



## Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica

**Nadia Poli**

Inf. AFD, Uff. Formazione,  
Az. Osp. 'Istituti Ospitalieri' di Cremona

**Anna M.L. Rossetti**

IID, Serv. Infermieristico,  
IRCCS San Raffaele di Milano

### INTRODUZIONE

L'argomento della *contenzione fisica delle persone assistite* è oggi molto dibattuto tra i professionisti infermieri, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e, quindi, all'interno di strutture quali le case protette, le residenze sanitarie assistenziali, le case di riposo, i reparti psichiatrici, ecc. L'utilizzo di mezzi contenitivi, tuttavia, non è limitato a questi soli ambiti. Spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in "setting" per acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere di medicina e chirurgia, servizi di Pronto Soccorso, ecc. In tali settori può manifestarsi una minore considerazione, da parte del personale infermieristico, delle *sequele cliniche* e degli *aspetti legali e giuridici* correlati all'uso (anche improprio) dei mezzi di contenzione fisica.

### ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI

L'uso di mezzi coercitivi per l'assistenza ai malati mentali è presente da secoli. Solo a partire dalla metà del Novecento tale pratica è stata messa in discussione e si sono avviate ricerche volte ad inquadrare il fenomeno. In Italia, si stima che il ricorso ai mezzi di contenzione, in settori psichiatrici e geriatrici, abbia una percentuale variabile dal 20 al 50 % dei casi.

Nel 1980 il Congresso degli USA, poiché il fenomeno nelle *nursing homes* aveva raggiunto proporzioni allarmanti, commissionò ad un Istituto di Medicina uno studio sulla qualità dell'assistenza. I risultati della ricerca diedero origine all'*Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) del 1987<sup>1</sup>. Tale documento contiene importanti provvedimenti, tra i quali quelli relativi alla *riduzione della contenzione fisica e farmacologica in assenza di giustificazioni cliniche e di apposita documentazione*. Altri studi di ricerca sono stati effettuati negli USA durante gli anni Novanta; ad esempio, alcune associazioni geriatriche, in risposta all'*Health Care Financing*

*Administration* (HCFA) formularono nuove proposte di intervento per ridurre l'uso inappropriato dei mezzi di contenzione.

In ogni caso, *non sono disponibili, ad oggi, dati attendibili relativi all'uso dei mezzi di contenzione in setting per acuti*. Uno studio-pilota<sup>2</sup>, condotto presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, ha evidenziato che *l'80% degli infermieri intervistati si è trovato nella condizione di applicare mezzi di contenzione fisica* (29% spondine per letto intere, 22% cintura per sedia, 15% bracciali a polsi o caviglie) durante l'assistenza infermieristica alle persone assistite. Le situazioni cliniche più frequenti sono legate al disorientamento nel tempo e nello spazio (31%), alla prevenzione delle cadute accidentali (27%), al trasporto in barella (24%).

### ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE

Il principale riferimento di legge *specifico* sulla contenzione rimane l'art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: "Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione (...)".

Tuttavia, riferimenti giuridici di portata più generale, e riguardanti l'insieme dei trattamenti sanitari, sono contenuti nell'articolo 32 della Costituzione, che recita: "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*".

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza,

di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto. Il *Codice Penale*, infatti, prevede situazioni nelle quali la contenzione è giustificata (art. 51 c.p., 'Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere'; art. 54 c.p., 'Stato di necessità') o è dovuta, (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo'; art. 590 c.p., 'Lesioni personali colpose'; art. 591 c.p., 'Abbandono di persone minori o incapaci').

Qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di *sequestro di persona* (art. 605 c.p.), *violenza privata* (art. 610) e *maltrattamenti* (art. 572).

Qualora, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche...), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato, per *responsabilità colposa* (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo' e 590 c.p., 'Lesioni personali colpose') o per *violazione dell'art. 586 c.p.* ('Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto').

