
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Elvira Amata

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Drago

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Aricò

REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale Sanità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1345 del 30 GIU. 2015

DIREZIONE AA.GG., SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE

Esecutiva: SI _____
Atto sottoposto a controllo: NO _____

OGGETTO: Approvazione "LINEE GUIDA PER LA CONTENZIONE FISICA NELLE STRUTTURE AZIENDALI DELL'ASP DI RAGUSA" predisposte dal Comitato Rischio Clinico con verbale del 16.6.2015.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente copia di deliberazione, ai sensi dell'art. 53, comma n. 2 della L.R. 3/11/1993 n. 30, viene pubblicata nell'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per 15 giorni consecutivi, dal 5 LUG. 2015

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
A.S.P. DI RAGUSA
U.O.C. A.P. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE
Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane
Il Direttore
Avv. Giovanni Tolomeo

IL DIRETTORE DELL'ASST
A.S.P. DI RAGUSA
U.O.C. A.P. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE
Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane
Il Direttore
Avv. Giovanni Tolomeo

Il 30 GIU. 2015, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 201 del 24 giugno 2014, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993, dai Sigg.:

- Dott.ssa Elvira Amata - Direttore Amministrativo
- Dott. Giuseppe Drago - Direttore Sanitario

e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta, quale Segretario verbalizzante, adotta la seguente deliberazione:

La presente copia è conforme all'originale in atti

IL SEGRETARIO

Su proposta della Direzione Affari Generali, sviluppo organizzativo e risorse umane, che con la sottoscrizione da parte del Direttore della Struttura ne attesta la regolarità formale e la legittimità;

PREMESSO che la gestione del rischio clinico, intesa come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili;

CHE l'Azienda, in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale vigente, con le disposizioni regionali e con il proprio Atto Aziendale, ha inteso promuovere il governo clinico quale processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e della salvaguardia di alti standard sanitari, del miglioramento delle performance professionali del personale e per garantire la sicurezza del paziente;

CHE, a tale scopo, considerati gli standard proposti dalla Joint Commission per ridurre il rischio per i pazienti, si ritengono estremamente importanti la elaborazione, redazione, diffusione ed implementazione delle procedure, linee guida e istruzioni operative per i dipartimenti dell'Azienda;

VISTO l'art. 3 – bis del D.L. 13.9.2012, convertito in Legge 8.11.2012 n. 189 in vigore dall'11.11.2012, che prevede che *“Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico”*;

VISTI i seguenti protocolli operativi, predisposti da Comitato per il Rischio Clinico dell'Azienda come da verbale del 16.6.2015, allegati alla presente deliberazione :

- “LINEE GUIDA PER LA CONTENZIONE FISICA NELLE STRUTTURE AZIENDALI DELL'ASP DI RAGUSA”

RITENUTO opportuno che l'Azienda provveda al recepimento con formale atto deliberativo dei predetti protocolli e delle relative modalità operative nonché della modulistica ivi contenuta al fine della generale applicazione degli stessi ;

SENTITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Per i motivi riportati in premessa, che qui si intendono ripetuti e trascritti:

Recepire ed adottare i seguenti protocolli, allegati e parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:


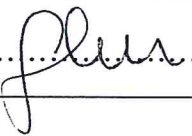
- “LINEE GUIDA PER LA CONTENZIONE FISICA NELLE STRUTTURE AZIENDALI DELL'ASP DI RAGUSA”

Disporre l'obbligo, per le strutture aziendali interessate, della applicazione dei predetti protocolli, delle relative modalità operative e della modulistica ivi contenuta;

Notificare, per l'effetto, copia della presente deliberazione al Risk Manager, per conoscenza e norma e per il seguito di competenza;

Disporre la immediata esecutività del presente provvedimento;

Dare atto che il presente provvedimento non comporta autorizzazione di spesa .

| | | | |
|--|-------------|--|-------|
| Data _____ | | Esercizio _____ | |
| Importo | Autorizzato | Ordine | Conto |
| Visto: Il Direttore del Settore Economico – Finanziario | | Il Contabile | |
|  | |  | |

