	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 1 di 20


**Requisito
ANZ.RSA.RS26**

**Indicatore
ANZ.RSA.RS26.I01
ANZ.RSA.RS26.I02**

LISTA DI DISTRIBUZIONE

N°	FUNZIONE	FIRMA
1	Direttore Generale	
2	Coordinamento infermieristico	
3	Coordinamento sociale	

1	15/9/2022	Revisione		
0	-----	1° Emissione		
Rev	Data	Causale	Revisione e Verifica	Approvazione
			RGQ	Direttore Generale

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 2 di 20

1. **PREMESSA**

Parlare di contenzione è difficile, poiché tale atto lede il primo fondamento di una società civile che è rappresentato dal diritto alla libertà individuale.

Adottata da lungo tempo in ambito psichiatrico, la contenzione approda in geriatria in tempi più recenti con caratteristiche di utilizzo proprie, legate soprattutto alle motivazioni e alla durata (si caratterizza spesso per la continuità nel tempo).

Da una revisione della letteratura di nursing, pubblicata negli USA dal 1885 al 1950, emerge l'indicazione di evitare in ogni caso la contenzione fisica negli anziani e il primo textbook di nursing geriatrico (Newton, 1950) non ne fa menzione. Negli anni successivi al 1960 si assiste invece a un notevole incremento nell'uso della contenzione fisica tale da configurare una vera e propria emergenza geriatrica, tant'è che l'Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) del 1987 prevede, tra l'altro, la riduzione della contenzione fisica (e farmacologica) in assenza di giustificazioni cliniche e di apposita documentazione (bibl_17).

La prevalenza della contenzione fisica, riportata dalla letteratura internazionale, varia tra il 3% e l'83% nelle Nursing-Homes/R.S.A. e tra il 4% e il 68% negli ospedali. In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione varia dal 41.7% dell'Emilia Romagna al 17.5% dell'Abruzzo e al 25% del Veneto.


Il ricorso così frequente alla contenzione sembra determinato da una serie concomitante di fattori: l'aumento della popolazione anziana, la perdita del valore sociale degli anziani, l'aumento nelle R.S.A. di anziani con deficit cognitivi, le preoccupazioni per vertenze legali derivanti dalla responsabilità delle istituzioni per la protezione dell'ospite.

Gli ultimi trent'anni hanno visto un intenso dibattito internazionale sui temi etici inerenti il progresso delle cure mediche nei trattamenti sanitari, dalle problematiche di inizio e fine vita al rispetto dei diritti umani.

Particolare importanza a questo riguardo ha assunto la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che ha ridefinito i concetti di malattia e disabilità come problemi riguardanti il rapporto dell'individuo con l'ambiente. In questa prospettiva gli articoli che vanno dal 14 al 17 pongono un onere particolare sulle istituzioni sanitarie: quello di predisporre e organizzare ambienti di cura ed assistenza che siano pensati per garantire tali diritti.

Ai fini di un corretto inquadramento del tema della contenzione, prima ancora di affrontare la tematica dei *comportamenti professionali*, è fondamentale assicurarsi che gli *ambienti di cura ed assistenza* abbiano i requisiti per rispettare e promuovere i diritti sopra esposti e siano dotati di meccanismi volti al miglioramento anche attraverso una maggiore attenzione alle modalità di erogazione delle cure, alla flessibilità organizzativa, alla personalizzazione e all'organizzazione dell'ambiente, con equipe di lavoro interne per l'audit permanente sulle contenzioni. È dunque necessario sviluppare strumenti concreti per la valutazione, in ogni momento, di quanto un setting assistenziale sia orientato al rispetto di questi diritti, in modo da poter perseguire gli obiettivi di miglioramento della qualità etica e tecnica.

Le situazioni nelle quali si ricorre alla contenzione, in ambito sanitario e socio – sanitario, sono sostanzialmente due: la prima risponde in particolare a esigenze di natura terapeutica, quale supporto al trattamento sanitario propriamente detto, laddove la somministrazione di farmaci o l'attuazione di un intervento siano realizzabili unicamente grazie alla restrizione o alla completa immobilizzazione fisica della persona assistita per totale mancanza di collaborazione. La seconda, invece, si spiega con urgenze connesse alla sicurezza della persona assistita o di terzi all'interno della struttura socio – sanitaria, laddove le condizioni e la patologia dell'Ospite possano

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 3 di 20

determinare elementi di concreto ed effettivo rischio per la propria incolumità fisica, per quella del personale sanitario e/o degli altri Ospiti.

2. ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE

Costituzione Italiana

Art. 13: “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: “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 nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

Testo approvato dal Consiglio Nazionale

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 da un 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 di deontologia medica


Il codice di deontologia medica del 2006 sancisce, negli artt. 3,13 e 18, i medesimi principi:

Art. 3 - Doveri del medico: “Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, (...) La salute è intesa nell’accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona”.

Art.13 - Prescrizione e trattamento terapeutico: “(...) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità (...)”

Art. 18 - Trattamenti che incidono sull’integrità della persona: “I trattamenti che incidono sull’integrità della persona e sulla resistenza psicofisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”.

Art. 33 - Informazione al cittadino: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 4 di 20

essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.”

