

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 000725

del 20 MAG. 2022

OGGETTO: "Linee guida per la contenzione dei pazienti"

<p style="text-align: center;">U.O.C. PROPONENTE</p> <p style="text-align: center;">Direzione Sanitaria Aziendale</p> <hr/> <p>Proposta n. <u>35</u> del <u>19/05/2022</u></p> <p><input type="checkbox"/> Non comporta Spese e/o Oneri a carico del Bilancio.</p> <p>Il Responsabile del procedimento Dott.ssa Maria G. Laura Marsala</p> <p>_____</p> <p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Requirez</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p style="text-align: center;">U.O.C. ECONOMICO - FINANZIARIO</p> <p style="text-align: center;">VERIFICA CONTABILE - BILANCIO Esercizio 2022</p> <p>N° Conto economico _____</p> <p>N° Conto Patrimoniale _____</p> <p>Budget assegnato anno 2022 (euro) _____</p> <p>Si riscontra la corretta correlazione tra gli effetti contabili conseguenti alla parte dispositiva del presente atto e i valori economici e/o patrimoniali registrati nell'apposito applicativo amministrativo-contabile di gestione del Budget Aziendale</p> <p style="text-align: center;">STRUTTURA ASSEGNATARIA DI BUDGET</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Scheda BUDGET allegata datata _____</p> <p>Il Responsabile del procedimento _____</p> <p style="text-align: right;">Il Direttore dell'U.O.C. _____</p>
---	---

L'anno duemilaventidue il giorno Venti del mese di Maggio, nei locali della Sede Legale di Piazza Nicola Leotta, 4 Palermo, il Direttore Generale Dott. Roberto Colletti, nominato con D.P. n.195/Serv.1/S.G. del 04/04/2019, assistito da Dott. Paolo V. Vella, quale segretario verbalizzante adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata

19 MAG 2022 

Il Direttore Sanitario Aziendale, Dott. Salvatore Requirez

VISTO il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina, in materia sanitaria, a norma dell'art. della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";

VISTA l'intesa tra Governo, Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;

VISTA la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

PREMESSO CHE all'art. 5 della succitata L. 8 -marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale

DATO ATTO che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali";

RITENUTO necessario elaborare una procedura multidisciplinare di messa in sicurezza del paziente attraverso la contenzione fisica pur intesa quale provvedimento strettamente limitato ai casi in cui tutti gli altri interventi preventivi/alternativi messi in atto o valutati siano risultati inefficaci o inapplicabili, al fine di prevenire l'insorgenza di quei comportamenti che mettano seriamente a rischio l'incolumità del paziente e/o delle persone a lui vicine in quel contesto (altri pazienti, operatori sanitari, visitatori);

PROPONE di

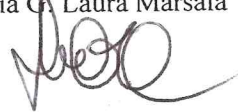
Approvare ed adottare la Procedura "Linee guida per la contenzione dei pazienti" di cui all'allegato "A" del presente atto, costituendone parte integrante e sostanziale,

1. **Dare mandato** alle UU.OO coinvolte nella Procedura di curare l'implementazione dello stesso nella maniera più capillare ed efficace possibile
2. **Disporre** che il presente atto venga notificato, ai Direttori delle UU.OO. Aziendali coinvolte nel percorso nonché al Responsabile dell'U.O. Informatizzazione e Telecomunicazioni ed al Responsabile della UOS Gestione Qualità e Rischio Clinico, per le rispettive competenze;
3. **Munire** il presente atto della immediata esecutività
4. **Dare atto** che il presente Atto non comporta oneri di spesa sul corrente bilancio aziendale

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Salvatore Requirez



Il Resp. U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico
Dott. ssa Maria G. Laura Marsala



19 MAR
2022

Sul presente atto viene espresso

parere favorevole dal

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Paolo Tronca

parere favorevole dal

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Salvatore Requirez

IL DIRETTORE GENERALE

- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto;
- assistito dal segretario verbalizzante,

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Roberto Colletti

Il Segretario verbalizzante

Paolo Vitali



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Linee guida per la contenzione dei pazienti

