PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO DIRETTORE DOTT. M. MELLACINA	VERS. 2 01.10.2022	Pag.1 di 26

PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
01.10.2022	Direttore F.F. UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera *Dott.ssa. R. BIAGGI* Responsabile A.r.O.p. Qualità e Sicurezza delle cure *Dott. R. MASIERO* CPSI *Dott. E. MATTEI* CPSI *Dott.ssa F. PANNICO*	Dirigente Medico Legale *Dott.ssa A. RIZZO*	Direttore UOC Rischio Clinico *Dr. M. MELLACINA*	1 Anno

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
		X		

Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione	Riunioni
	X		X

Gruppo di lavoro

Dott. M. Del Sole
Dott. E. MATTEI
Dott.ssa F. PANNICO

Coordinato da

Responsabile A.r.O.p. Qualità e sicurezza delle cure
Dott. R. Masiero

La UOC Rischio Clinico è referente della implementazione della procedura.

Sommario

1. PREMESSA 4
2. SCOPO 4
3. NORMATIVA DEONTOLOGICA E GIURIDICA 5
3.1 *Normativa Giuridica* 5
3.2.1 Codice di Deontologia Medica 7
3.2.2 Codice Deontologico degli Infermieri 7
4. CAMPO DI APPLICAZIONE 8
5. DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA 10
6. ABBREVIAZIONI 11
7. MATRICE DI RESPONSABILITÀ 12
8. MODALITÀ OPERATIVE 13
8.1 Valutazione prescrittiva 13
8.2 Prescrizione della contenzione 14
8.2.1 Indicatori clinici per la contenzione 14
8.3 Attuazione della contenzione 15
8.3.1 Mezzi di contenzione 15
8.3.2 Modalità di richiesta fasce di contenzione 15
8.3.4 Applicazione delle contenzioni 17
8.4 Rivalutazione del paziente 18
9. COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA 19
10. SPECIFICHE AVVERTENZE 20
11. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI. 21

1. PREMESSA

Il tema della contenzione fisica dei pazienti è sempre al centro di un dibattito in cui la ricerca della sicurezza del paziente è minata da erronea interpretazione di tale strumento.

Questa procedura vuole definire la contenzione fisica ed offrire un indirizzo operativo per i sanitari.

È opportuno sottolineare che, oltre al problema della limitazione della libertà dell'individuo, la contenzione può provocare conseguenze negative sul paziente come: declino di alcune funzioni fisiche e psichiche, lesioni procuratesi nel tentativo di liberarsi, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolari, peggioramento dell'osteoporosi, facilitazione alle infezioni nosocomiali, incontinenza urinaria e fecale, sentimenti di umiliazione, demoralizzazione, paura e sconforto.

Alla luce della complessità del problema, la contenzione fisica è un atto di prescrizione medica e deve essere limitata a circostanze eccezionali ovvero essere l'ultima ratio dopo aver verificato l'inefficacia di interventi terapeutici alternativi e specifici.

2. SCOPO

Obiettivo della procedura è la regolamentare la pratica della contenzione fisica dei pazienti ricoverati presso le diverse UU.OO. ed aiutare gli operatori sanitari al fine di:

1) ridurre il ricorso alla contenzione fisica;
2) aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative;
3) regolamentare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico.

Il personale sanitario deve essere quindi formato con strumenti orientati a offrire:

- conoscenza giuridica del problema;
- presa di coscienza del gesto contenitivo;
- cultura della sorveglianza;

- conoscenza degli idonei presidi;
- conoscenza delle alternative qualora i presidi previsti non fossero temporaneamente presenti nella UOC.

Inoltre vengono inquadrati i momenti:

A. fase decisionale: viene prescritta la contenzione, le modalità operative, ovvero in che termini viene applicata la contenzione;

B. controllo: conferma il proseguimento della contenzione o ne determina la sospensione;

C. prescrizione ed attuazione della pratica contenitiva: deve avvenire nel rispetto delle normative vigenti e delle evidenze scientifiche.

Si ricorda che il ricorso alla contenzione fisica deve essere considerato un provvedimento eccezionale, proporzionato alla gravità della condizione e limitato esclusivamente ai casi in cui il ricorso a metodi alternativi è risultato inefficace.