**LINEE GUIDA PER LA CONTENZIONE FISICA NELLE
STRUTTURE AZIENDALI DELL'ASP DI RAGUSA**

| | | | | |
|-------------|------------------------------|--|--|--|
| | Rev. 00/RM Del 16/06/2015 | Approvata da: Comitato Rischio Clinico | Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Giuseppe Drago | Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò |
| Pag 1 di 29 | | | | |



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Linee guida sulla contenzione nelle strutture Aziendali dell'ASP 7 di Ragusa

Indice

| | |
|--|--------------|
| 1. Background | pag. 3 |
| 2. Obiettivo | pag. 4 |
| 3. Campo di applicazione | pag. 4 |
| 4. Luogo di applicazione | pag. 4 |
| 5. Riferimenti normativi e documentali | pag. 5 |
| 6. Abbreviazioni, definizioni e terminologia | pag. 8 |
| 7. Premessa | pag. 9 |
| 8. Classificazione dei mezzi di contenzione | pag. 10 |
| 9. Quando e come usare utilizzare i mezzi di contenzione | pag. 11 |
| 10. Soggetti a rischio di contenzione | pag. 12 |
| 11. Fattori di rischio estrinseci | pag. 12 |
| 12. Complicanze legate all'uso dei mezzi contenitivi | pag. 13 |
| 13. Valutazione della problematica contenitiva | pag. 14 |
| 14. Prescrizione e attuazione degli interventi contenitivi | pag. 17 |
| Responsabilità | pag. 19 |
| Monitoraggio dell'utente | pag. 19 |
| Rimozione della contenzione fisica | pag. 20 |
| Acquisizione del consenso | pag. 20 |
| 15. Indicatori | pag. 21 |
| 16. Conclusioni | pag. 22 |
| 17. Allegati | pag. 23 - 28 |
| 18. Bibliografia | pag. 29 |

1. BACKGROUND

IL DIRITTO DI POTERSI MUOVERE LIBERAMENTE, inteso come libertà del proprio corpo, è qualcosa di più forte di un diritto, è una condizione necessaria alla vita umana stessa.

Eppure basta una malattia, uno stato mentale alterato da patologie organiche, da alcool o droghe, o semplicemente dall'invecchiamento, perché questo diritto venga messo in discussione.

Spesso in passato la contenzione fisica dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti, in strutture residenziali, ma soprattutto in servizi psichiatrici, è stata pratica comune, con la sola giustificazione che veniva attuata *"per il bene del paziente"*, proprio da coloro che dovrebbero essere garanti della tutela della salute dell'individuo.

L'impiego della contenzione meccanica è giustificata se costituisce risposta proporzionata rispetto all'offesa in concreto minacciata dal paziente. Inoltre, essa deve costituire punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari dissuasivi o impeditivi e finalizzati all'autodeterminazione del paziente, tutti messi in atto senza alcun risultato.

Come ha puntualizzato il Comitato Nazionale per la Bioetica, posto che il paziente psichiatrico ha "diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale", la contenzione può essere praticata "solo in casi eccezionali in mancanza di alternative". "Di fronte a una crisi che appare incontenibile, occorre sempre mettere prima di tutto gli interventi di carattere ambientale (avvicinare o allontanare una persona che può recare sollievo o aumentare la tensione, spostare l'intervento in uno spazio più idoneo o più gradito), relazionale (il tono della propria voce, le cose che si dicono, la presenza o assenza di figure terapeutiche emotivamente significative) e farmacologico (compresa la scelta della via di somministrazione da parte del paziente e) per consentire il suo superamento".



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

2. OBIETTIVO

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, anche temporaneo, alla contenzione fisica.