#### ASPETTI DEONTOLOGICI ED ETICI DELLA CONTENZIONE

In ambito professionale, si possono ritrovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative alla contenzione, a cominciare da quanto previsto dal nuovo *Codice deontologico degli infermieri*, promulgato nel maggio 1999. L'art. 4.11 recita, infatti: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali".

Dunque, per non incorrere nei reati di cui al precedente paragrafo e per adempiere allo spirito ed alla sostanza del dettato deontologico che la stessa professione si è dato, *l'adozione di un trattamento che contempra una pratica di contenzione deve essere correttamente motivata e documentata*. A tale scopo e, dunque, nell'ottica di limitare il più possibile il ricorso ai mezzi di contenzione, sono state elaborate alcune *linee guida di cui il professionista infermiere può avvalersi per l'assistenza*. Ad esempio, negli USA, la prestigiosa *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* ha introdotto nel 1996 nuovi *standards relativi alla contenzione, applicabili in numerosi settori di cura della salute*<sup>3</sup>.

#### L'ESPERIENZA DEGLI INFERMIERI DEL PRESIDIO OSPEDALIERO CREMONESE

Nel 2001 la Prima Divisione di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero Cremonese (POC) ha avviato un processo di revisione della metodologia infermieristica, in

particolare attraverso un *percorso formativo ad hoc orientato alla produzione di strumenti operativi applicabili e sperimentabili nell'unità operativa* (procedure, protocolli e linee guida).

Nell'ambito di tale iniziativa, un gruppo di infermieri si è specificamente dedicato all'elaborazione di *linee guida per la gestione della contenzione fisica*.

La divisione di Medicina Generale è dotata di 60 posti letto ordinari e di 4 per Day-hospital. La durata della degenza è mediamente pari a 8,3 giorni e l'unità operativa ricovera pazienti con un'età media di 67,2 anni. Nel primo semestre 2001, *i casi di pazienti ricoverati che associano alla patologia primaria la necessità di una contenzione fisica sono risultati significativi*. Questo dato non è rimasto inosservato agli infermieri, che hanno manifestato l'esigenza di analizzare approfonditamente le problematiche giuridiche, etiche e cliniche connesse alla contenzione fisica, allo scopo di *dotarsi di linee guida condivise che consentano una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti per i quali si giudichi appropriato il ricorso, seppure temporaneo, alla contenzione fisica*.

Le linee guida rappresentano uno strumento indispensabile, anche per il fatto che non è possibile garantire un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità del paziente, in assenza di un *documento formale che definisca con chiarezza i criteri* per:

- analizzare i casi clinici in cui si considera utile ed appropriato la pratica della contenzione;
- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato;
- garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

Per rispondere concretamente a tali esigenze, l'équipe infermieristica ha utilizzato il momento formativo per fotografare la situazione "contenzione fisica" del proprio reparto, per analizzarla ed approfondirne i vari aspetti, per identificare la popolazione interessata dal fenomeno ed, infine, per esplicitare gli obiettivi della prestazione infermieristica.

Il percorso si è concluso con la produzione di alcuni documenti, che riportiamo integralmente negli allegati al presente articolo (allegato n° 1: "Protocollo infermieristico per la promozione dell'adesione al trattamento farmacologico, nelle persone con alterazione dello stato di coscienza e non supportate da caregivers"; allegato n° 2: "Protocollo infermieristico per la prevenzione delle cadute accidentali, nelle persone con alterazioni dello stato di coscienza e/o con alterazioni della funzione motoria"; allegato n° 3: "Scheda di monitoraggio dell'utilizzo dei mezzi di contenzione").

Gli strumenti elaborati sono stati sottoposti a sperimentazione dal 1° Luglio al 30 Settembre 2001 ed attualmente gli infermieri sono impegnati nell'elaborazione dei dati ottenuti. Sicuramente, con tale percorso, si è ottenuto da un lato un'attenzione e maggior responsabilizzazione in relazione al fenomeno della contenzione fisica, dall'altro un miglioramento del processo assistenziale quotidiano e certamente una maggiore consapevolezza nell'agire infermieristico.