Rev.0/0

Del 19/05/2022

Pagina 1 di 11

SOMMARIO

Sommario	000725	1
1. Introduzione		2
2. Scopo/Obiettivi.....		2
3. Campo di applicazione		2
4. Definizioni		3
5. Modifiche alle Revisioni precedenti		3
6. Descrizione delle attività		3 - 6
6.1 Classificazione dei mezzi di contenzione fisica		4
6.2 Quando utilizzare i mezzi di contenzione		4
6.3 Prescrizione e attuazione degli interventi contenitivi		5
6.4 Contenzione con particolare riferimento ai pazienti che necessitano di ventilazione non invasiva		6
7. Matrice delle responsabilità ..		7
8. Riferimenti e Allegati		7- 8
9. Indicatori/Parametri di controllo		8
10. Lista di distribuzione		8

Gruppo di Redazione

Direttore UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza Dott. Agostino Geraci, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Dott. Vincenzo Mazzaresse, Dott. Claudio Maiorana SPDC, Dott.ssa Roberta Grassia SPDC, Dirigente Professioni sanitarie ed ostetriche Dott. Francesco Gargano.

Revisione

U.O.S. Qualità e Rischio Clinico Dott.ssa Filomena Randazzo

U.O.S. Qualità e Rischio Clinico Dr.ssa Maria Amato

Verifica

Resp. U.O. Qualità e Rischio Clinico: Dott. Laura Marsala

Approvazione

Direttore Sanitario Dr. Salvatore Requerez



1. Introduzione

Il tema della contenzione fisica dei pazienti ricoverati in ospedale, in quanto atto limitante la libertà della persona, risulta un argomento molto delicato e complesso.

Nel contesto nazionale, in assenza di un'apposita legge, è stata la giurisprudenza a delineare i principi giuridici e le condizioni di liceità e di illiceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione.

A ciò si aggiunge l'obiettivo dei Codici Deontologici di alcune professioni sanitarie, di regolamentare o, più precisamente, di indicare alcuni principi sulla contenzione con accenti e toni diversi.

(Art.32 **Codice di deontologia medica**- Fnomceo, 2014; Art 35 **Nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche** - Fnopi, 2019).

Data la complessità del problema, la contenzione fisica va considerata come un atto di prescrizione medica e deve essere limitata a circostanze eccezionali, deve essere cioè l'ultima ratio dopo aver verificato l'inefficacia di interventi terapeutici alternativi e specifici.

2. Scopo/Obiettivi

2.1 Scopo

Scopo della presente procedura è quello 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 temporaneo alla contenzione. Si è ritenuto pertanto opportuno elaborare un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per analizzare i casi clinici in cui si considera opportuna ed appropriata la pratica della contenzione.

2.2 Obiettivo

La procedura ha l'obiettivo di aiutare gli operatori a muoversi all'interno di questo difficile ambito affinché si possa lavorare per:


- 1.** ridurre il ricorso alla contenzione fisica, riservandola ai soli casi di necessità.
- 2.** aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative, privilegiando sempre la gradualità d'intervento
- 3.** regolamentare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico.

Il personale di assistenza deve essere informato, deve apprendere comportamenti idonei ed il loro mantenimento nel tempo. È doveroso quindi instaurare un processo di vera e propria formazione delle équipe all'uso della contenzione mediante:

- conoscenza giuridica del problema
- presa di coscienza del gesto contenitivo
- cultura della sorveglianza
- conoscenza dei mezzi
- conoscenza delle alternative

3. Campo di Applicazione

La presente procedura è rivolta a tutte le UU.OO. di degenza dell'ARNAS, nonché all' Area di Emergenza, nelle quali vengono assistiti pazienti per i quali può essere prescritta la contenzione, in quanto affetti da stato confusionale ed alterazioni comportamentali e che necessitano di trattamenti terapeutici intensivi e inderogabili.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Linee guida per la contenzione dei pazienti	Rev.0/0 Del 19/05/2022 Pagina 3 di 11
---	--	--

4. Definizioni

Contenzione:

La contenzione può essere definita come un atto sanitario - assistenziale che utilizza mezzi chimici - fisici - ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

Mezzi di contenzione:

Strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Contenzione ambientale:

comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti; fa parte dei provvedimenti di contenzione ambientale ricreare le condizioni ambientali più simili possibile a quelle domestiche comprendendo fra i provvedimenti, ove possibile, la partecipazione di un *care giver* o di un familiare.

