dei tempi di somministrazione; la collaborazione dei familiari durante il trattamento; il controllo da parte degli operatori; il camuffamento delle sonde (abbigliamento particolari); il posizionamento dei presidi durante il sonno, o fuori del campo visivo dell'ospite.

9. Indicazioni operative

Valutazione della problematica contenitiva

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure contenitive risulta essere la precisa valutazione del paziente.

Da una revisione sistematica risulta che la motivazione che giustifica la decisione di implementare la procedura per l'uso della contenzione sia la presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri. Nella nostra esperienza non si è mai dovuto ricorrere alla contenzione per tale motivo, da un lato perché non esistono evidenze della reale utilità e, dall'altro, perché la metodologia operativa in uso, prevede in tali casi, l'utilizzo di misure alternative. Altri motivi possibili sono: la prevenzione delle cadute, il miglioramento della postura, per la somministrazione di un trattamento medico senza interferenza del paziente.

La valutazione della problematica contenitiva è parte integrante della VMD effettuata all'ingresso in struttura, ad ogni scadenza del PAI e ad ogni variazione dello stato di bisogno dell'utente. L'esito finale delle VMMDD effettuate è la stesura del Piano Esecutivo che potrà contenere indicazioni per eventuali esigenze contenitive dell'utente.

Qualora sia ritenuto utile a tutela della sicurezza dell'ospite contro possibili situazioni di pericolo e a garanzia della sua incolumità nonché all'assolvimento dell'obbligo di custodia e assistenza, l'uso costante di entrambe le sponde ai letti (in determinate situazioni e per specifiche patologie che comportino stati di agitazione) deve essere motivatamente presente nel Piano Esecutivo scritto dal Medico Responsabile o dal medico di famiglia dell'ospite. Anche questa prescrizione è soggetta a revisione costante e programmata. Nel caso in cui sia l'ospite stesso a chiedere il posizionamento di "sponde" ai letti o di ausili da egli percepiti come utili a tutela della sua incolumità e della sua sicurezza, è indispensabile che sottoscriva richiesta senza condizionamenti e in piena consapevolezza.

Prescrizione e attuazione della contenzione fisica

L'indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente terapeutico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali.

La decisione della scelta di prescrivere la contenzione fisica deve derivare da un processo decisionale che abbia già considerato la ricerca di altre soluzioni possibili e l'esito negativo che tali soluzioni producono sul comportamento del paziente.

La prescrizione è competenza del medico. In assenza del medico e in caso di situazioni di emergenza l'infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando sul diario infermieristico la motivazione e le modalità di effettuazione; questa decisione verrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- **Motivazione**

- **Tipo** di contenzione

- **Durata:** l'ordine deve essere limitato nel tempo.

Se durante tale periodo il paziente modifica il proprio comportamento la contenzione deve essere rimossa. La prescrizione deve essere effettuata a seguito di un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato. La durata massima della prescrizione è comunque di 24 ore.

La durata totale della contenzione senza ulteriore prescrizione non deve eccedere le 24 ore.

Una successiva prescrizione medica dell'intervento contenitivo sarà necessario nei seguenti casi:

- Modifiche nel comportamento del paziente

- Ogni 24 ore

È indispensabile che la prescrizione della contenzione fisica contenga quegli elementi che sono stati precedentemente descritti.

In seguito alla prescrizione medica, può essere applicato al paziente l'intervento contenitivo. L'attuazione dell'intervento contenitivo deve essere registrato in cartella infermieristica. Il paziente (o chi lo rappresenta) e i familiari/caregiver devono essere coinvolti nel processo decisionale. A tal fine è indispensabile che il medico e/o l'infermiere illustrino loro le modalità di somministrazione e di monitoraggio.

Monitoraggio dell'utente

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere frequentemente monitorato dal personale infermieristico e/o OSS.

L'attività di monitoraggio è indispensabile per prevenire eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, come abrasioni, edemi agli arti inferiori, ematomi o lesioni da decubito; inoltre un costante monitoraggio consente di poter valutare frequentemente il comportamento del paziente e quindi se l'intervento contenitivo si renda ancora indispensabile.

Le attività di monitoraggio devono essere riportate nella scheda infermieristica.

Qualora durante il monitoraggio si rilevi la presenza di effetti dannosi causati dalla contenzione, è indispensabile che la contenzione venga interrotta e che venga contattato il medico.

Durante il periodo della contenzione è fondamentale che siano perseguiti sia il comfort che la sicurezza del paziente; è inoltre auspicabile che durante il periodo di contenzione vengano programmati dei momenti di assenza di contenzione in modo da poter garantire movimento al paziente (se consentito dalla situazione clinica).