**NOTE**

1. E.L. Siegler, E. Capezuti, G. Maislin, M. Baumgarten, L. Evans, N. Strumpf, "Effects of a Restraint Reduction Intervention and OBRA. Regulations on Psychoactive Drug Use in Nursing Homes", *JAGS*, 1997, 45: pp. 791-796.
2. U. Angeli, *Indagine conoscitiva sulle conoscenze e competenze infermieristiche nell'ambito della contenzione fisica*, tesi di diploma DU per Infermiere, a.a. 1999-2000; sintesi pubblicata in *Nursing Oggi*, 3, 2001.
3. L. Palmer, F. Abrams, D. Carter, W. W. Schluter, "Reducing Inappropriate Restraint Use in Colorado's Long Term Care Facilities", *The Joint Commission*, February, 1999, pp. 78-94.

(Allegato 1)

**Protocollo Infermieristico**

**PROMOZIONE DELL'ADESIONE AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, NELLE PERSONE CON ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA E NON SUPPORTATE DA CAREGIVERS**

**1. APETTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE FISICA**

- Principio di inviolabilità della libertà personale (*art. 13 Costituzione italiana*)
- Consenso all'atto terapeutico (*art. 32 Costituzione italiana*)
- Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione 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. 571 Codice penale*)
- Difesa della libertà e della dignità della persona (*art. 2 Codice deontologico dell'infermiere, art. 5 Codice deontologico del medico*)
- "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali" (*art. 4.10 Codice deontologico*)
- "L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza" (*art. 610 Codice penale*)
- "Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (*art. 54 Codice penale*), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci" (*art. 591 Codice penale*)

PROCEDURA		
AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
Identificazione delle persone che necessitano di contenzione per l'adesione al trattamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- raccolta dati all'ingresso per ogni persona assistita;</li> <li>- valutazione dello stato di coscienza della persona che deve essere sottoposta a terapia;</li> <li>- valutazione del grado di collaborazione del paziente tramite colloquio;</li> <li>- valutazione d'équipe sulla reale necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere;</li> <li>- scheda di valutazione infermieristica;</li> <li>- diario infermieristico.</li> </ul>	Pazienti affetti da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- malattie a carico del S.N.C. (malattia di Alzheimer, demenze, Morbo di Parkinson, ecc.);</li> <li>- cirrosi epatica;</li> <li>- stato confusionale (nel paziente anziano);</li> <li>- sindromi tossico-carenziali (alcol o sostanze stupefacenti);</li> <li>- malattie psichiatriche.</li> </ul>

(continua)

(continua)

AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
<p>Informazione al paziente ed ai suoi familiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- spiegare l'importanza e la necessità dell'esecuzione della terapia;</li> <li>- rassicurare il paziente (tranquillizzarlo, stargli vicino), informandolo che la contenzione verrà rimossa al termine della terapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere.</li> </ul>	
<p>Ratifica dell'uso del mezzo di contenzione nella documentazione clinica della persona assistita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescrizione medica sul diario clinico;</li> <li>- annotazione sul diario infermieristico;</li> <li>- compilazione della scheda infermieristica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico;</li> <li>- infermiere;</li> <li>- scheda di valutazione infermieristica;</li> <li>- diario infermieristico.</li> </ul>	
<p>Utilizzo del mezzo di contenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scelta del mezzo di contenzione adeguato;</li> <li>- bracciale di contenzione;</li> <li>- spondine per il letto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere;</li> <li>- mezzi di contenzione.</li> </ul>	
<p>Posizionamento del mezzo di contenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bracciale: avvolgere il bracciale al polso del paziente in modo che non sia troppo stretto, fissandolo al letto così che il paziente abbia un limitato grado di movimento;</li> <li>- spondine: applicarle al letto, assicurandosi che siano fissate correttamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere;</li> <li>- OTA;</li> <li>- mezzi di contenzione.</li> </ul>	
<p>Controllo ogni trenta minuti del corretto posizionamento del mezzo di contenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere;</li> <li>- OTA.</li> </ul>	
<p>Al termine del trattamento, rimozione del mezzo di contenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infermiere;</li> <li>- OTA.</li> </ul>	