Contenzione psicologica, relazionale o emotiva:

prevede ascolto e osservazione empatica, ovvero strumenti che diminuiscono l'escalation aggressiva del paziente poiché soddisfano il bisogno di sicurezza.

Contenzione farmacologica:

si tratta della sedazione farmacologica il cui insuccesso è spesso all'origine della decisione di contenere meccanicamente il paziente.

Contenzione fisica:

per "contenzione fisica" si intende qualsiasi procedura attraverso la quale vengono bloccati fisicamente i movimenti del paziente.

Fryback:

criterio utilizzato per discriminare ciò che è contenzione da ciò che non lo è; risponde alle domande:

- a) Il dispositivo limita il movimento individuale?
- b) L'individuo ha difficoltà a rimuovere il dispositivo?

Se entrambe le risposte sono positive, siamo di fronte a un mezzo di contenzione.


5. Modifiche alle Revisioni precedenti

La presente procedura rappresenta la prima stesura, non esistono versioni precedenti

6. Descrizione delle attività

Premessa

La contenzione è uno strumento pensato per **situazioni straordinarie** e non deve essere impiegata in funzione preventiva rispetto a comportamenti aggressivi, ossia come forma d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza di un pericolo per la vita o per l'incolumità fisica del paziente, e del personale sanitario. Quando però non è assolutamente possibile il coinvolgimento del paziente nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Linee guida per la contenzione dei pazienti	Rev.0/0 Del 19/05/2022 Pagina 4 di 11
---	--	---

Corre onere evidenziare, infatti, che la posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico costituisce espressione dell'obbligo di solidarietà garantito dalla Costituzione, funzione che gli conferisce addirittura l'obbligo giuridico di intervenire sancito dall'art. 40 cp secondo il quale *"non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo"*.

Il riferimento allo **stato di necessità** disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale secondo il quale il medico che abbia applicato la misura di contenzione, (in quanto ha limitato la libertà di movimento di una persona senza il consenso di quest'ultima) non sarà punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

In tali circostanze il medico ha non solo il diritto ma anche il dovere di agire anche in assenza di esplicito consenso in quanto, in caso contrario, potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace.

6.1. CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

I mezzi di contenzione ad oggi disponibili in Azienda, sono i seguenti:


- **Sponde di protezione;**
- **Cavigliere;**
- **Polsiere.**

6.2. QUANDO UTILIZZARE I MEZZI DI CONTENZIONE

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione:

1. in caso di necessità di somministrazione di qualunque forma di terapia o di esecuzione di procedure diagnostiche inderogabili, in caso di rifiuto per patologie mentali o per declino cognitivo;
2. in caso di auto ed eterolesionismo;
3. in caso elevato rischio di caduta come pazienti in stato di incoscienza, nel periodo pre e post sedazione, e/o in caso di trasporto in barella;
4. per mantenere il corretto allineamento posturale in pazienti con deficit psicomotorio che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico;
5. per impedire al paziente/ospite di rimuovere presidi medicali quali cateteri, cannule tracheostomiche, sonde, drenaggi presidi per la somministrazione di O2 terapia (specialmente quando necessari al suo immediato benessere);

Va specificato che la contenzione deve essere applicata per il minor tempo possibile, tenendo conto inoltre che tale pratica non è esente da complicanze per il paziente, quali quelle causate dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica (lacerazione, abrasione o compressione), nonché tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Linee guida per la contenzione dei pazienti	Rev.0/0 Del 19/05/2022 Pagina 5 di 11
---	--	--

6.3. PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure contenitive risulta essere la corretta valutazione multi dimensionale ("assessment") del paziente/ospite.

Al fine della corretta valutazione, è indispensabile che in équipe si ponga attenzione ai seguenti aspetti:

- la valutazione del paziente;
- l'eventuale attuazione di azioni alternative;
- l'esito sul comportamento del paziente/ospite.