L'unico obiettivo è la prevenzione di comportamenti pericolosi per il paziente stesso e per le persone nelle sue vicinanze (operatori sanitari, figure di supporto, pazienti *etc*.).

3. NORMATIVA DEONTOLOGICA E GIURIDICA

La contenzione fisica è un atto limitante la libertà di un individuo che deve essere posto in essere in casi specifici ed in assenza di valide alternative, con la finalità della tutela della vita e/o della salute della persona.

3.1 *Normativa Giuridica*

- Art.13 della Costituzione Italiana "*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 della Cost "*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*".
- Art. 40 comma 2 C.P. "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*".
- Art.51 C.P. "*L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità*".
- Art.54 C.P. "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*".
- Art. 572 C.P. "*Il delitto di maltrattamenti ……..punisce le condotte reiterate nel tempo, che siano volontariamente lesive dell'integrità fisica, della libertà o del decoro, oppure degradanti, fisicamente o moralmente, realizzate nei confronti di una persona….che sia sottoposta all'autorità del soggetto agente o sia a lui affidata*".
- Art. 589 C.P. "*Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni*".
- Art. 605 C.P. "*Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni*".

3.2 Normativa Deontologica

A sostegno del personale sanitario e a tutela dello stesso e del paziente, interviene il Codice Deontologico, che in un certo senso si pone a garante di diritti inviolabili e guida di comportamenti rispettosi di etica e morale.

3.2.1 Codice di Deontologia Medica

- Articolo 3 – Doveri del medico: "*Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana. […]*".
- Articolo 18 – Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica: "*I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica 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*".
- Articolo 51 – Obblighi del medico: "*Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi alle sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge*".

3.2.2 Codice Deontologico degli Infermieri

- Articolo 1: "*L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica*" .

- Articolo 2: "*L'assistenza infermieristica è servizio alla persona ed alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnicoscientifica, gestionale,relazionale ed educativa*" .
- Articolo 3: "*La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona […]* ".

- Articolo 7: "*L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse […*]".
- Articolo 8 : "*L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi arante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito*".
- Articolo 9: "*L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere*".
- Articolo 29: "*L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio*".
- Articolo 30: "*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.*".
- Articolo 33: "*L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente*".
- Articolo 34: "*L'infermiere si adopera per prevenire e contrastare il dolore ed allevia la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari*".

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La Procedura è destinata ad essere applicata in tutte le UU.OO., con particolare interesse per i pazienti con decadimento cognitivo e/o alterazioni del comportamento:

- atteggiamenti auto/etero aggressivi;
- impossibilità allo svolgimento dell'iter diagnostico-terapeutico;
- soggetti il cui comportamento renda impossibile somministrare terapie necessarie/salvavita per dislocazione ripetuta di presidi quali cateteri venosi, cateteri vescicali, maschere per l'ossigeno *etc*.

Si sottolinea che la contenzione non rappresenta mai una soluzione a problematiche di natura diversa da quelle sopra elencate e mai senza prima valutare alternative di natura diversa, per cui ne è vietato l'utilizzo:

- oltre il tempo necessario, qualora non sussista più la motivazione primaria per cui se ne rendeva necessario il ricorso;
- con mezzi di contenzione fisica non proporzionali allo stato di necessità del paziente;
- in sostituzione alla sorveglianza clinica;
- per sopperire a carenze di tipo organizzativo (mancanza di personale/numero eccessivo di pazienti in rapporto al personale);
- come atto routinario.

5. DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Per *contenzione* si intende un atto sanitario-assistenziale esplicato attraverso mezzi fisici, chimici o ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante, con l'obiettivo di limitare la motilità di un soggetto.
Esistono dunque differenti tipologie di contenzione, che sono:

- *fisica*: comporta l'uso di presidi, posizionati sulla persona o utilizzati come barriere ambientali, che riducono o controllano i movimenti;
- *chimica*: operata tramite l'uso di farmaci per controllare il comportamento del paziente e/o limitarne la libertà di movimento;
- *ambientale*: consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti (ad esempio, tenere le porte del reparto chiuse a chiave e le sbarre sulle finestre;
- *relazionale o emotiva*: comprende interventi di ascolto e di relazione empatica con il paziente, applicando tecniche di comunicazione per ridurre l'aggressività del paziente.