**PROCEDURE PER L'USO DEI MEZZI DI CONTENZIONE**

**Elenco dei presidi utilizzati in reparto a scopo di contenzione:**

**Descrizione e applicazione:**

- *Spondine per letto:*  
Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente, di scavalcarle.
- *Bracciali di immobilizzazione:*  
Sono solitamente in gommasciuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti, come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Possono anche

essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo.

**Ulteriori raccomandazioni:**

- La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto.
- Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.
- Valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione.
- Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione.

### **Complicanze legate all'uso dei mezzi contenitivi:**

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

- **Traumi meccanici:**
  - Arrossamento
  - Cianosi
  - Abrasioni
  - Ematomi
- **Malattie funzionali e organiche:**
  - decondizionamento psicofisico
  - incontinenza
  - lesioni da decubito
  - infezioni
  - diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare
  - aumento dell'osteoporosi
- **Sindromi della sfera psicosociale:**
  - stress
  - umiliazione
  - depressione
  - paura e sconforto

### **Conclusioni**

“L'INFERMIERE SI ADOPERA AFFINCHÉ IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA SIA EVENTO STRAORDINARIO E MOTIVATO, E NON METODICA ABITUALE

DI ACCUDIMENTO. CONSIDERA LA CONTENZIONE UNA SCELTA CONDIVISIBILE QUANDO VI SI CONFIGURI L'INTERESSE DELLA PERSONA E INACCETTABILE QUANDO SIA UNA IMPLICITA RISPOSTA ALLE NECESSITA' ISTITUZIONALI” (art. 4.10 Codice Deontologico).

### **Bibliografia**

- “Nuovo Codice Deontologico dell'infermiere” (artt. 2, 4, 10).
- “Codice Deontologico del Medico” (artt. 5, 21, 40).
- “Costituzione Italiana” (artt. 13, 32).
- “Codice Penale” (artt. 54, 591, 610).
- “Uso dei mezzi di contenzione fisica” di E.Zanetti e S.Costantini - Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia. - Divisione di Geriatria, Ospedale del Felettino, Azienda USL 5 (La Spezia).
- “Contenzione: una pratica da limitare”, L'Infermiere, marzo/aprile, 1998.
- “Aspetti Giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria” di Luca Benci, Ed. Mc Graw-Hill, 2<sup>a</sup> edizione.

### **Gruppi di lavoro**

*Bertoli Nora, Casarini Sara, Costa Giusy, Generali Giuseppina, Massari Loredana, Morengi Elena, Sanmartino Angela, Viviani Simonette.*  
I.P. U.O. MEDICINA 1<sup>a</sup> Istituti Ospitalieri Cremona

(Allegato 2)

## **Protocollo Infermieristico**

### **PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI, NELLE PERSONE CON ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCIENZA E/O CON ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE MOTORIA**

#### **PREMESSA**

Riscontriamo, nelle persone ricoverate nel reparto Medicina I, problemi di salute riferibili ad alterazione dello stato di coscienza e/o alterazioni della funzione motoria, con elevato rischio di incorrere in cadute accidentali durante il ricovero. Questo protocollo ha lo scopo di prevenire questa evenienza e di limitare il ricorso (uso e/o abuso) di mezzi di contenzione fisica nei casi effettivamente necessari per la salvaguardia della persona assistita.