Vanno comunque sempre considerate delle strategie di contesto che possano contenere il disagio o il malessere dell'ospite, come ad es fare in modo che il paziente non stia da solo, valutando la possibilità di garantire la presenza dei familiari, caregivers, volontari; creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi; rendere accessibile al paziente il campanello e altro di necessità

Se l'attuazione di tali attività non risulta efficace per l'appropriata gestione del comportamento del paziente, l'infermiere si rivolgerà al medico per valutare la necessità della prescrizione della contenzione; la prescrizione infatti **è competenza del medico e deve indicare:**


1. **MOTIVAZIONE:** le circostanze **eccezionali** che hanno inciso sulla decisione di porre il paziente "in contenzione".
2. **TIPO DI CONTENZIONE:** scelta del tipo di contenzione, caratteristiche e corretta tecnica di applicazione.
3. **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 ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'équipe:** in tal caso, l'indicazione al prolungamento della contenzione può essere valutata anche dall'infermiere, che comunque deve informare il medico di turno di tale scelta, e darne traccia in cartella clinica. La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.

Tali dati vanno riportati nella scheda di contenzione, di cui all'ALLEGATO 1 della presente procedura.

Durante la contenzione la persona va costantemente monitorata dal personale medico ed infermieristico, e laddove possibile è opportuno sottoporre il paziente a monitoraggio multiparametrico. Il controllo deve anche prevedere il monitoraggio delle condizioni cliniche e del corretto posizionamento dei presidi; l'effettuato controllo va documentato con annotazione scritta sul modulo in allegato alla presente (ALLEGATO 2).

Il medico deve monitorare con particolare attenzione il paziente e la decisione di ricorrere alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata. Tale controllo va documentato in cartella clinica.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione degli effetti collaterali diretti ed indiretti della contenzione. In ogni caso gli obiettivi assistenziali perseguibili anche durante la contenzione sono il comfort e il benessere della persona.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Linee guida per la contenzione dei pazienti</p>	<p>Rev.0/0</p> <p>Del 19/05/2022</p> <p>Pagina 6 di 11</p>
---	---	---

6.4. CONTENZIONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI PAZIENTI CHE NECESSITANO DI VENTILAZIONE NON INVASIVA

Con specifico riguardo alla ventilazione non invasiva è opportuno premettere che trattasi di una opportunità terapeutica che ha delle indicazioni ormai consolidate che sottostanno tuttavia a criteri di inclusione e criteri di esclusione, variabili in base al soggetto da trattare, al setting assistenziale ed alla competenza dell'equipe medico-infermieristica, oltre che alla valutazione costante dell'efficacia stessa del trattamento. E' soprattutto una metodica che viene definita come "**finestra di opportunità**" finalizzata ad evitare il trattamento invasivo della ventilazione meccanica mediante IOT, che riconosce in genere una applicazione temporalmente limitata. Soprattutto in setting assistenziali non intensivi, la ventilazione non invasiva è gravata da fallimenti tanto più frequenti, quanto maggiore è la durata della stessa.

Pertanto, la valutazione di uno shift verso metodiche più invasive, ancorchè non auspicabile, diventa in certe condizioni inevitabile.

Ciò premesso, è piuttosto frequente che trial di trattamento con metodiche di ventilazione non invasiva (NIV o NPPV) in maschera o casco, finalizzati a conseguire nel più breve tempo possibile un recupero cognitivo che consenta di ottenere un sufficiente grado di collaborazione da parte del paziente, siano effettuati attuando provvedimenti di contenimento fisico o farmacologico.

Riguardo al contenimento farmacologico mediante la somministrazione di blandi sedativi, certamente preferibile al contenimento fisico, bisogna considerare che esso **può pregiudicare il successo della metodica o favorire il peggioramento di parametri clinici che obbligheranno a virare verso il trattamento invasivo.**

Il contenimento fisico non rappresenta un atto medico e, per quanto possa apparire in certe circostanze l'unica soluzione praticabile, deve essere considerato, in linea di principio, un metodo non compatibile con l'umanizzazione delle cure e con la salvaguardia della dignità del malato e, pertanto, deve essere subordinato ad ogni altro tipo di scelta e di trattamento. Laddove non fosse possibile porre in essere altre scelte, il contenimento fisico deve sottostare ai criteri sotto elencati:

1. **Deve avere i caratteri della temporaneità:** difficilmente oltre le due ore di trattamento, in assenza di sensibili miglioramenti dei parametri clinico - emogasanalitici, è possibile ottenere risultati che giustifichino provvedimenti di contenimento fisico.