Art. 35 - Acquisizione del consenso: “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.”

Codice deontologico del Fisioterapista 2019

Art. 28: “La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione”.

Codice penale


Art. 40: “Non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo”.

Art. 571: “Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente.”.

Art. 54 - Stato di necessità: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé 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”.

La contenzione trova legittimazione nello “stato di necessità” (*art. 54 C.P.*), cioè nelle situazioni di eccezionale gravità, non gestibili in altro modo, che mettono a repentaglio l'incolumità del paziente/ospite o di altri soggetti.

La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente dalla manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo, purché sussistano tutti i requisiti previsti, vale a dire: attualità del pericolo di un danno grave alla persona, pericolo non altrimenti evitabile, equivalenza (o prevalenza) del bene salvato rispetto a quello sacrificato. La valutazione

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 5 di 20

dell'attualità del pericolo (intesa anche come concreta possibilità del suo verificarsi) è il problema centrale nell'applicazione dello stato di necessità in questi casi.

Il secondo elemento che giustifica la contenzione è la non altrimenti evitabilità del pericolo: ne consegue che la contenzione fisica deve essere attuata solo quando è l'unico mezzo che il sanitario possiede per fronteggiare il pericolo e che, in tutti gli altri casi, si deve sempre optare per altri mezzi meno traumatici per il paziente.

Tuttavia vi sono delle situazioni in cui non sono così rigorosamente ravvisabili le condizioni di assoluta necessità e urgenza ma che possono ugualmente rendere opportuna l'adozione di certe forme di contenzione.

L'adozione di mezzi di contenzione, limitando il diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale di movimento, può esporre a ipotesi di reato quali: "Violenza personale" (art. 610 C.P.); "Sequestro di persona" (art. 605 C.P.); "Maltrattamenti" (art. 572 C.P.); "Abuso dei mezzi di correzione" (art. 571 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno per lesioni attribuibili all'uso di tali mezzi restrittivi si aggiungono "Omicidio colposo" (art. 589 C.P.), "Lesioni personali colpose" (art. 590 C.P.), e "La morte o lesione personale come conseguenza di altro delitto" (art. 586 C.P.).

Va d'altronde considerato che ai medici e agli infermieri viene riconosciuta una funzione di garanzia verso i pazienti/ospiti e quindi un dovere di protezione nei loro confronti.

Ne discende che in determinate condizioni, contenere il paziente/ospite diventa non solo lecito ma legalmente dovuto (art. 40 C.P.: "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo").

L'omessa adozione di opportune cautele di vigilanza potrebbe concretare il reato di "Abbandono di persona incapace" (art. 591 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno, si rientra nelle ipotesi di "Lesioni personali colpose" o "Omicidio colposo".

Non è sempre facile quindi stabilire un confine tra uso e abuso della contenzione, tra uso doveroso e uso ingiustificato e quindi discriminare tra comportamenti leciti e illeciti.


Alcune sentenze della Corte di Cassazione Penale (sentenze n. 409/05 e n. 3137/07) si sono occupate di casi che riguardano le R.S.A., in cui viene riconosciuta la responsabilità qualora la contenzione non trovi giustificazione come motivato atto sanitario/assistenziale nell'esclusivo interesse dell'ospite, ma derivi da necessità organizzative o di comodità del personale.

3. **OBIETTIVI**

Obiettivo della presente procedura è quello di definire le **buone pratiche per la prevenzione della contenzione quando strettamente necessaria**, al fine di garantire la libertà e la dignità della persona, anche in presenza di condizioni clinico-assistenziali che determinano comportamenti a rischio della sicurezza della persona assistita o di terzi durante la permanenza in Struttura, promuovendo l'umanizzazione e la sicurezza delle cure agli Ospiti assistiti.

4. **MODALITA' OPERATIVE E MATRICE DI RESPONSABILITA'**

- 1) *Formazione*: Compete al Direttore/Coordinatore infermieristico valutare i bisogni formativi e proporre iniziative di formazione/aggiornamento atti a diffondere la cultura della prevenzione della contenzione.
- 2) *Organizzazione e mezzi*: Compete al Direttore/ Coordinatore diffondere al personale la presente procedura, fornire indicazioni professionali ed organizzative, acquisire e rendere prontamente disponibili in reparto, in caso di necessità, i mezzi di contenzione previa valutazione delle tipologie prevedibilmente utilizzabili.

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 6 di 20

- 3) *Interventi per evitare la contenzione:* L'équipe effettua una valutazione multidisciplinare e multidimensionale dell'Ospite e, se possibile, applica soluzioni alternative volte a evitare la contenzione.
- 4) *Valutazione intervento di contenzione e prescrizione:* per applicare una contenzione ad un Ospite è necessaria la prescrizione medica.