#### **ASPETTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE FISICA**

- Principio di inviolabilità della libertà personale (art. 13 Costituzione italiana)
- Consenso dell'atto terapeutico (art. 32 Costituzione italiana)
- “Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione 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. 571 Codice penale)
- Difesa della libertà e della dignità della persona (art. 2 Codice deontologico dell'infermiere, art. 5 Codice deontologico del medico)
- “L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessita' istituzionali” (art. 4.10 Codice deontologico)
- “L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza” (art. 610 Codice penale)

- "Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 Codice penale), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci" (art. 591 Codice penale)

**DESTINATARI:** Persone con alterazioni dello stato di coscienza  
 Persone con alterazioni dell'apparato locomotore  
 Persone con disturbi comportamentali

PROCEDURA		
AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
Identificare le persone a maggior rischio di caduta: - raccolta dati all'ingresso per ogni persona assistita (valutare in particolare se vi sono state cadute pregresse e in quali circostanze); - valutazione della stabilità della persona; - valutazione dello stato di coscienza della persona (malattie acute o croniche, ipertensione, assunzione di farmaci sedativi, diuretici, vasodilatatori, ipotensione ortostatica).	- Infermiere; - scheda infermieristica; - diario infermieristico; - scala di Tinetti; - foglio terapia.	Persone a rischio: - storia pregressa di cadute; - allattamento prolungato >7 giorni; - disturbi visivi; - valutazione dell'equilibrio <11; - valutazione dell'andatura <8; - indice di mobilità =<19; - presenza di malattie a carico del S.N.C. (malattia di Alzheimer, Morbo di Parkinson, ecc.); patologie a carico dell'apparato muscolo-osteo-articolare; - F.C. < 60 >120; - T.A. >39°C; - P.A. < 80/60 > 150/100.
Introdurre modificazioni ambientali nei locali che ospitano persone a rischio: - Illustrare alla persona gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione, ecc.); - Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni (valutare le distanze); - Fornire gli accessori di supporto per il letto (staffa, spondina, prolunga del campanello); - Fornire ausili per il cammino (bastone, tripode, deambulatore, deambulatore con ruote, carrozzina, comoda, ecc.); - Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona assistita o alle persone di riferimento (no a pantaloni troppo lunghi o che non consentono libertà di movimento, calzature non adeguate, ecc.).	- Infermiere o OTA (su indicazione dell'infermiere); - accessori; - ausili per la marcia.	

CASI PARTICOLARI	
Persone con alterazioni dello stato di coscienza: stati soporosi, sedazione, ecc.	- Applicare mezzi contenitivi (spondine per letto o barella); - monitorare la persona e registrare le osservazioni nella documentazione infermieristica!

(continua)

(continua)

<p>Persone con disturbi comportamentali (agitazione psico-motoria, stato confusionale, ecc.) ed attività motoria esuberante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare la capacità motoria;</li> <li>- predisporre l'ambiente in modo confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e d'oggetti potenzialmente dannosi;</li> <li>- individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo, quali l'intolleranza ambientale o interpersonale;</li> <li>- allontanare la persona dal presunto evento scatenante;</li> <li>- attuare strategie relazionali con la persona;</li> <li>- dotare la persona di abbigliamento imbottiti;</li> <li>- proporre passeggiate o attività occupazionali per distogliere il paziente dallo sfogo aggressivo;</li> <li>- richiedere la collaborazione di persone significative (familiari o persone note disponibili).</li> </ul> <p>Qualora le suddette strategie alternative non abbiano sortito alcun effetto<sup>2</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutare <i>in équipe</i> la necessità di ricorrere a mezzi di contenzione;</li> <li>- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato alla situazione e alla persona;</li> <li>- applicare il mezzo di contenzione (vedi procedura<sup>3</sup>);</li> <li>- la prescrizione deve indicare: motivazione, tipo di contenzione, durata;</li> <li>- informare il paziente e i suoi familiari sulla necessità di contenzione;</li> <li>- ratificare l'uso dei mezzi di contenzione nella documentazione clinica della persona (prescrizione medica);</li> <li>- monitorare e registrare le osservazioni sull'apposita scheda ogni 30 minuti.</li> </ul>
<p>Persone con disturbi comportamentali (agitazione psico-motoria, stato confusionale, ecc.) ed attività motoria limitata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare la capacità motoria;</li> <li>- predisporre l'ambiente in modo confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e d'oggetti potenzialmente dannosi;</li> <li>- individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo, quali l'intolleranza ambientale o interpersonale;</li> <li>- allontanare la persona dal presunto evento scatenante;</li> <li>- attuare strategie relazionali con la persona;</li> <li>- proporre attività occupazionali per distogliere il paziente dallo sfogo aggressivo;</li> <li>- utilizzare supporti ortesici per mantenere la postura corretta (es. fascia per carrozzina);</li> <li>- richiedere la collaborazione di persone significative (familiari o persone note disponibili).</li> </ul> <p>Qualora le suddette strategie alternative non abbiano sortito alcun effetto<sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutare <i>in équipe</i> la necessità di ricorrere a mezzi di contenzione;</li> <li>- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato alla situazione e alla persona;</li> <li>- applicare il mezzo di contenzione (vedi procedura<sup>5</sup>);</li> <li>- ratificare l'uso dei mezzi di contenzione nella documentazione clinica della persona (prescrizione medica);</li> <li>- la prescrizione deve indicare: motivazione, tipo di contenzione, durata;</li> <li>- informare il paziente e i suoi familiari sulla necessità di contenzione;</li> <li>- monitorare e registrare le osservazioni sull'apposita scheda ogni 30 minuti.</li> </ul>