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 appropriato la pratica della contenzione;
- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato, privilegiando, quando è possibile, il ricorso a misure alternative;
- garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

La creazione di linee guida unitarie, che inseriscano i problemi della contenzione in psichiatria all'interno della tematica più grande delle necessità di contenzione per ogni tipologia di paziente medico-chirurgico, è praticata nell'ottica del superamento dello stigma nei confronti del paziente psichiatrico e della sua pari dignità con chiunque altro paziente.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Queste linee sono destinate a tutti i professionisti operanti nelle strutture residenziali e sanitarie dell'ASP 7 della Provincia di Ragusa e per tutti i pazienti/ospiti che presentano alterazione dello stato di coscienza, dell'apparato locomotore e con disturbi comportamentali.

4. LUOGO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere e residenziali dell'ASP7 di Ragusa.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

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 dell’infermiere

Il codice deontologico dell’infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, recita:

Art. 3: “La responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”.

Art. 30: “L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”.

Codice di deontologia medica

Il codice di deontologia medica del 2014 sancisce, negli artt. 3,13 e 18, i medesimi principi:

Art. 3 - Doveri generali e competenze del medico: “Dovere del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera”.

Art.13 - Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione: “La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull’uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l’applicazione al caso specifico.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.

Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici”.

Art. 18 - Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica: “I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisico della sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona”.

Art. 33 - Informazione e comunicazione con la persona assistita: “Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

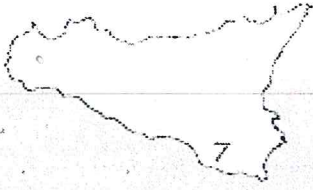
Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria”.

Art. 35 – Consenso e dissenso informato: “L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostico e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Codice e in quelli prevedibilmente gravi da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espressi dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano”.

Art. 51 – Soggetti in stato di limitata libertà personale: ”Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti.

Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge”.

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”.

Art. 591 - Abbandono di persone minori o incapaci: “ Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ove una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Art. 605 – Sequestro di persona: “Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni”.

La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge;*
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni”.*



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Art. 610 – Violazione privata: “Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare, od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni”.

Attualmente nel nostro ordinamento giuridico non c'è nessuna specifica disposizione di legge che disciplini l'uso dei mezzi di contenzione.

6. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Contenzione

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

Mezzi di contenzione

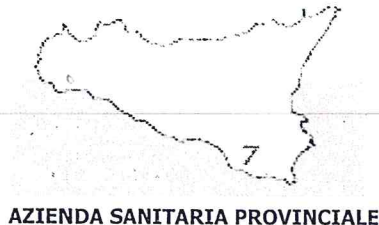
Strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento¹.

Contenzione fisica: per “contenzione fisica” si intende qualsiasi procedura attraverso la quale vengono bloccati fisicamente i movimenti del paziente.

Contenzione meccanica: si parla di “contenzione meccanica” quando vengono utilizzati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti di un paziente.

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

¹ “I percorsi della contenzione, dal caos al metodo”, S.Lucia di Piave, Vega Editore, 1997.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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.

Contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti;

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. PREMESSA

La contenzione è uno strumento pensato per situazioni straordinarie e non deve essere impiegata in funzione preventiva rispetto a comportamenti aggressivi, ossia con forme d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza di un pericolo attuale per la vita e l'incolumità fisica dal personale sanitario o dagli altri ospiti della struttura.

E' bene qui ricordare che una prescrizione, per essere valida, dovrà essere preceduta dal consenso informato.

Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà quindi il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità non potendo prescindere dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo ed avendo quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile.

Nel caso, invece, di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore (art. 33 Codice Deontologica medica).

Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento del paziente nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito.

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



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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, pur avendo compiuto un reato (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.

Perché possa dirsi sussistente lo stato di necessità, e quindi perché il medico che ha applicato la misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente non sia punibile, è però necessario che sussista il cosiddetto principio di proporzionalità.

8. CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

La classificazione dei mezzi di contenzione fisica è la seguente:

1. Mezzi di contenzione per il letto:

- Fasce e cinture applicate all'utente a letto;
- Lenzuolo contentivo;
- Sponde di protezione;

2. 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

3. Mezzi di contenzione per segmenti corporei

- Cavigliere
- Polsiere



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

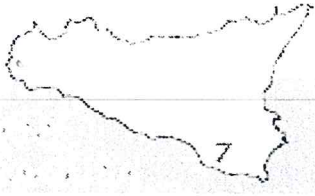
4. Sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione
5. Altri sistemi utilizzati a scopo di contenzione (es. poltrone molto basse, carrozzine frenate contro un tavolo).