La disposizione di un intervento di contenzione è preceduta da un'attenta e tracciabile valutazione da parte dell'équipe curante rispetto alle cause che la rendono assolutamente necessaria e alle possibili soluzioni alternative. **La contenzione deve avere una durata limitata nel tempo e deve essere tracciabile: in cartella clinica devono essere registrati l'inizio e la fine (data e ora) dell'intervento contenitivo.**

- 5) *Applicazione di contenzione autonoma da parte del personale infermieristico:* Nei casi in cui il personale infermieristico adotti il provvedimento di contenzione, autonomamente (ad esempio stato di agitazione e/o aggressività incontenibili con pericolo immediato per lo stesso paziente o per terzi) perché il medico non immediatamente presenti in struttura; è necessario quanto prima informare il medico perché possa visitare e valutare il paziente e registrare la sua valutazione/prescrizione in cartella clinica. L'infermiere registrerà nel diario assistenziale l'intervento e le sue motivazioni.
- 6) *Attuazione e monitoraggio:* Si raccomanda che durante il periodo di contenzione l'ospite venga sorvegliato in modo tracciabile, a cadenza ravvicinata e, comunque, ogni qualvolta il medico e l'infermiere, sulla base dei propri riscontri, lo ritengano necessario.

Nel caso in cui vengano applicati mezzi di contenzione fisica sul corpo del paziente, l'infermiere dovrà valutare le condizioni cliniche generali (stato di vigilanza, respiro, polso/pressione arteriosa, motilità, sensibilità, tc e saturazione O₂) eventuali bisogni espressi dal paziente, sintomi lamentati, il corretto posizionamento, eventuali danni-lesioni correlabili ai mezzi di contenzione fisica.

Durante il periodo di contenzione è necessario garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.


<i>Professionisti</i>	<i>Direttore</i>	<i>Coordinatore Infermieristico</i>	<i>Medico</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Oss</i>	<i>Animatore</i>
<i>Fasi</i>						
1	R	I				
2	R	R				
3		I	R	R	C	R
4		S	R	C		
5		S	I	R	C	
6		I	R	R	C	

R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato; S: supervisione e controllo

5. VALORI ATTESI

Con l'applicazione della presente procedura ci si attende una graduale riduzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione, sia fisica che farmacologica, in favore di altri strumenti ricompresi nell'ambito delle terapie non farmacologiche, così come sommariamente illustrato nella tabella 1.

E' altresì atteso che, laddove la contenzione risulti, a fronte di attenta valutazione, l'unico strumento utile a perseguire gli scopi di una corretta assistenza socio sanitaria, questa sia applicata in maniera rigorosa e per un tempo limitato, nell'ottica del minor danno possibile.

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 7 di 20

6. DEFINIZIONI

In linea generale per contenzione s'intende quell'atto che, attraverso l'uso di mezzi (fisici, meccanici, ambientali, farmacologici) limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. La contenzione meccanica costituisce una limitazione della libertà di movimento della persona mediante l'applicazione diretta al corpo di mezzi meccanici (fasce, cinture, corpetti, ecc.). L'utilizzo di tale pratica, limitativa della libertà individuale e potenzialmente lesiva dell'integrità fisica e psichica della persona, va rigorosamente documentato e monitorato con l'obiettivo di un suo progressivo superamento. La contenzione farmacologica consiste invece nella somministrazione di farmaci (in genere tranquillanti o sedativi) di dubbia appropriatezza che modificano il comportamento limitando o annullando la capacità motoria e d'interazione dell'individuo, allo scopo di ottenere una sedazione e agevolare interventi assistenziali senza produrre valore aggiunto per la persona assistita. La somministrazione di farmaci utilizzata a scopo preventivo per limitare la libertà di movimento e l'integrità fisica e psichica si configura come pertanto come contenzione farmacologica.

Si possono distinguere principalmente quattro tipi di contenzione: fisica, meccanica, farmacologica e ambientale.


- **Contenzione fisica:** coinvolge uno o più membri del personale dell'assistenza che tengono la persona, la muovono o bloccano il suo movimento per impedirgli di andarsene (Royal College of Nursing, 2008). Tale contenzione impone una limitazione manuale del movimento di una persona (tutto il corpo o alcune parti del corpo) spesso usando la forza.
- **Contenzione meccanica:** è definita come qualsiasi azione o procedura che impedisca il movimento libero del corpo di una persona per mettersi in una data posizione scelta e/o il normale accesso al proprio corpo; si attua mediante l'uso di qualsiasi mezzo, fissato o adiacente al corpo di una persona (es. applicato al letto o alla carrozzina) che non possa essere controllato o rimosso facilmente (Bleijlevens et al, 2016), con lo scopo di ridurre o controllare i suoi movimenti.

Classificazione dei mezzi di contenzione meccanica

Mezzi di contenzione per il letto

Fasce e cinture applicate all'utente a letto



	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 8 di 20

Lenzuolo contentivo




Sponde di protezione¹



¹Le sponde integrali sono considerate una forma di contenzione se usate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto. Vengono considerate un ausilio quando, in presenza di un operatore sanitario impegnato nello svolgimento di pratiche assistenziali, sono utilizzate per favorire la mobilitazione autonoma nel letto della persona assistita o per proteggerla da un potenziale rischio di scivolamento, rotolamento e conseguente caduta accidentale dal letto.

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

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 9 di 20

Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona

Corpetto con bretelle



Cintura addominale



Cintura pelvica



Tavolino o piano d'appoggio fisso




Divaricatore inguinale



Mezzi di contenzione per segmenti corporei
Cavigliere



	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data: 15/09/2022	Pag. 11 di 20

Polsiere



Sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione

Sedie a rotelle polifunzionali basculate, ecc.