Rimozione della contenzione

È responsabilità dell'equipe assistenziale (infermieri e operatori di supporto) rimuovere la contenzione al termine della durata prescritta.

I mezzi contenitivi devono essere rimossi ed adeguatamente sanificati.

È necessario che venga registrata in cartella infermieristica la rimozione della contenzione.

Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento contenitivo, è indispensabile che venga avvisato il medico, il quale, dopo valutazione del paziente, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un 'intervento contenitivo.

In conclusione è necessario tenere in considerazione che:

- La prescrizione della contenzione compete al medico esclusi i casi di emergenza, nei quali la necessità di agire tempestivamente per la salute della persona, consente un suo intervento a posteriori, con le conseguenti valutazioni e indicazioni.
- L'adozione dei mezzi di contenzione deve essere immediatamente registrata sui documenti clinici.
- La contenzione deve essere limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione del problema.
- La contenzione deve essere motivata da documentate circostanze eccezionali.
- La contenzione deve essere rimossa quando non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta.
- La contenzione va fatta con gli appositi dispositivi e non con mezzi di fortuna

Quadro sinottico

AZIONI	RESPONSABILE	PUNTI CHIAVE
Identificare i fattori che espongono il paziente al rischio di contenzione fisica	UVG / Medico/ Infermiere	Il risultato della valutazione deve essere riportato nella documentazione
Attuare azioni alternative volte a modificare il comportamento del paziente	Infermiere (in collaborazione con personale di supporto, familiari)	Gli interventi alternativi e i risultati ottenuti sul comportamento del paziente devono essere riportati in cartella infermieristica
Se nonostante le misure alternative il paziente manifesta comportamenti lesivi per se stesso o per gli altri, è necessario eccezionalmente ricorrere alla contenzione fisica	Medico Infermiere	La documentazione medico/infermieristica deve riportare le motivazioni che portano alla scelta di posizionare la contenzione, che altri interventi meno restrittivi sono già stati tentati e che è stato ottenuto l'ordine medico oppure che si deve agire d'urgenza
- Il paziente o chi lo rappresenta dovrebbe essere coinvolto nel processo decisionale quando ritenuto appropriato. - Educare la famiglia circa l'uso della contenzione	Medico Infermiere	È indispensabile spiegare in modo esaustivo i rischi ed i benefici derivanti dall'utilizzo di mezzi contenitivi
È necessaria la prescrizione medica: - L'ordine deve essere limitato nel tempo - L'ordine deve essere scritto per un episodio specifico - Deve essere specificato il tempo di inizio e fine della contenzione, il motivo, il tipo e il tempo di utilizzo della contenzione - La massima durata della contenzione deve essere di 24 ore. Casi eccezionali vanno dettagliatamente motivati e documentati.	Medico	La commissione congiunta per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (JCAHO) ha definito che il tempo massimo di un ordine medico scritto per l'uso della contenzione può andare da un tempo di 4 ore fino al massimo da 24.
Un nuovo ordine medico è necessario se: - vi è un comportamento differente nel paziente - se la contenzione si rende necessaria per un periodo di tempo superiore.		In cartella clinica il medico deve chiaramente descritto che il comportamento è parte dello stesso episodio che provocò i primi provvedimenti
Mentre la contenzione fisica è in uso il paziente deve essere monitorato ogni 30 minuti	Medico Infermiere in collaborazione con personale di supporto	Il monitoraggio non si limita all'osservazione, ma comprende il monitoraggio delle condizioni cliniche, dell'orientamento, del corretto posizionamento dei presidi contenitivi, della motilità e sensibilità delle estremità immobilizzate. Eventuali variazioni dello stato complessivo va valutato, segnalato sulla documentazione infermieristica e riferito al medico che prende i provvedimenti del caso
Tendenzialmente ogni due ore la contenzione viene rimossa e il paziente controllato a vista		L'utilizzo della contenzione non deve sfociare in "dipendenza" dalla stessa
- Al termine del periodo di prescrizione, la contenzione deve essere rimossa. - Se le condizioni del paziente non si sono modificate rispetto all'episodio scatenante, è necessario che l'infermiere avvisi il medico per la rivalutazione del paziente		La sorveglianza deve essere accurata soprattutto nelle prime ore dopo la rimozione della contenzione

10. Registro “Contenzione”

Dai dati dei Piani Esecutivi degli ospiti e dai documenti clinici si compila progressivamente un registro contenzione che riporta le indicazioni dei Piani Esecutivi e eventuali PAI:

data	prescrittore	codice	Motivo/i	Tipo	durata	esito	Effetti dannosi	note	
						(+ - =)			