9. QUANDO UTILIZZARE I MEZZI DI CONTENZIONE

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione:

1. in situazioni d'emergenza ovvero quando il comportamento del paziente/ospite rappresenti un serio pericolo per sé e/o per altri e l'uso della contenzione si configuri come la scelta migliore;
2. in caso di auto ed eterolesionismo;
3. quando è in pericolo la sicurezza dell'ospite in quanto soggetto a caduta a ogni tentativo di alzarsi o camminare;
4. quando il paziente/ospite è in stato di incoscienza;
5. nel periodo pre e post sedazione;
6. in caso di trasporto in barella;
7. per mantenere il corretto allineamento posturale in pazienti/ospiti con deficit psicomotorio che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico;
8. in casi di somministrazione farmacologica endovenosa qualora non vi sia la piena collaborazione del paziente/ospite;
9. per impedire al paziente/ospite di rimuovere presidi medicali quali cateteri, cannule tracheostomiche, sonde, drenaggi (specialmente quando necessari al suo immediato benessere);
10. in caso di necessità di somministrazione di qualunque forma di terapia, in caso di rifiuto per patologie mentali.

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia; è, indiscutibilmente, un atto medico e dunque vietato al personale di assistenza in assenza di prescrizione medica.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

10. SOGGETTI A RISCHIO DI CONTENZIONE (fattori di rischio intrinseci)

La letteratura riporta che le ragioni per le quali gli operatori sanitari utilizzano più frequentemente la contenzione sono le seguenti:

1. presenza di deterioramento cognitivo;
2. presenza di disorientamento spazio-temporale;
3. presenza di agitazione psico-motoria;
4. riduzione del visus;
5. rischio di caduta;
6. *wandering* (vagabondaggio);
7. interferenza con i trattamenti;
8. rischio di rimozione di *devices* (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica...);
9. comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici;
10. necessità di praticare terapia psicofarmacologica.

11. FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI (ambientali, ergonomici, organizzativo-assistenziali)

1. inadeguato dimensionamento delle stanze di degenza;
2. pavimenti o scale scivolose senza soluzioni antiscivolo o presenza di ostacoli per raggiungere il bagno;
3. carente illuminazione degli ambienti;
4. letti non regolabili in altezza;
5. bagni sprovvisti di supporti per il sollevamento dal WC o per la doccia;
6. ausili per la deambulazione non sottoposti a corretta manutenzione e revisione.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

12. COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI CONTENITIVI

La revisione di Evans² propone di suddividere le lesioni associate a contenzione fisica in due gruppi:

- a) danni diretti: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica (lacerazione, abrasione o compressione);
- b) danni indiretti: tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione etc.).

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione.

Alcuni studi hanno invece chiaramente dimostrato che la contenzione fisica può essere causa diretta di morte.

I potenziali danni legati a un utilizzo scorretto e/o prolungato dei mezzi di contenzione e si dividono in tre categorie:

Traumi meccanici

- Strangolamento
- Asfissia da compressione della gabbia toracica
- Lesione dei tessuti molli superficiali (eritemi, abrasioni, ematomi etc.)
- Lesioni ischemiche e/o nervose (da presidi troppo stretti o applicati non correttamente)

Malattie funzionali e organiche

- Decondizionamento psicofisico
- Incontinenza
- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare
- Aumento dell'osteoporosi
- Effetti collaterali e reazione avverse da farmaci

² Evans D. et al. "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", The Joanna Briggs Institute n. 22, 2002 Adelaide, South Australia.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sindromi della sfera psicosociale

- Stress
- Umiliazione
- Depressione
- Paura e sconforto

La contenzione e il rischio di cadute

La prevenzione delle cadute, che è la principale causa di contenzione, non trova grandi riscontri negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti del tutto la caduta nei soggetti anziani.