I dispositivi di contenzione fisica sono strumenti creati per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentire il trattamento, l'esame clinico o la protezione.
Invece non rappresentano mezzi di contenzione:

- dispositivi di allarme alle porte o al letto;
- dispositivi per il corretto posizionamento su letti radiologici o operatori;
- gessi ortopedici;
- sponde da letto non complete;
- letti pediatrici;
- dispositivi previsti per la sicurezza del paziente in fase riabilitativa.

6. ABBREVIAZIONI

DGE	**Direzione Generale**
DMO	**Direzione Medica Ospedaliera**
DUO	**Direzione di Unità Operativa**
TSO	**Trattamento Sanitario Obbligatorio**
UU.OO.	**Unità Operative**
UOGR	**Unità operativa Gestione del Rischio**
UOC	**Unità operativa complessa**
CSM	**Centro di salute mentale**
CPSE	**Coordinatore Infermieristico**
CPSI	**Infermiere**
CP	**Codice Penale**

7. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	DUO	MEDICO	CPSE	CPSI	UOGR
Valutazione dello stato cognitivo e comportamentale del paziente	C	**R**	**I**	**C**	
Valutazione del mezzo contenitivo più appropriato	**C**	**R**	**C**	**C**	**I**
Prescrizione della contenzione fisica	**I**	**R**	**C**	**C**	
Applicazione del mezzo contenitivo		**R**	**I**	**R**	
Controllo e assistenza durante la contenzione fisica dei parametri vitali, dei bisogni primari e di possibili lesioni da mezzi contenitivi		**C**	**R**	**R**	
Controllo periodico della situazione psicopatologica		**R**	**R**	**R**	
Fine della prescrizione	**I**	**R**	**I**	**C**	
Verifica della presenza delle contenzioni nella UOC	**I**	**I**	**R**	**C**	
Verifica del rispetto della procedura	**R**	**R**	**R**	**C**	**I**
Compilazione della scheda di prescrizione	**I**	**R**	**I**	**C**	

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

8. MODALITÀ OPERATIVE

Quando il medico valuta la necessità di prescrivere la contenzione fisica di un paziente, deve tenere in considerazione le seguenti fasi:

- valutazione degli elementi che determinano la scelta della contenzione fisica;
- prescrizione della contenzione;
- attuazione della contenzione;
- rivalutazione clinica del paziente.

8.1 Valutazione prescrittiva

Prima di ricorrere alla contenzione fisica è necessario valutare se sussistono dei fattori che incidono sullo stato di agitazione del paziente, quali fattori ambientali, temporali, legati al dolore *etc*.; quindi, eliminati o modificati i suddetti fattori, se i comportamenti lesivi/aggressivi del paziente proseguono nonostante i tentativi fatti per eliminarli, allora è possibile ricorrere alla contenzione fisica.

Dunque il ricorso alla contenzione fisica è legittimato quando altre soluzioni si dimostrino non applicabili ed essa si configuri come pratica indispensabile al proseguimento delle attività assistenziali.

Nell'ambito della prevenzione all'utilizzo della contenzione nelle persone con disturbi comportamentali occorre:

- valutare la capacità motoria;
- predisporre l'ambiente in modo confortevole con adeguata illuminazione, eliminazione dei rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi;
- individuare e prevenire situazioni a rischio per l'insorgenza dell'episodio aggressivo, quali l'intolleranza ambientale o interpersonale;
- allontanare la persona dal presunto evento scatenante;
- attuare strategie relazionali con la persona;

- richiedere (dove è possibile) la collaborazione di persone significative (familiari ecc..);
- evidenziare cambiamenti dell'umore, comportamentali e la presenza di richieste incongrue.

8.2 Prescrizione della contenzione

La prescrizione della contenzione rappresenta un atto medico; disposta la contenzione, il medico è tenuto ad informare il paziente o il suo rappresentante legale, unitamente ai familiari, della decisione presa, salvo casi di urgenza indifferibile che richiedano un intervento immediato.