1)Pazienti che presentano deterioramento cognitivo 2)Pazienti che presentano a rischio di caduta 3)Pazienti che interferiscono con i trattamenti 4)Pazienti con disorientamento spazio-temporale 5)Pazienti con stato d' agitazione psico-motoria 6)Pazienti che presentano comportamenti aggressivi	1) Mezzi applicati all'utente a letto (fasce, cinture) 2) Spondine di protezione a letto (se non espressamente richiesti dal paziente) 3) Mezzi applicati all'utente in carrozzina (corpetto, bretellaggio,..) 4) Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere,polsiere) 5) Mezzi di contenzione con postura obbligatoria (poltrone basse,...) 6) Altri sistemi utilizzabili (cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino, carrozzine basculanti,...) 7) Altro (specificare)
---	--

11. Verifica revisione della Procedura.

Si individuano quali indicatori (su base annua):

- 1 il (numero delle prescrizioni x 100)/numero di utenti
- 2 la percentuale di prescrizioni con esito negativo
- 3 la percentuale di utenti oggetto di contenzione sul totale .

Ogni sei mesi si realizza un incontro di equipe con all'ordine del giorno “La contenzione” per discutere dell'applicazione della presente procedura e si esaminano i dati del registro. Ogni anno si realizza un report sull'analisi dei dati. Vengono valutati gli indicatori e confrontati nel tempo e con i dati della letteratura. Sulla scorta delle valutazioni annuali si procede all'eventuale proposta di revisione della procedura stessa che viene inviata, unitamente al report, alla UOC Risk Management Aziendale. Si procederà alla revisione in caso di nuove direttive ministeriali, regionali o aziendali.

12. Diffusione

La presente procedura viene inviata, per la puntuale osservanza, a tutti gli operatori della struttura. Sulla procedura si realizzano due incontri informativi/formativi per permettere la partecipazione a tutti gli operatori della struttura. In tali incontri gli operatori sottoscrivono la procedura.

13. Riferimenti bibliografici:

- L.K.Evans, E.Strumpf, C.Williams: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P.R.Katz, R.L.Kane, M.D.Mezey: Advances in long term care. Volume 1. Springer Publishing Company, New York, 1991.
- K.Newton: Geriatric Nursing. C.V.Mosby. Qt.Louis, 1950.
- PL 100-203. Omnibus Budget Reconciliation Act, Subtitle C, Nursing Home Reform. Washington, 1987: U.S. Government Printing Office.
- G.Marini, S.Costantini, D.Cucinotta: Contenzione con mezzi fisici. In A.Longo, U.Senin (a cura di) Atti del Convegno: La contenzione dell'anziano. Tra pratica clinica e violenza. Perugia, 1996
- S.Costantini: L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani. In F.Anzivino, P.A.Bonati: Il demente nelle Istituzioni: le realtà e le prospettive Atti Congresso SIGG Piacenza, 1996.
- C Scalici, M.B.Baggio et al: Applicazione di un protocollo per la contenzione fisica dei vecchi in casa di riposo. Giornale di Gerontologia, 1996; 44:349-354.
- N.E. Strumpf, L.H.Evans, D.Schwartz: Restrain-free care: for dream to reality. Geriatric Nursing, 1990; May/June:122.
- L.K. Evans, N.E.Strumpf: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. J Am Geriatr Soc, 1989;37:65-74.
- L.C.Burton, P.S.German, B.V.Rovner, L.J.Brant, R.D.Clark: Mental illness an the use of restraints in nursing homes. Gerontologist,1992;32: 164-170.
- Y.K.Scherer, L.M.Janelli et al.: The nursing dilemma of restraints. Journal of Gerontological Nursing 17:14-17, 1991.
- J.G Ouslander, D.Osterweil, J.Morley: Medical care in the nursing home. McGraw Hill, Inc. 1991; Chapter 10: 129-133.
- G.S.Brungradt: Patient restraints: New guidelines for a less restrictive approach. Geriatrics, 1994;49: 43-50.
- W.Marks: Physical restraints in the practice of medicine. Current Concepts. Arch Intern Med, 1992;152:2203-2206.
- E.Pajusco, D.De Leo: Conseguenze del contenimento sul paziente anziano. In D.De Leo, A.Stella: Manuale di psichiatria dell'anziano. Piccin, Padova 1994; 713-725.
- F.S.Ginter, L.C.Mion: Falls in the nursing home: preventable or inevitable? J Gerontol Nurs. 1992;18(11): 43-48.
- P. Werner et al: Physical restraints and agitation nursing home residents. J Am Geriatric Soc, 1989; 37:
- C Powel et al.: Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. Canadian Medical Association Journal, 1989, 141:561-564.
- L.J.Robbins, E.Boyko, J.Lane, D.Cooper, D.W.Jahnigen: Binding the elderly: A prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. J Am Geriatr Soc, 1987;35: 290-296.