In particolare l'uso di mezzi di contenzione non si associa a un numero significativamente più basso di cadute o infortuni in sottogruppi di residenti a rischio di caduta. Questi risultati sostengono la necessità di un approccio individualizzato alla persona anziana istituzionalizzata, per ridurre il rischio di caduta e favorire la mobilità, anziché l'immobilità.

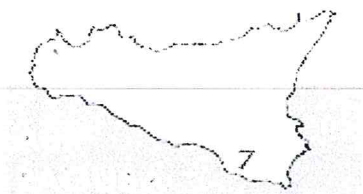
L'utilizzo delle sponde non si associa a una decisa riduzione di cadute dal letto e la loro rimozione, per contro, non è associata ad un aumento di cadute tra gli anziani istituzionalizzati.

In uno studio si è rilevato che la riduzione della contenzione fisica si accompagna a un aumento significativo di cadute prive di conseguenze (nessun trattamento, non abrasioni o tagli, radiografie non necessarie), mentre il numero di cadute con conseguenze più gravi (ematoma, perdita di conoscenza, tagli e ferite da sutura, fratture, ricovero in ospedale, morte) è sostanzialmente sovrapponibile a quello che si verifica in soggetti non sottoposti a contenzione.

Questi risultati suggeriscono che gli anziani continuano a cadere, con o senza l'uso di contenzione fisica, a causa di cambiamenti associati al processo di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti a una caduta.

13. VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICAZIONE CONTENITIVA

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



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Da una revisione sistematica della letteratura, 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.

In letteratura vengono suggerite alcune azioni che possono essere messe in atto per evitare l'utilizzo della contenzione.

Va tuttavia tenuto presente che pochi degli interventi alternativi citati sono stati valutati sistematicamente e per nessuno si dispone di evidenze chiare.

Alterazioni del ciclo sonno veglia

- Ridurre i tempi di allettamento nelle ore diurne
- Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale
- Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva.

Deliri – allucinazioni

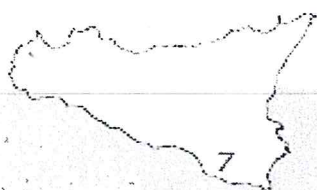
- Non criticare né negare la situazione vissuta dall'ospite
- Evitare di commentare, banalizzare, deridere l'ospite
- Mostrare un atteggiamento empatico.

Trattamenti sanitari

- Controllo frequente dell'ospite/paziente da parte degli operatori
- Chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitario
- Posizionare i presidi sanitari durante il sonno o fuori dal campo visivo dell'ospite
- Vanno comunque sempre considerate delle strategie di contesto che possano contenere il disagio o il malessere dell'ospite.

Compagnia e sorveglianza

- Fare in modo che il paziente/ospite non stia da solo: possono stare con lui il personale, familiari, caregivers, volontari, ciò sarebbe importante soprattutto durante le ore notturne.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Rivalutare la effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel paziente/ospite

- Rimozione di SNG, catetere vescicale, fleboclisi di mantenimento non indispensabili

Modifiche ambientali

- Aumentare l'illuminazione (soffusa e non diretta)
- Mettere il paziente/ospite vicino alla guardiola
- Creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi
- Rendere accessibile al paziente/ospite campanello e altro di necessità
- Letti il più possibile bassi o regolabili in altezza
- Accessi camuffati/facilitati a seconda delle necessità.
- Percorsi circolari

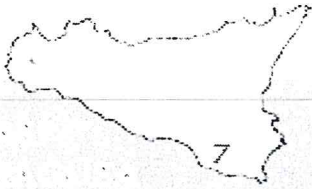
Diversivi ed attività mentali

- Fornire al paziente/ospite attività per intrattenerlo (lettura di giornali, TV, radio, giochi, attività varie)
- Attività occupazionali individuali e/o di gruppo

Al fine della corretta valutazione, è indispensabile che in équipe si discuta e nel FASAS vengano registrati:

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

Se l'attuazione di tali attività non risulta efficace per l'appropriata gestione del comportamento del paziente/ospite, l'infermiere si rivolgerà al medico per valutare la necessità della prescrizione della contenzione.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

14. PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI

Per quanto concerne la responsabilità, essendo la contenzione assimilabile a una pratica terapeutica, l'infermiere può contenere soltanto se esiste una prescrizione medica rispondente alle seguenti regole:

- registrazione nell'apposito modulo che diventa parte integrante della cartella clinica con l'indicazione della:
 - motivazione circostanziata;
 - durata del trattamento o della sua rivalutazione previa verifica;
 - tipo di contenzione e modalità da utilizzare (solo polsi, polsi e caviglie, ecc.).

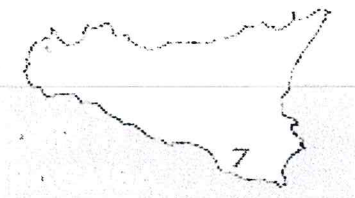
La comunicazione, in tema di responsabilità, costituisce però parte integrante del trattamento: richiede autenticità, uniformità di linguaggio, lavoro di équipe, empatia; è un valido mezzo preventivo contro le azioni giudiziarie.

La decisione di porre un paziente in contenzione deve essere riportata sulla documentazione clinica (cartella medica ed infermieristica) del paziente: la prescrizione è competenza del medico.

La prescrizione 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. La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.

All'atto della contenzione, il medico deve assicurarsi delle condizioni cliniche del paziente e deve provvedere a richiedere ogni esame necessario alla sua tutela (esami clinici, ECG/visita cardiologica). Tali esami devono essere considerati urgenti indipendentemente dalla condizione



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

clinica del paziente. Ciò anche in relazione al particolare stress cui è sottoposto il paziente e al fatto che la contenzione è più frequente nei pazienti che vengono ricoverati in TSO (quindi situazioni di urgenza in cui non sempre è possibile avere notizie precise sull'anamnesi del paziente ed è necessario procedere ad una sedazione rapida).

Durante la contenzione la persona va costantemente monitorata dal personale infermieristico. Il controllo deve anche prevedere il monitoraggio delle condizioni cliniche e del corretto posizionamento dei presidi; l'effettuato controllo va documentato con annotazione scritta sulla cartella clinica infermieristica.

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.

I dati relativi alla contenzione devono essere riportati in ordine cronologico in un *apposito registro* predisposto dal responsabile del reparto e devono essere elaborati in statistiche mensili, accessibili a tutto lo staff, per evidenziare tempi, tipo, causa delle contenzioni attuate. Tali statistiche devono essere oggetto di specifiche riunioni d'équipe.

La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione – e quindi delle linee guida - implica la valutazione della condotta di “tutti” i soggetti coinvolti nell'assistenza (art.110 C.p.).



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Schema delle responsabilità

| ATTIVITA' | | MEDI CO | INFER MIER E | OSS/ ASA | F.K.T | CARE GIVER | PAZIENTE OSPITE |
|--|---------------|------------|--------------------|-------------|-------|---------------|--------------------|
| Valutazione problematica | della | R | R | C | C | C | I |
| Prescrizione contenzione | della | R*(1) | C | I | I | I | I |
| Registrazione fascicolo | del | R | R | R | R | I | I |
| Attuazione contenzione | della *(3) | I | R *(2) | C | C | I | I |
| Monitoraggio paziente/ospite | del | R | R | R | R | I | I |
| Sanificazione presidi | dei | I | I | R | I | - | - |
| Acquisizione consenso informazione | del o | R | C | - | - | - | - |

R= Responsabile; C= Collabora; I= Informato

**(1) In particolari situazioni di emergenza ed in assenza dei medici, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione meccanica. Questa decisione dovrà essere valutata immediatamente dopo dal medico.*