8.2.1 Indicatori clinici per la contenzione

- comportamenti autoaggressivi;
- comportamenti eteroaggressivi;
- oppositività/rifiuto nei confronti di terapie ed esami di fondamentale importanza per la salute del paziente;
- agitazione psicomotoria da intossicazione da sostanze (v. p. es. delirium tremens);
- confusione e/o delirium, con rischio di per l'incolumità fisica.

In situazioni di estrema necessità e in assenza del medico, l'infermiere può mettere in atto la contenzione di propria iniziativa, informando il medico appena possibile.
La prescrizione deve essere riportata in cartella clinica (con annotazioni delle ragioni che ne hanno reso necessario il ricorso, il periodo di contenzione ed il tipo di presidio utilizzato), nella cartella infermieristica e nell'apposito modello (Allegato 1); la prescrizione è sottoposta a rivalutazione ogni 24 ore.

Compito del personale infermieristico è quello di monitorare il paziente durante il periodo di contenzione per rilevare eventuali eventi avversi ed il corretto posizionamento delle contenzioni (Allegato 2).

8.3 Attuazione della contenzione

Il posizionamento dei mezzi di contenzione ed il monitoraggio del paziente contenuto sono responsabilità del CPSI, che può avvalersi dell'aiuto del personale di supporto; prima di applicare i mezzi di contenzione, deve spiegare al paziente cosa si sta facendo, se questi è nelle condizioni di comprendere.

8.3.1 Mezzi di contenzione

I presidi di contenzione fisica in uso nelle UU.OO. sono:

- fasce di immobilizzazione per polsi e caviglie: è un sistema monouso di immobilizzazione di polsi e caviglie del paziente a letto o in barella.

Il dispositivo è provvisto di un doppio sistema di apertura/chiusura:

1) il primo centrale imbottito, con chiusura possibilmente in velcro, con un anello che ne impedisca lo scivolamento sulla cute;
2) il secondo è costituito dalle cinghie di ancoraggio.

Le contenzioni sono costituite da materiale anallergico, traspirante, resistente ed ignifugo, in velcro con imbottitura in poliuretano/gomma; le cinghie di ancoraggio in nylon o poliestere.

8.3.2 Modalità di richiesta fasce di contenzione

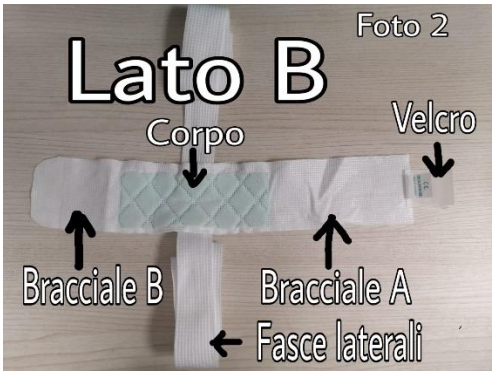
Il CPSE, abilitato a tale funzione, provvede alla richiesta delle fasce di contenzione nel seguente modo:

1) accesso alla sezione AREAS;
2) entrare in LOGISTICA, quindi MAGAZZINO/RICEVIMENTI;

3) entrare in GESTIONE PROPOSTE e procedere alla proposta di acquisto delle fasce di contenzione con CODICE 437703, ordinando il quantitativo necessario.

8.3.3 *Descrizione delle fasce di contenzione*

✓ Foto 1: il lato che andrà a diretto contatto con la cute del paziente; su di esso, prendono inserzione le fasce laterali di ancoraggio.

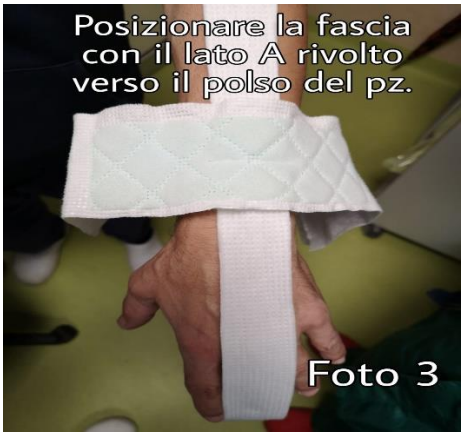


✓ Foto 2: il lato esterno della fascia, in cui si distinguono:

- CORPO: costituito dalla parte centrale (in verde) in cui è presente l'imbottitura
- BRACCIALE B e BRACCIALE A: prolungamenti del corpo
- VELCRO: elemento di chiusura posto al termine del bracciale A
- FASCE LATERALI: necessarie per l'ancoraggio della fascia al letto/barella del paziente.