Altri sistemi utilizzati a scopo di contenzione

(es. poltrone molto basse, carrozzine frenate contro un tavolo)

Non sono considerati mezzi di contenzione:

- Gessi ortopedici;
- Bracciali che impediscono la flessione dell'arto durante un'infusione venosa;
- Dispositivo d'allarme al letto e/o alle porte;
- Sponde che proteggano metà o tre quarti del letto.

- **Contenzione farmacologica:** consiste nella somministrazione di un farmaco che non fa parte del regime di trattamento della persona e che viene utilizzato per limitarne la libertà di movimento di e/o controllarne il comportamento. Implica l'uso inappropriato di un farmaco sedativo o psicotropico (es. benzodiazepine, antipsicotici o anestetici dissociativi) spesso somministrato in risposta a un atto percepito come violento o aggressivo contro sé stessi o gli altri o per controllare le persone e renderle "più facili da gestire". La contenzione chimica è spesso usata come "alternativa" a quella fisica e meccanica, tuttavia è importante notare che non può essere considerata un'alternativa accettabile (World Health Organization, 2017).
- **Contenzione ambientale:** indicata con il termine *seclusion*, viene generalmente definita come l'azione di isolare un individuo lontano dagli altri limitando fisicamente la sua capacità di lasciare uno spazio definito. Può essere attuato bloccando qualcuno in uno spazio definito (ad es. stanza) o contenendolo in un'area specifica bloccando le porte di accesso o dicendo loro che non è consentito spostarsi da uno spazio definito e minacciando o implicando conseguenze negative se lo fanno (World Health Organization, 2017).

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 12 di 20

- **Contenzione psicologica, relazionale o emotiva:** prevede ascolto e osservazione empatica che diminuiscono l'escalation aggressiva del paziente/ospite poiché soddisfano il bisogno di sicurezza.

7. RISCHI CORRELATI ALL'UTILIZZO DELLA CONTENZIONE MECCANICA

A tutt'oggi, non esistono evidenze scientifiche che dimostrino che l'uso della contenzione che diminuisca il livello di agitazione della persona assistita.

Al contrario è dimostrato che la contenzione espone la persona assistita a:

- **traumi meccanici:** asfissia da compressione della gabbia toracica, strangolamento, ferite, abrasioni, fratture, distorsioni articolari, contratture o distrazioni tendineo-muscolari;
- **malattie funzionali ed organiche:** lesioni da decubito, maggiore incidenza e gravità delle infezioni nosocomiali, incontinenza, peggioramento della mobilità, trombosi venosa;
- **sindromi della sfera psicosociale:** depressione, stress, umiliazione, sconforto, aumento del livello di confusione/disorientamento (RNAO 2012, Ministero della Salute Raccomandazione n. 13, novembre 2011).

Alcuni Autori (Evans et al., 2002) hanno proposto di suddividere gli esiti associati all'uso di mezzi di contenzione in due gruppi:

1. **danni diretti:** lacerazioni, abrasioni, compressioni, lesioni nervose del plesso brachiale, lesioni ischemiche, morte per asfissia e strangolamento, causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione;


2. **danni indiretti:** lesioni da pressione, cadute, infezioni correlate all'assistenza, declino del comportamento sociale, cognitivo e della mobilità, stati depressivi e ansiosi, con conseguente prolungamento della degenza, aumento del rischio di istituzionalizzazione e di mortalità, causati dalla forzata immobilità.

8. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, IDENTIFICAZIONE FATTORI DI RISCHIO E INDIVIDUAZIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI

Ogni intervento socio – sanitario (e la valutazione sull'uso degli strumenti di contenzione non fa eccezione) deve essere preceduta da una attenta valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona assistita, che includa il livello di orientamento, le abilità psicologiche e funzionali e i fattori ambientali. Tale valutazione fornisce di per sé il primo intervento efficace in grado di identificare fattori scatenanti l'uso della contenzione.

L'equipe deve valutare ogni situazione di rischio in modo multidimensionale e interprofessionale e intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione di comportamenti potenzialmente lesivi della persona assistita verso sé stessa o verso terzi. È importante che la valutazione (e le relative azioni intraprese a seguito della stessa) sia riportata e sottoscritta dai professionisti all'interno del diario personale dell'Ospite nella cartella socio-sanitaria, che deve essere conservata agli atti dalla Struttura ai sensi della normativa vigente.

Esistono più fattori predisponenti e precipitanti l'uso della contenzione che possono presentarsi singolarmente o combinati tra loro, in grado di condizionarne l'uso.

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 13 di 20


Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
<ul style="list-style-type: none"> - Et� avanzata (>80 anni) - Alterazioni cognitive - Difficolt� di comunicazione - Incontinenza fecale/urinaria - Precedenti episodi di caduta - Disabilit� - Condizioni psichiatriche - Comportamenti reattivi (ansia, aggressivit�, wandering, rischio di danni a s� stessi o altri, ecc.) - Deficit del sensorio (udito, vista) 	<ul style="list-style-type: none"> - Delirium, demenza, deficit di memoria, patologie del SNC - Diminuzione della mobilit�, mancanza di ausili - Stimoli ambientali (rumore, temperatura, ambiente estraneo, ecc.) - Rischio di caduta - Terapie farmacologiche - Condizioni psichiatriche - Interventi chirurgici - Procedure diagnostiche e/o terapeutiche - Bisogni insoddisfatti (ansia, paura, fame, sete, toilette, ecc.)