- L.Z.Rubenstein, K.R.Josephson, A.S.Robbins: Falls in the nursing home. *Ann Intern Med.* 1994;121(6): 442-451.
- R.Brady, F.R.Chester, L.L.Pierce, J.P.Salter, S.Schreck, R.Radziewicz: Geriatric falls: prevention strategies for the staff. *J Geront Nurs.* 1993;19(9): 26-32.
- G.Marini, A.Salsi: La contenzione nell'anziano confuso: principi e pratica. *Argomenti di Gerontologia*, 1994;6: 37-44.
- M.E.Tinetti: Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 1987;35: 644-648.
- F.K.Ejaz, J.A.Jones, M.S.Rose: Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 42:960-964, 1994.
- M.E.Tinetti, W.L.Liu, S.F.Ginter: Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med.* 1992;116: 369-374.
- J.Blakeslee, B.Goldman, D.Papougenis: Untying the elderly: Kendal's Restraint-free program at Longwood & Crosslands. *Generations*, Supplement,1990;79
- S.H.Miles, P.Irvine: Death caused by physical restraint. *Gerontologist* 1992; 32: 762-766.
- M.Petrini, L.Antico, R.Bernabei, F.Caretta: L'uso dei mezzi di contenzione nelle istituzioni per persone anziane. In "Anziani Oggi", 1991;2: 1-19.
- G.S.Wright: *Nursing the Older Patient*. Harper & Row Publishers, 1989 London.
- L.K.Evans, N.E. Strumpf: Myths about elder restraint. *J Nursing Schola* 1990;22: 124-127.
- N.E. Strumpf, L.K.Evans: The ethical problems of prolonged physical restraint. *Journal of Gerontological Nursing* 17:27-30, 1991.
- J.Rader, M.Donius: Leveling off restraints. *Geriatric Nursing* Marzo/Aprile:71-73; 1991.
- J.M.Levine, V.Marchello, E.Totolos: Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatric Soc* 1995 43: 914-918.
- A.Bianchetti, M.Trabucchi: Efficacia dei Nuclei Alzheimer nelle RSA: studio di validazione nell'ambito del Pisano Alzheimer della Regione Lombardia. *Giornale di Gerontologia*, 1996;44:249-253.
- Coons D.H.: *The therapeutic milieu: concepts and criteria*. In Coons D.H.: *Specialized dementia care units*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1991.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health: Preventing falls and subsequent injuries in older people. *Eff Health Care* 1996, 2:1-16.
- S.Costantini, G.Marini: Contenzione: Sfida geriatrica di "Qualità di Assistenza" in.S.Costantini, G.Marini, D.Cucinotta (a cura di): *La contenzione degli anziani. Uso ed abuso*. Atti del convegno. Bologna 21 giugno 1996.
- H.Rubenstein, F.H.Miller, S.Postel, H.B.Evans: Standards of medical care based on consensus rather than evidence: The case of routine bedrail use for the elderly. *Law, Medicine & Health Care*, 1983;11: 271-276.
- R.Tideiksaar: *Falling in old age: its prevention and treatment*. Springer Publishing Co, 1989 New York.
- S.R. Herzberg: Positioning the nursing home resident: an issue of quality of life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1993;47: 75-77.
- J. Rose: When the care plan says restrain. *Geriatric Nursing* 1987;8: 20.

- B.Kozier, G.Erb, McKay P.Bufalino: Introduction to nursing. Addison Wesley Publishing Company, Redwood City, 1989; p.334.
- Use of restraints-federal standards. Washington, DC, Departement of Health and Human Services, 1984
- T.F.Scot, J.A.Gross: Brachial plexus injury due to vest restraints. N En J Med. 1989;320: 598.q
- L.Katz: Accidental strangulation from vest restraint. JAMA, 1987; 257: 2032-2033.
- Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. 2008. Centro Studi EBN. Bologna.
- Marchetti F, Fontana S, Turrin T. Contenzione fisica in ospedale. 2008. Centro studi EBN. Bologna
- IPASVI. Superare la contenzione: si può fare. I Quaderni de L'infermiere. 2009: 25.
- Poli N, Rossetti AML. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza

RESPONSABILE SETTORE
ASSISTENZA ANZIANI
Dott. Gerardo De Martino

IL DIRETTORE
U.O.C. Servizio Assistenza Distrettuale
Dott. Primo Sergianni

IL DIRETTORE
U.O.C. RISK MANAGEMENT
Dott.ssa Maria Virginia Scafarto

Mezzi di contenzione

(caratteristiche tecniche e indicazioni di utilizzo)

- **Fascia per carrozzina o poltrona**

E' il mezzo di contenzione più facile e semplice da applicare. Può essere un valido aiuto per la sicurezza del paziente a rischio di caduta, sostituendo la normale "cintura di sicurezza". E' costituita da un cuscinetto imbottito di poliuretano morbido di solito di larghezza 15 cm e di lunghezza 60 cm circa rivestito spesso di materiale traspirante per garantire il comfort del paziente durante la contenzione. Il cuscinetto è dotato di lunghe cinghie di ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per questioni di sicurezza, è da evitare l'uso di questo mezzo di contenzione sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia stessa.

- **Fascia pelvica**

Viene utilizzata quando la funzione psicomotoria è talmente compromessa da impedire al paziente di rimanere in posizione seduta senza scivolare; la fascia previene la postura scorretta evitando lo scivolamento in avanti del bacino. E' costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per l'applicazione a sedie o carrozzine.

Le varianti alla fascia pelvica possono essere costituite da:

- **Divaricatore inguinale**

Costituito da un supporto imbottito applicato al sedile della carrozzina con la funzione di mantenere in asse la anche e di impedire lo scivolamento in avanti del bacino.

- **Fasce anti-scivolamento**

Sono costituite da cuscinetti imbottiti di poliuretano morbido, dotato di cinghie di ancoraggio che si fissano facilmente al sedile della carrozzina servono per prevenire ed evitare lo scivolamento del bacino mantenendo ferme cosce ed anche nella parte posteriore della carrozzina.

- **Corsetto con bretelle**

Viene utilizzato in pazienti che hanno perso la capacità di controllare il tronco e hanno la tendenza a sporgersi dalla carrozzina e a cadere in avanti. E' costituito da un corpetto con spillacci regolabili che possono essere adattati alla sedia o alla carrozzina consentendo al tronco di rimanere in posizione corretta il corpetto è, di solito, in cotone o in materiale sintetico che ne permettono una facile pulizia.

- **Corsetto con cintura pelvica**

Riunisce in sé le caratteristiche dei due mezzi di contenzione assicurando la stabilità del tronco ed evitando lo scivolamento del bacino in avanti. Gli spillacci del corsetto e la cintura pelvica sono connessi fra loro e possono essere regolati per l'aggancio alla carrozzina.

- **Tavolino per carrozzina**

E' il mezzo di contenzione più indicato in caso di pericolo di caduta nel tentativo del paziente di alzarsi. E' di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti posti sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuale attività.

- **Spondine per letto**

Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate e al letto di degenza, o essere asportabili da parte del personale. Sono destinate a persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente e a persone sotto sedazione. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità da parte del paziente di scavalcarle.

- **Fasce di sicurezza per letto**

Consentono libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta. Sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio alcune possono essere fornite di "imbragature a y" per le spalle per una maggiore sicurezza e per evitare lo scivolamento della cintura dalle anche. Sono destinate a pazienti particolarmente confusi o agitati che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente.

- **Bracciali di immobilizzazione**

Sono solitamente in gommasciuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Sono indicati in pazienti che necessitano di trattamenti sanitari strettamente necessari per l'immediato benessere, ma che non sono in grado di gestire autonomamente la situazione. Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo.

- **Ogni altro tipo di attrezzatura indicata dallo Specialista Geriatra ed autorizzata dall'ASL**

ASL NAPOLI3SUD Centro Geriatrico “ _____ ”

REGISTRO CONTENZIONE

data	prescrittore	Codice Utente	Motivo/i ⁵	tipo ⁶	durata	Esito (+ - =)	Effetti dannosi	note
data	prescrittore	Codice	Motivo ¹	Tipo ²	durata	Esito (+ - =)	Effetti dannosi	Note

data	prescrittore	Codice	Motivo ¹	Tipo ²	durata	Esito (+ - =)	Effetti dannosi	Note

data	prescrittore	Codice	Motivo ¹	Tipo ²	durata	Esito (+ - =)	Effetti dannosi	Note

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
f.to Dott. Marco Tullio

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 05 Febbraio 2015 /

	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA		U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
	DIRETTORE AMMINISTRATIVO D'AZIEN		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB.	DISTRETTO N. 52
	U.O.C. AFFARI LEGALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	x	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
x	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TER.		DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.		DISTRETTO N. 51	