8.3.4 Applicazione delle contenzioni

È fondamentale che le fasce di contenzione non siano troppo strette e che vengano fissate al letto in modo da consentire al paziente un limitato grado di movimento.



- ✓ Foto 3: posizionare la fascia con il lato A rivolto verso il polso e/o la caviglia del paziente.

- ✓ Foto 4: avvolgere prima il bracciale B, poi il bracciale A.

- ✓ Foto 5: chiudere con l'apposito elemento in velcro.

- ✓ Foto 6: il corpo della fascia appare chiuso su sé stesso a formare un unico bracciale, da cui fuoriescono inferiormente e superiormente le due fasce laterali

- ✓ Foto 7: tirare le fasce laterali ed ancorarle al letto/barella del paziente

8.4 Rivalutazione del paziente

L'obbligo di assistenza e di monitoraggio del paziente sottoposto a contenzione fisica, previsto dai codici deontologici medico ed infermieristico, raccomanda che durante la contenzione il paziente venga osservato e rivalutato frequentemente al fine di ridurre la durata del periodo contenitivo. Occorre quindi una attenta osservazione ed una valutazione periodica (ogni due ore) di ogni singolo caso, da parte dell'équipe medico – infermieristica, che prevede:

- monitoraggio dei parametri vitali;
- valutazione dell'orientamento spazio-temporale;

- verifica del corretto posizionamento dei presidi contenitivi, della motilità e della sensibilità delle estremità legate;
- valutazione dei bisogni assistenziali.

Il medico definisce il periodo di contenzione e, laddove ritenga che siano cessate le motivazioni che ne avevano reso necessario l'utilizzo, ne dispone la sospensione.

Ogni fase sopra descritta deve essere riportata sia in cartella clinica sia in cartella infermieristica.

9. COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

È possibile suddividere le complicanze legate all'uso di mezzi di contenzione fisica in due tipologie:

- danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione sul segmento corporeo cui è applicato (lacerazione, abrasione, compressione);
- danni indiretti ossia tutti i possibili danni provocati dall'immobilità (lesioni da pressione, prolungamento dell'ospedalizzazione).

È inoltre possibile ascrivere a tre diverse categorie i danni causati da un uso scorretto/prolungato dei mezzi di contenzione fisica:

1) traumi meccanici: strangolamento, asfissia, lesioni dei tessuti molli superficiali, lesioni ischemiche e/o nervose, distrazioni tendineo-articolari;
2) malattie funzionali e organiche: incontinenza, infezioni, lesioni da pressione, aumento dell'osteoporosi, diminuzione di massa e tono muscolare, fenomeni trombotici;
3) comportamentali e psicologici: stress, confusione, agitazione, ansia, paura, rabbia, aggressività.

10. SPECIFICHE AVVERTENZE

Il personale sanitario che in qual modo si occupa del posizionamento delle contenzioni, deve porre particolarmente attenzione a:

- utilizzare presidi delle idonee dimensioni adeguate al paziente;
- rimuovere dalla portata del paziente oggetti potenzialmente pericolosi (bracciali, orologi da polso, taglienti *etc*);
- accertarsi che il dispositivo non eserciti una compressione eccessiva, non provochi strangolamento né ostacoli la respirazione;
- accertarsi che non ci siano spazi vuoti tra il materasso e le sponde, così da evitare che il paziente possa incastrarsi con la testa, un arto o il torace;
- se si utilizzano sponde, accertarsi che il paziente non possa rimuoverle e che siano stabili;
- garantire che i presidi di contenzione siano applicati e maneggiati solo da personale qualificato.