Figura 1. Fattori predisponenti e precipitanti l'uso della contenzione.

L'identificazione multidimensionale dei fattori di rischio predisponenti e/o precipitanti, deve orientare la pianificazione degli interventi assistenziali individualizzati con lo scopo di implementare azioni ed interventi finalizzati alla prevenzione della contenzione ed all'individuazione di soluzioni alternative.

Al momento della presa in carico dell'Ospite come pure ad ogni rilievo del cambiamento delle condizioni clinico-assistenziali,   necessario effettuare una valutazione che comprenda l'accertamento infermieristico, l'anamnesi medica e la ricognizione farmacologica.

Variabili	Strategia
Storia del comportamento	Anamnesi di comportamenti avvenuti in passato riferiti all'Ospite, dalla famiglia e dai caregiver.
Fattori fisiologici	Valutazione del livello di sedazione; dolore; disturbi elettrolitici; infezione; ipotensione ortostatica; sincope; disturbi urinari o di evacuazione; riposo insufficiente; difficolt� di deambulazione, di equilibrio o di mobilit�.
Fattori psicologici	Valutazione delle abilit� di comunicazione (es. stroke, demenza, lingua straniera); depressione; ansia; impulsivit�; agitazione; paura; afflizione; disturbo post-traumatico; abuso di sostanze (alcole, droghe, nicotina); e fattori di stress, supporto e strategie di coping.
Terapie	Identificare le terapie che possono scatenare il delirium, confusione, disordini del movimento e cadute, cos� come reazioni avverse e

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 14 di 20

	interazioni farmacologiche.
Ambiente	Esaminare appropriatezza e sicurezza rispetto a: letto, dispositivi medici e necessità d'uso (es. sng, cateteri), attrezzature e mobili (es. aste per flebo, trapezio, comodino, tavoli), illuminazione, livello di rumore, temperatura della camera e superficie del pavimento.

Figura 2. Valutazione dell'Ospite

A seguito delle valutazioni di rischio effettuate, il **personale sanitario, ovvero l'infermiere**, deve informare la persona assistita e i suoi familiari/rappresentanti legali sul loro esito, sulle strategie di contesto alternative ritenute opportune e/o poste in essere e sulle eventuali azioni di contenzione intraprese e/o da intraprendere. È altresì necessario informarli in modo completo ed esaustivo sulla natura e sull'utilizzo dei mezzi di contenzione e raccogliere, per scritto, il loro consenso attraverso la firma dell'apposita modulistica.


Dal punto di vista organizzativo e gestionale, è opportuno che le organizzazioni, attraverso interventi formativi mirati, coinvolgano tutti gli operatori, al fine di promuovere un approccio basato sulla consapevolezza della inefficacia e dannosità dei mezzi di contenzione e diffonda una cultura dell'assistenza libera da contenzione.

Tali interventi possono riguardare:

- l'informazione e la formazione sull'inefficacia della contenzione nella prevenzione delle cadute e dei comportamenti che mettono a rischio la sicurezza della persona assistita, sul rischio potenziale di eventi avversi (anche gravi) che la contenzione può generare e sul rischio di violazione dei diritti fondamentali della persona, qualora non vi sia la reale necessità;
- supporto, a tutto il personale, nell'impiego di interventi alternativi alla contenzione e nell'implementazione di strategie di identificazione precoce dei soggetti a rischio;
- promozione del lavoro di equipe multidisciplinare e del coinvolgimento dei MMG e, ove necessario di medici specialisti (neurologo, geriatra, psichiatra, ecc.);
- utilizzazione di audit come strumento di auto-valutazione della qualità dell'assistenza;
- identificazione tempestiva i rischi strutturali/ambientali e rimozione rapida degli stessi;
- fornitura di attrezzature e materiali necessari per gli interventi alternativi (es: letti ad altezza variabile, attività diversive, sistemi di allarme, ecc.).

Gli interventi alternativi che devono essere posti in essere preliminarmente all'applicazione dei mezzi di contenzione, possono essere ricompresi in 3 macrocategorie: clinico assistenziali, psicologiche ed ambientali. (Figure 3, 4 e 5)


Tali interventi sono tesi a rimuovere le cause sottostanti un comportamento non sicuro, adeguare l'ambiente in base alle abilità cognitive e fisiche dell'Ospite e gestire il comportamento a rischio di contenzione per prevenire lesioni a sé e agli altri.