2. Il contenimento fisico deve essere motivato da un comprovato stato di necessità e comporta una decisione collegiale da condividere con lo specialista rianimatore oltre che con tutta l'equipe medico-infermieristica

3. Deve essere posto un obiettivo temporale entro il quale raggiungere i risultati clinici attesi ed oltre il quale abbandonare la metodica ventilatoria non invasiva

4. Devono essere indicati il tempo e modalità con cui viene attuato, specificando motivazioni, livello di monitoraggio praticato ed obiettivi terapeutici che si intendono perseguire.

5. Il tutto deve essere dettagliatamente e preventivamente annotato in cartella clinica e, ove possibile, notificato ai familiari

E' indispensabile assumere la consapevolezza che provvedimenti di contenimento di qualsiasi genere comportano un aumento della responsabilità dell'equipe tutta e quindi la necessità di intensificare il livello di vigilanza. Si deve altresì assumere consapevolezza che la responsabilità di ogni trattamento, ancorchè suggerito dai colleghi consulenti, resta in capo al medico che ha in cura il paziente (medico di guardia) con le dovute eccezioni che fanno riferimento a profili o circostanze di palese non competenza o non conoscenza.

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Linee guida per la contenzione dei pazienti	Rev.0/0 Del 19/05/2022 Pagina 7 di 11
--	--	--

7. Matrice delle Responsabilità
--

Figure Responsabili Attività	Medico	Infermiere	OSS	FKT	Caregiver	Paziente
Valutazione dello stato cognitivo e comportamentale del paziente	R	R	C	C	C	I
Valutazione del mezzo contenitivo più appropriato	R	C	I	I	I	I
Registrazione del fascicolo	R	R	R	R	I	I
Prescrizione della contenzione/ fine della contenzione fisica	R	C	C	C	I	I
Controllo e assistenza durante la contenzione fisica dei parametri vitali, dei bisogni primari e di possibili lesioni da mezzi contenitivi	C	R	R	R		I
Controllo periodico della situazione psicopatologica	R	R	R			
Sanificazione dei presidi	I	I	R	I		
Acquisizione del consenso o informazione	R	C				


Legenda

R: Responsabile
C: Coinvolto
I: Informato

8. Riferimenti e Allegati

RIFERIMENTI NORMATIVI

Costituzione Italiana Art. 13
Codice deontologico dell'infermiere
Codice di deontologia medica
Codice penale

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	Linee guida per la contenzione dei pazienti	Rev.0/0 Del 19/05/2022 Pagina 8 di 11
---	--	--

BIBLIOGRAFIA

1. Claudio Bianchin "La contenzione fisica: aspetti medico-legali e procedurali" in Decidere in Medicina, n.1, Febbraio 2013, pag. 75-79
2. Moore K, Haralambous B "Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities" J. Adv. Nurs. N. 58 (6), 2007 Pag. 532-40
3. Codice Penale
4. Codice Deontologico della Professione Infermieristica
5. Codice di Deontologia Medica
6. Manuale degli Standard adottati dalla Joint Commission 2012-2013
7. AA. VV "La contenzione fisica in ospedale, evidence based guidelines" Azienda Ospedaliera, Ospedale Niguarda Ca' Granda, 2008
8. E. Zanetti, B. Bazoli, O. Zanetti,, L. Cerutti, M.G. Rossetti, L. Tosi " Contenzione: una pratica da limitare" L'Infermiere, marzo/aprile, 1998 pag.46-52
9. Benci L.– "Aspetti giuridici della professione infermieristica" - Mc Grow– Hill III edizioni 2002
10. N. Poli, A.M.L. Rossetti "Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica" Nursing Oggi, numero 4, 2001, pag. 58-67.

ALLEGATI

Allegato 1 - Scheda Contenzione

Allegato 2 - Scheda di monitoraggio contenzione

Allegato 3 - Registro Statistico giornaliero della contenzione

9. Indicatori/Parametri di controllo

Num. di prescrizioni di contenimento

= 100%

Num. di provvedimenti contenitivi registrati in cartella clinica

I dati verranno registrati nell'apposito registro della contenzione sul modello dell'allegato 3 "REGISTRO STATISTICO GIORNALIERO DELLA CONTENZIONE "

10. Lista di distribuzione

A tutte le UU.OO. di degenza e all'Area di Emergenza P.O. Civico

 <p data-bbox="311 1444 351 1736">Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p data-bbox="199 907 279 1355" style="text-align: center;">Linee guida per la contenzione dei pazienti</p>	<p data-bbox="151 649 183 750">Rev.0/0</p> <p data-bbox="239 604 271 795">Del 19/05/2022</p> <p data-bbox="303 616 335 795">Pagina 9 di 11</p>
---	--	--

Allegato 1 - SCHEDA CONTENZIONE

DATA DI COMPILAZIONE

Il/La sottoscritto/a dott. _____
 dispone la contenzione per l'ospite signor/a _____ secondo le modalità di seguito riportate.