ALLEGATI

Allegato n. 1: Sceda di prescrizione dei mezzi di contenzione fisica.

Allegato n. 2: Scheda di rivalutazione del paziente in contenzione fisica.

11. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI.

- Benci L., Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione. 05 maggio 2019, Quotidiano Sanità.
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e- alisi/articolo.php?articolo_id=73657
- Benci L. "Aspetti giuridici della professione infermieristica" - Mc Grow– Hill III, edizioni 2002.
- Costituzione italiana.
- Codice penale.
- Codice Deontologico delle professioni infermieristiche. Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019.
- Codice Deontologico medico. FNOMcEO.
- Evans D. et al. "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", The Joanna Briggs Institute n. 22, 2002 Adelaide, South Australia.
- FDA: 21 CFR (Code of Federal Regulations, Title 21) Part 801 (FDA Labeling.
- Requirements) 21 CFR 880.6760(a), GOVERNMENT PRINTING OFFICE, Revised April, 1, 2002. Disponibile su:

http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/CFRSearch.cfm.?FR=880.6770

.

- Federazione IPASVI. Quando serve la contenzione. Dicembre 2011.
- Fontana S. Contenzione fisica parte 1: l'uso nei reparti per acuti e residenziali. Joanna Briggs Institute-Best Practice-Evidence Based Practice Information Sheetsfor Health Professionals. Joanna Briggs Institute 2002; 6(3): 1-6.

- Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.
- N. Scarpa, La contenzione fisica, in Quesiti clinico-assistenziali, anno 3, n. 1, 2012, p. 7.
- Robins, L.M.; Lee, D.-C.A.; Bell, J.S.; Srikanth, V.; Möhler, R.; Hill, K.D.; Haines, T.P. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 3639. https://doi.org/10.3390/ ijerph18073639
- Wen X, Sun W, Wang Y, Zeng D, Shao Y, Zhou X. Application of Joanna Briggs Institute physical restraint standards to critical emergency department patients following CONSORT guidelines. Medicine 2020;99:50(e23108).

Sceda di prescrizione dei mezzi di contenzione fisica	Allegato n. 1

Paziente:
Letto n.:
Patologia:
Data:
Presenza di contenzioni all'ingresso SI ❑ NO ❑ Se sì, indicare quali:
Informato un familiare/tutore legale Sig./Sig.ra:

Condizioni del paziente al momento della contenzione: motivazioni.			
Alternative alla contenzione valutate	Non idoneo	Non possibile	Non efficace
Colloquio			
Interventi gestionali/logistici per aumentare il grado di sorveglianza			
Farmaci			
Assistenza da parte di un familiare			

Mezzi di contenzione utilizzati:
Fasce contenitive per arti: arto superiore ❑ dx ❑ sn arto inferiore ❑ dx ❑ sn
Fascia addominale: ❑ sì ❑ no
Sponde al letto: ❑ sì ❑ no
Altro:

Situazioni particolari:

Data	Ora
Medico	Infermiere

Scheda di rivalutazione del paziente in contenzione fisica	**Allegato n. 2**

Controllo visivo del paziente a 30 minuti dalla contenzione per verificare:

- corretto posizionamento dei mezzi di contenzione: ❑ sì ❑ no
- presenza di elementi che rendano necessario modificare/rimuovere i mezzi di contenzione: ❑sì ❑no

  Se sì, indicare quali e che interventi sono stati attuati:

  ……

  ……

  ……

  ……

Data Ora

Firma infermiere

Controllo dei parametri vitali ogni 2 ore:

PA ……	PA ……	PA ……	PA ……
Spo2 …….	Spo2 …….	Spo2 …….	Spo2 …….
FC ……	FC ……	FC ……	FC ……
TC ……	TC ……	TC ……	TC ……
Data	Data	Data	Data
Ora	Ora	Ora	Ora
Firma infermiere	Firma infermiere	Firma infermiere	Firma infermiere

Se si rende necessario prolungare il tempo di contenzione oltre le 24 ore, il medico deve procedere ad una nuova prescrizione di contenzione fisica, annotando di seguito le motivazioni: ……..

……

……

Data Ora

Firma medico Firma infermiere