(continua)

(continua)

<p>Persone con alterazioni motorie: disturbi nella deambulazione, astenia, ecc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporre ausili per la deambulazione (vedere “modificazioni ambientali”);</li> <li>- applicare supporti ortesici per il mantenimento corretto della postura;</li> <li>- monitorare la persona e registrare le osservazioni nella documentazione infermieristica.</li> </ul>
---	--

**Note**

1. In questo caso l'uso dei mezzi di contenzione non ha una accezione negativa in quanto non si agisce contro la volontà della persona assistita, pertanto è sufficiente l'annotazione nella documentazione infermieristica. È buona pratica informare le persone di riferimento delle motivazioni che hanno indotto all'uso di questi dispositivi.
2. Ricordiamo che la persona appartiene ad una categoria a rischio di caduta.
3. La corretta applicazione dei mezzi di contenzione può essere oggetto di procedure a parte.
4. Ricordiamo che la persona appartiene ad una categoria a rischio di caduta.
5. La corretta applicazione dei mezzi di contenzione può essere oggetto di procedure a parte.

**PROCEDURE PER L'USO DEI MEZZI DI CONTENZIONE**

**Elenco dei presidi utilizzati in reparto a scopo di contenzione:**

**Descrizione e applicazione:**

- **Fascia per carrozzina:**  
È costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito di materiale traspirante; è dotato d'alcune cinghie d'ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina.  
Per questioni di sicurezza è da evitarne l'uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.
- **Fascia pelvica:**  
È costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per applicazione a sedie o carrozzine.  
La fascia previene anche la postura scorretta, evitando lo scivolamento in avanti del bacino.  
Le varianti alla fascia pelvica possono essere costituite da: divaricatore inguinale, fasce anti-scivolamento, corsetto con bretelle, corsetto con cintura pelvica.
- **Tavolino per carrozzina:**  
È di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina.  
Impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuale attività.
- **Spondine per letto:**  
Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza, o essere asportabili da parte del personale.  
Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente di scavalcarle.
- **Bracciali di immobilizzazione:**  
Sono solitamente in gommasciuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie.  
Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo.
- **Fasce di sicurezza per il letto:**  
Sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio.

Consentono libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta.

**Ulteriori raccomandazioni:**

- La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto.
- Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.
- Valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni, ulcere da decubito, edemi agli arti inferiori, ematomi, etc.
- Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione.