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 15 di 20

Approccio Clinico-assistenziale	Intervento
Soddisfare i bisogni fondamentali della persona	Rispondere ai bisogni fondamentali della persona in modo proattivo (bisogno di eliminazione, frequenti cure igieniche, attenta valutazione ai bisogni di fame, idratazione, sonno, dolore e senso di caldo o freddo); Utilizzare le attrezzature adeguate alla persona assistita; Redigere e revisionare coerenti Piani di Assistenza Individualizzati e curarne la scrupolosa esecuzione.
Eliminare/ridurre trattamenti o dispositivi fastidiosi appena possibile	Svezzamento precoce dal respiratore; Favorire l'assunzione di terapie orali <i>vs</i> ev. o tramite SNG; Rimuovere precocemente i dispositivi non indispensabili.
Implementare misure per ridurre l'interferenza del trattamento e "mascherare" i presidi	Assicurare un ancoraggio dei device appropriato e sicuro. Utilizzare indumenti a maniche lunghe o telini per coprire i siti dei cateteri vascolari, le medicazioni delle ferite ecc. dalla vista dell'Ospite Tenere le sacche di soluzione ev. e le linee infusive fuori dal campo visivo dell'Ospite.
Implementare misure per la prevenzione delle cadute e degli infortuni	Garantire una corretta valutazione del rischio caduta, attraverso la somm.ne delle scale in uso (Re.To.S.); Prevedere interventi su misura per i rischi specifici dell'Ospite (ad es. dispositivi di assistenza, illuminazione, scarpe antiscivolo,, ecc.); Prevedere interventi riabilitativi coerenti con l'obiettivo della riduzione del rischio caduta dell'Ospite.
Attuare un'adeguata gestione del dolore	Prevedere, di concerto con il MMG, terapia antalgica periodica e prima di procedure potenzialmente dolorose, come bagno, deambulazione o altre attività per le quali il dolore può aumentare l'agitazione.

Figura 3. Interventi clinico – assistenziali preventivi all'uso delle contenzioni


Approccio Psicologico	Intervento
Massimizzare la comunicazione	Motivare e spiegare gli obiettivi di cura; Utilizzare l'ascolto attivo per dedurre sentimenti, preoccupazioni e paure dell'Ospite; Nel caso in cui sia necessario, utilizzare mediatori della

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 16 di 20

	comunicazione, interpreti e/o familiari.
Coinvolgere l’Ospite e la famiglia nel processo di cura	Rendere l’ambiente più familiare dove possibile, permettendo nei limiti di quanto prescritto dalla vigente normativa, la personalizzazione della camera di degenza, anche con foto ed oggetti personali; Fare in modo che l’Ospite non resti mai solo.
Promuovere attività di intrattenimento	Revisionare ed incrementare periodicamente l’offerta di attività di intrattenimento, occupazionali e di socializzazione. Prevedere attività che coinvolgano anche Ospiti allettati e/o con scarse capacità di movimento, al fine di ridurre sentimenti di isolamento e depressione.
Trattare lo stato confusionale acuto	Approntare tecniche di promozione dell’orientamento spazio – temporale per gli Ospiti confusi (es. giorno della settimana, data, ora, luogo, condizioni meteorologiche della giornata ecc.); Utilizzare tecniche per favorire il rilassamento (ad esempio massaggi, tocco terapeutico, musica, bevande calde), pianificando anche periodi di riposo adeguati; Reindirizzare verbalmente il comportamento, dando motivazioni coerenti alle condizioni cliniche e alle situazioni ambientali; Presentarsi ogni volta che si entra nella stanza dell’Ospite.

Figura 4. Interventi psicologici preventivi all’uso delle contenzioni

Approccio Ambientale	Intervento
Rimuovere i rischi	Rimuovere gli oggetti e le attrezzature che potrebbero causare lesioni; Mantenere l’ambiente ordinato.
Assicurare input sensoriali appropriati	Assicurarsi che l’Ospite abbia gli occhiali e gli apparecchi acustici quando possibile, in modo che possa interpretare l’ambiente; Fornire un’adeguata illuminazione diurna e notturna; Dotare ogni camera ad es. di calendario, orologio, condizioni meteorologiche della giornata per promuovere l’orientamento spazio-temporale.

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 17 di 20

Intensificare la sorveglianza in base alle condizioni e ai rischi dell'Ospite	Garantire la sorveglianza periodica; Collocare gli Ospiti in un'area in cui possono essere osservati frequentemente (soggiorni comuni o camere vicine alle postazioni infermieristiche) Favorire la compagnia individuale e l'osservazione costante (famiglia, caregiver, amici, volontari); Favorire la partecipazione ad attività di animazione e socializzazione, sia individuali che collettive.
Ridurre gli stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi	Eliminare e/o limitare rumori molesti, potenziali fonti di agitazione; Assicurare la corretta illuminazione, evitando fastidiosi bagliori; Assicurare una corretta temperatura degli ambienti in base alle stagioni.

Figura 5. Interventi ambientali preventivi all'uso delle contenzioni

Nel prevenire situazione di ansia e stress nell'Ospite, che possono potenzialmente portare ad accentuare atteggiamenti caratterizzati da rabbia ed aggressività, gli operatori sanitari e socio sanitari debbono prestare massima attenzione alla comunicazione, verbale e non verbale, in special modo nei confronti di Ospiti con una grave compromissione delle facoltà cognitive.

E' fondamentale, pertanto, che la condotta degli Operatori sia improntata al rispetto, all'etica, all'apertura ed all'accoglienza dell'altro.