<p>NOMINATIVO PAZIENTE</p> <p>MOTIVAZIONE DELLA CONTENZIONE</p> <p>Descrizione dettagliata della sintomatologia con particolare riferimento agli aspetti comportamentali per i quali viene decisa la contenzione</p>	<p>.....</p>	<p>LUOGO E DATA DI NASCITA</p> <p>...../...../.....</p>	<p>...../...../.....</p>
<p>ORA INIZIO CONTENZIONE</p>	<p>.....</p>	<p>NOTE</p> <p>Durata prevista della contenzione (non superiore alle 12 ore)</p> <p>.....</p>	
<p>TIPOLOGIA DELLA CONTENZIONE</p>	<p>.....</p>		
<p>NOMINATIVI DI CHI ESEGUE LA CONTENZIONE</p>	<p>.....</p>		
<p>DATA DI ESECUZIONE ECG</p>	<p>...../...../.....</p>	<p>Data prelievo ematico</p>	<p>...../...../.....</p>

N.B. Il presente foglio è firmato da chi dispone la contenzione e dopo che sia stato compilato in tutte le sue voci. La compilazione avviene contestualmente all'avvio della scheda di monitoraggio, anche nei casi di interruzione e successiva ripresa.

FIRMA.....

<p>Motivazione dell'eventuale sospensione anticipata della contenzione</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>
---	--------------

ORA.....

FIRMA MEDICO.....



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Linee guida per la contenzione dei pazienti


Rev.0/0

Del 19/05/2022

Pagina 10 di 11

Allegato 2 - SCHEDA DI MONITORAGGIO CONTENZIONE (escluso uso delle sponde)

PAZIENTE:						
DATA	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
INIZIO CONTENZIONE T ₀ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₁ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₂ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₃ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₄ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₅ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₆ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						
	PA	FC	T	ARTI CONTENUTI		FIRMA
T ₇ ORE:				SUP.SX	SUP.DX	
				INF. SX	INF.DX	
20'	CONTROLLO VISIVO					
40'	CONTROLLO VISIVO					
MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO						

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Linee guida per la contenzione dei pazienti</p>	<p>Rev.0/0</p> <p>Del 19/05/2022</p> <p>Pagina 11 di 11</p>
---	---	---

Allegato 3 - REGISTRO STATISTICO GIORNALIERO DELLA CONTENZIONE

li/...../.....

NOMINATIVO OSPITE.....

DATA DI RICOVERO/...../.....

NOMINATIVO MEDICO CHE HA DISPOSTO LA CONTENZIONE.....

TIPOLOGIA DELLA CONTENZIONE: SPONDE ALTRO

NUMERO TOTALE DEI DEGENTI IN REPARTO.....

FIRMA.....

PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n°30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale è stata pubblicata in formato digitale all'Albo Informatico dell'A.R.N.A.S. a decorrere dal giorno 22 MAG 2022 e che, nei 15 giorni consecutivi successivi:

- Non sono pervenute opposizioni
- Sono pervenute opposizioni da _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

-
-
- Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art. 28 comma, 5 della L.R. n. 2 del 26 marzo 2002 e divenuta

ESECUTIVA

- Per decorrenza del termine di cui alla L.R. n. 30/93 art. 53 comma 6.
- Delibera non soggetta al controllo e, ai sensi della L.R. 30/93 art. 53 comma 7,



IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Estremi riscontro tutorio

Delibera soggetta a controllo

Inviata all'Assessorato Sanità il _____ Prot. n. _____

Si attesta che l'Assessorato Reg. Sanità, esaminata la presente deliberazione

ha pronunciato l'approvazione con atto n. _____ del _____ come da allegato

ha pronunciato l'annullamento con atto n. _____ del _____ come da allegato

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

Notificata in Archivio il _____ Prot. n. _____

Il Responsabile Ufficio Atti Deliberativi
Dott.ssa Paola Vitale

Altre annotazioni