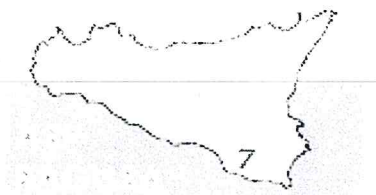
**(2) in caso di insufficienza del personale che attua la contenzione, al fine di garantire la sicurezza del paziente e degli operatori, si può fare ricorso ad altri operatori del presidio previa richiesta alla Direzione Sanitaria di Presidio.*

**(3) qualora fosse messa a rischio l'incolumità dei pazienti e del personale (possesso di armi proprie e/o improprie ecc.) si può fare ricorso all'intervento delle Forze dell'ordine.*

Monitoraggio dell'utente

Durante il periodo di contenzione il paziente/ospite deve essere tenuto il più possibile sotto osservazione e controllo e deve essergli garantita la possibilità di movimento ed esercizio per almeno 10 minuti ogni 2/3 ore, salvo la notte.

L'attività di monitoraggio è indispensabile per verificare il corretto posizionamento dei mezzi contentivi e prevenire eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, come



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

abrasioni, edemi agli arti inferiori, ematomi o lesioni da decubito e deve essere effettuata dal personale sanitario almeno ogni 4 ore; inoltre un costante monitoraggio consente di valutare frequentemente il comportamento del paziente/ospite e quindi se l'intervento contenitivo si renda ancora indispensabile.

Comfort e sicurezza del paziente devono sempre essere perseguiti durante il periodo di contenzione: qualora durante il monitoraggio si rilevi la presenza di effetti dannosi da questa causati, è indispensabile che la contenzione venga interrotta e che venga contattato il medico.

Rimozione della contenzione fisica

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 la rimozione della contenzione venga registrata nella cartella clinica ed infermieristica.

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/ospite, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un ulteriore intervento contenitivo, rivedendo le motivazioni, i mezzi, le azioni, la tempistica e gli obiettivi.

Acquisizione del consenso

I familiari dei pazienti/ospiti possono tendere a considerare il mezzo contenitivo come una possibilità di evitare cadute e conseguenti danni; la proposta di toglierlo è talora vissuta come mancanza di assistenza. La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica in RSA¹.

Al contrario talvolta la contenzione intesa come "protezione" è contestata poiché vista come un'eccessiva e coercitiva restrizione dei movimenti e della libertà.

Può quindi risultare efficace un colloquio con il familiare referente non appena si sia deciso di contenere il congiunto, dove illustrarne i motivi e le modalità di somministrazione e monitoraggio.

L'acquisizione del consenso è quindi di particolare importanza; purtroppo spesso il paziente/ospite non è in grado di esprimere validamente il proprio parere; in questo caso, se



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

nominato, va interessato il legale rappresentante (es. Amministratore di Sostegno) o, in sua assenza, il familiare referente; non avendo però il familiare piena capacità giuridica, si consiglia in quest'ultimo caso di proporre la nomina di un Amministratore di Sostegno.

Per il paziente con patologia psichiatrica che necessita di contenimento per la terapia o per il controllo di manifestazioni comportamentali, il consenso va sempre ricercato, ma non va considerato indispensabile, così come anche per i familiari il consenso va sostituito con l'informazione. Va ricordato che il paziente in TSO ha la nomina di un giudice tutelare per la durata del provvedimento. In ogni caso, quando esiste una prova e motivata esigenza terapeutica a tutela della incolumità del paziente e/o di terzi, si può fare riferimento all'art.45 c.p. (Stato di necessità).

15. INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

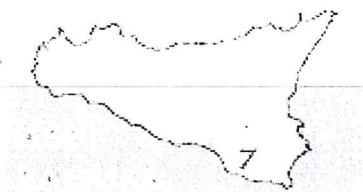
Al fine di conoscere l'entità del fenomeno nelle strutture residenziali e semi residenziali dell'ASP 7 di Ragusa, le U.O. che dovessero utilizzare strumenti contenitivi in coerenza alla presenti linee guida, invieranno trimestralmente dei reports al Risk Management Aziendale, indicando il valore degli indicatori sotto-elencati.