Alcune cautele che non dovrebbero mai venir meno, sono:

- usare un tono di voce adeguato;
- parlare lentamente, utilizzando termini chiari e frasi brevi;
- evitare gesti bruschi;
- evitare di escludere l'Ospite dalle conversazioni effettuate in sua presenza;
- rivolgere domande dirette e rispettare i tempi dell'Ospite per ottenere risposte;
- non ribattere ad eventuali atteggiamenti offensivi da parte dell'Ospite;
- avere un linguaggio del corpo accogliente e disponibile.

9. AZIONI E PROCEDURE

La decisione di applicare una contenzione all'ospite è preceduta da un'attenta valutazione multidimensionale e clinica-assistenziale. È sempre necessaria la prescrizione medica (salvo in cui l'infermiere adotti autonomamente il provvedimento di contenzione, necessario e non differibile) ed il consenso dell'ospite o di chi ne fa le veci.

E' previsto che, per l'applicazione della presente procedura, venga utilizzato il programma gestionale Cartella Utente Web, all'interno del quale è possibile annotare ogni informazione di ordine sanitario e socio – sanitario.

Per la modulistica relativa all'autorizzazione dei mezzi di contenzione, è previsto che, in assenza di possibilità di firma elettronica da parte dei MMG e dei familiari, sia sottoscritta ed archiviata in forma cartacea.

Eventuali situazioni di urgenza o emergenza, attuate dall'infermiere, per le quali l'atto di contenzione rappresenti in quel momento l'unico e inevitabile strumento per la salvaguardia dell'incolumità dell'Ospite o di terzi, autorizzano scelte immediate anche senza un esplicito

consenso del soggetto. E comunque indispensabile **inserire nel diario e nella cartella socio-sanitaria la documentazione contenente le motivazioni** che hanno giustificato il provvedimento contenitivo e le **procedure** seguite per la sua adozione.

Le prescrizioni quindi devono chiaramente indicare:

- motivazione per la quale viene applicata;
- il tipo di contenzione applicata ed il modo di applicazione (a letto o in seduta/carrozzina);
- durata;
- metodologia e azioni di monitoraggio;
- tempi di verifica

Fatte salve le situazioni di urgenza o emergenza sopracitate, è sempre doverosa una **corretta informazione** della persona assistita se in grado di intendere e di volere e del suo familiare o rappresentante legale, volta a spiegare le ragioni del provvedimento proposto e a ottenerne l'accettazione attraverso la firma del documento denominato "Prescrizione protezioni", disponibile all'interno del gestionale *Cartella Utente Web*.

Per l'intera durata di un atto limitativo della libertà e della capacità dei movimenti volontari o comportamenti della persona dovrà in tutti i casi essere **assicurata l'osservazione** da parte di personale sanitario e socio – sanitario, finalizzata alla rivalutazione continuativa per la cessazione del provvedimento di contenzione nel minor tempo possibile.

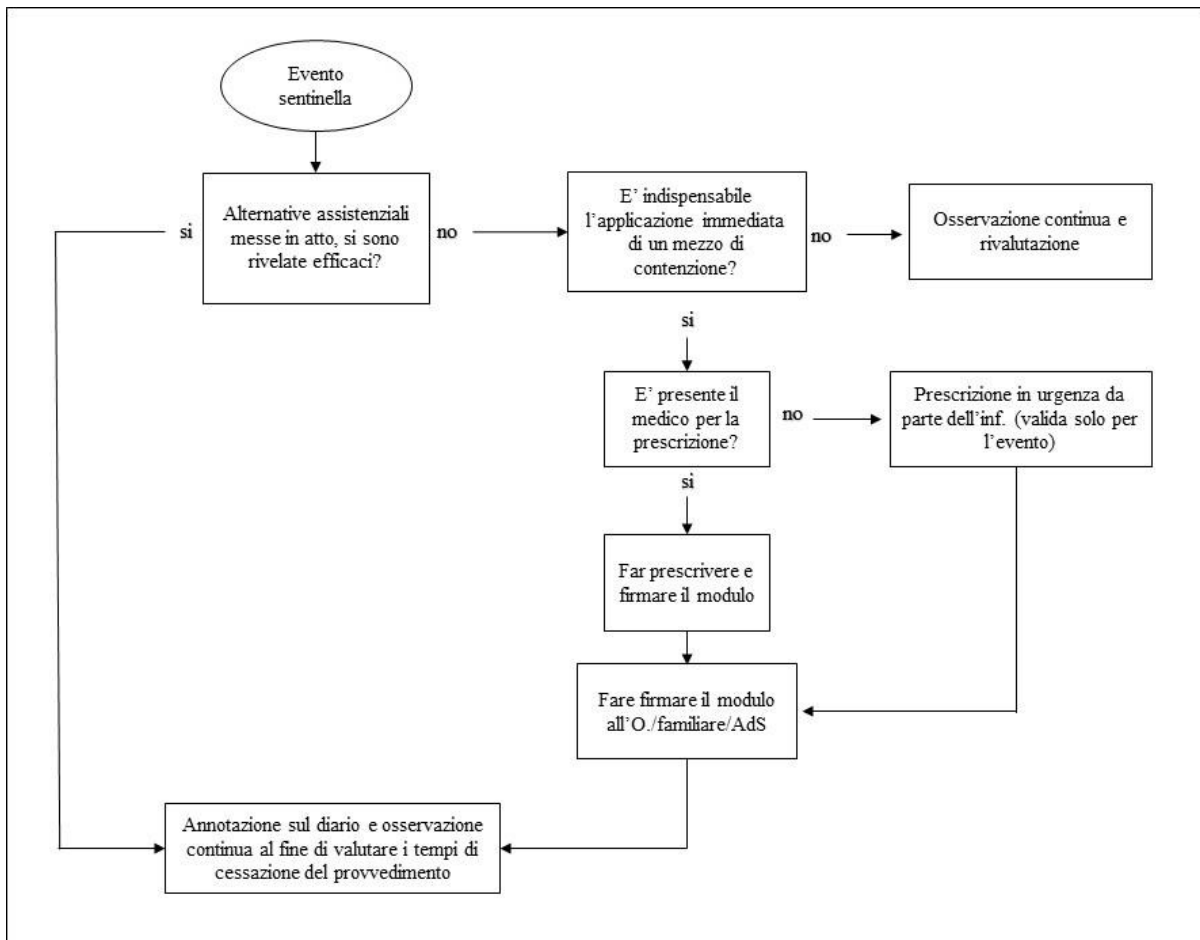



Figura 6. Diagramma di flusso azioni da intraprendere in caso di evento che renda necessario ipotizzare l'utilizzo di mezzi di contenzione.

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 19 di 20

10. COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E FORMAZIONE

All'interno dei piani formativi Aziendali (all. 1), la Rsa garantisce la formazione di tutti il personale in servizio, secondo i diversi livelli di responsabilità.

Sono previsti, inoltre, nella misura di due volte l'anno, incontri di equipe, riguardanti esclusivamente il tema della contenzione e l'applicazione delle misure alternative ad essa.

I familiari/rappresentanti legali degli Ospiti, vengono costantemente aggiornati circa le condizioni dei propri congiunti. La loro partecipazione inoltre è prevista durante la redazione e revisione dei Piani di Assistenza Individualizzati, nell'ambito dei quali viene affrontata anche la programmazione legata alle contenzioni.

11. MONITORAGGIO, VERIFICA E NON CONFORMITA'

Annualmente, al fine di valutare ulteriori misure migliorative, viene effettuato un report degli Ospiti sottoposti a contenzione fisica, utilizzando il sistema di monitoraggio implementato dal Laboratorio MeS della Scuola S. Anna di Pisa.


La verifica delle non conformità relative alla presente procedura è affidata al Coordinamento Infermieristico, che ne risponde direttamente alla Direzione.

12. CONCLUSIONI

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un cambiamento culturale e una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo di assistenza e cura che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro sensatezza e competenza. La riduzione del numero degli Ospiti sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione devono dunque essere imposte come indicatori di qualità dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli Ospiti, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

In conclusione, è fondamentale, pertanto, che ogni professionista sanitario e socio – sanitario tenga sempre presente i principi sotto elencati:

- la prescrizione della contenzione, che deve indicare le ragioni precise, 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;
- la contenzione deve essere motivata da circostanze eccezionali;
- l'adozione dei mezzi di contenzione deve essere immediatamente registrata sui documenti clinico/funzionali, condivisa in équipe e riportata nel PAI;
- la contenzione deve essere fatta con dispositivi appositi e non con mezzi di fortuna;
- le contenzioni non devono essere mai manomesse per aumentarne il potere coercitivo;
- la contenzione deve essere limitata al tempo strettamente necessario e proporzionata alla risoluzione del problema;
- un Ospite sottoposto a contenzione deve essere controllato più volte al giorno da personale addestrato, registrando il piano di sorveglianza;
- si deve garantire la periodica possibilità di movimento ed esercizio, ad esclusione della notte;
- la reiterazione della prescrizione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto;
- la contenzione non va usata a fini punitivi, per comodità dell'équipe o come succedaneo di un attento controllo;
- la contenzione con mezzi meccanici non deve produrre danno al paziente/ospite e deve indurre il minimo disagio possibile;

	PROCEDURA ANALISI CONTENZIONI, INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E MESSA A PUNTO DI UN PIANO DI MIGLIORAMENTO.	RS26	
		Data:15/09/2022	Pag. 20 di 20

- la contenzione deve essere rimossa quando non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta.

13. INDICATORI E MONITORAGGIO

INDICATORE DENOMINATORE	INDICATORE NUMERATORE	VALORE ATTESO
Numero di operatori con almeno 1 corso di formazione effettuato durante gli ultimi due anni solari sul tema della contenzione	Numero di operatori in servizio in struttura con almeno 6 mesi continuativi di servizio	90 %
Svolgimento di audit tra equipe multidisciplinare per casi di contenzione fisica e/o farmacologica nell'anno indice		Almeno 3 verbali audit
Numero di ospiti con contenzione fisica e/o farmacologica	Numero prescrizioni mediche di contenzioni	100 %

Il responsabile del monitoraggio e della verifica sulla corretta applicazione del seguente protocollo è individuato nel Coordinatore Infermieristico, il quale riporta annualmente i dati dei risultati attesi al Direttore.