| | |
|--------------|---|
| Indicatore | Prescrizione e registrazione azioni di contenimento |
| Numeratore | N. di prescrizioni di contenimento |
| Denominatore | N. di provvedimenti contenitivi registrati |
| Monitoraggio | U.O. Qualità e Rischio Clinico |

Prevalenza di contenzione = [(N° di ospiti con contenzione di qualsiasi tipo nel trimestre, comprese sponde di protezione) / (ospiti ricoverati nel trimestre di rilevazione)] x 100

Prevalenza di sponde di protezione = [(N° di ospiti con sponde di protezione) / (ospiti ricoverati nel trimestre)] x 100

Prevalenza di altra contenzione = [(N° di ospiti con contenzione diversa dalle sponde di protezione) / (ospiti ricoverati nel trimestre)] x 100



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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

16. CONCLUSIONI

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un cambiamento culturale, basato più sul metodo di cura che sulla speranza di nuove tecnologie.

E' una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro intelligenza e competenza.

La riduzione del numero delle contenzioni e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita dei pazienti, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

Ricordare che la contenzione è da ritenersi la risultante del fallimento di ogni mediazione posta in atto prima, quale tentativo non correttivo, di ottenere l'adesione/ascolto del soggetto, al trattamento curativo/assistenziale.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ALLEGATO 2

SCHEDA DI MONITORAGGIO CONTENZIONE (*escluso uso delle sponde*)

PAZIENTE:

| DATA | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
|---------------------|------------------|----|---|----------------|--------|-------|
| INIZIO CONTENZIONE | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| T ₀ ORE: | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₁ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₂ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₃ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₄ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₅ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₆ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| | PA | FC | T | ARTI CONTENUTI | | FIRMA |
| T ₇ ORE: | | | | SUP.SX | SUP.DX | |
| | | | | INF. SX | INF.DX | |
| 15' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 30' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |
| 45' | CONTROLLO VISIVO | | | | | |

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data _____

Cognome e nome del paziente/ospite

Il/la sottoscritto/a

nella sua qualità di³

_____ del

paziente/ospite informato/a dal medico dott. _____

sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

| Presidio | Data inizio | Ora di utilizzo |
|----------|-------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

al fine di

reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti.

Dichiaro di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-disciplinare ha attuato, in "scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, la correzione e la rimozione di tutte le cause di impropria applicazione.

Firma utente/ rappresentante legale _____

Firma del medico _____

³ Specificare (amministratore di sostegno, tutore, curatore, familiare di riferimento, etc.)



ALLEGATO 4

REGISTRO STATISTICO GIORNALIERO DELLA CONTENZIONE

___/___/___

NOMINATIVO OSPITE _____

DATA DI RICOVERO ___/___/___

NOMINATIVO MEDICO CHE HA DISPOSTO LA CONTENZIONE _____

TIPOLOGIA DELLA CONTENZIONE: SPONDE ALTRO

NUMERO TOTALE DEI DEGENTI IN REPARTO _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ALLEGATO 5

SCHEDA INFORMAZIONE CONTENZIONE

Il/la sottoscritto/a signor/a _____ ricoverato/a presso
_____ oppure in qualità di parente _____
(specificare il grado) del/la signor/a _____ ricoverato/a presso

DICHIARA

di essere stato informato/a dell'avvenuta contenzione secondo le linee guida dell'ASP7 di Ragusa.

Data _____

Firma

Firma del medico che ha fornito le informazioni

SCHEDA INFORMAZIONE CONTENZIONE

Il/la sottoscritto/a signor/a _____ ricoverato/a presso
_____ oppure in qualità di parente _____
(specificare il grado) del/la signor/a _____ ricoverato/a presso

DICHIARA

di essere stato informato/a dell'utilizzo delle sponde per la prevenzione delle cadute secondo le linee guida dell'ASP7 di Ragusa.

Data _____

Firma

Firma del medico che ha fornito le informazioni



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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 (approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ispasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009)*
5. *Codice di Deontologia Medica (approvato il 12 dicembre 2006 dal Consiglio Nazionale della Federazione dei Medici e degli Odontoiatri italiani -FNOMCeO-)*
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