**Complicanze legate all'uso dei mezzi contenitivi:**

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

- **Traumi meccanici:**
  - strangolamento
  - asfissia da compressione della gabbia toracica
  - lesione dei tessuti molli superficiali
- **Malattie funzionali e organiche:**
  - decondizionamento psicofisico
  - incontinenza
  - lesioni da decubito
  - infezioni
  - diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare
  - aumento dell'osteoporosi
- **Sindromi della sfera psicosociale:**
  - stress
  - umiliazione
  - depressione
  - paura e sconforto

**Eccezioni**

La scarsa giurisprudenza in materia sembra escludere che vi debba essere differenza d'obblighi e di trattamento per i pazienti sottoposti ad un T.S.O. rispetto a quelli non sottoposti.

È sancito quindi l'obbligo di maggiore sorveglianza verso quei pazienti che, ricoverati anche in reparti non psichiatrici, abbiano dato "segni di squilibrio" tali da suggerire l'adozione d'adeguate misure di sorveglianza.

**Conclusioni**

L'INFERMIERE SI ADOPERA AFFINCHÉ IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA SIA EVENTO STRAORDINARIO E MOTIVATO, E NON METODICA ABITUALE DI ACCUDIMENTO. CONSIDERA LA CONTENZIONE UNA SCELTA CONDIVISIBILE QUANDO VI SI CONFIGURI L'INTERESSE DELLA PERSONA E INACCETTABILE QUANDO SIA UNA IMPLICITA RISPOSTA ALLE NECESSITA' ISTITUZIONALI" (art. 4.10 Codice Deontologico).

**Bibliografia**

- "Nuovo Codice Deontologico dell'infermiere" (art. 2, 4.10).

- "Codice Deontologico del Medico" (artt. 5, 21, 40).
- "Costituzione Italiana" (artt. 13, 32).
- "Codice Penale" (artt. 54, 591, 610).
- "Uso dei mezzi di contenzione fisica" di E.Zanetti e S.Costantini - Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia. - Divisione di Geriatria, Ospedale del Felettino, Azienda USL 5 (La Spezia).
- "Contenzione: una pratica da limitare", L'Infermiere, marzo/aprile, 1998.
- "Aspetti Giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria" di Luca Benci, Ed. Mc Graw-Hill, 2^ edizione.

**Gruppi di lavoro**

*Bertoli Nora, Casarini Sara, Costa Giusy, Generali Giuseppina, Massari Loredana, Morengli Elena, Sanmartino Angela, Viviani Simonette.*

(Allegato 3)

ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA																			
Prima Divisione di Medicina Generale																			
MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DEI MEZZI DI CONTENZIONE DIVISIONALI DAL 01/07/2001 AL 30/09/2001																			
COGNOME: _____ NOME: _____ FTA': ____ N°PRATICA _____ INGRESSO: __/__/__ DGN ALL'INGRESSO: _____																			
<b>Condizione al momento della contenzione</b> STATO DI COSCIENZA : <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ORIENTATO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>CONFUSO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>SOPOROSO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>COMA</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ORIENTATO	<input type="checkbox"/>	CONFUSO	<input type="checkbox"/>	SOPOROSO	<input type="checkbox"/>	COMA	CONTENZIONE DALL'INGRESSO <input type="checkbox"/>  CONTENZIONE DOPO <table style="border: 1px solid black; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> GIORNI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	ORIENTATO																		
<input type="checkbox"/>	CONFUSO																		
<input type="checkbox"/>	SOPOROSO																		
<input type="checkbox"/>	COMA																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
DISTURBI COMPORTAMENTALI : <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>AGGRESSIVITA'</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ANSIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>AGITAZIONE</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>DEPRESSIONE</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	AGGRESSIVITA'	<input type="checkbox"/>	ANSIA	<input type="checkbox"/>	AGITAZIONE	<input type="checkbox"/>	DEPRESSIONE	ATTIVITA' MOTORIA <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ALLETTATO DDP.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ALLETTATO COLL.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>MOBILIZZ IN CARROZ.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>MOBILIZZ CON AUSILI</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>AUTOSUFF.</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ALLETTATO DDP.	<input type="checkbox"/>	ALLETTATO COLL.	<input type="checkbox"/>	MOBILIZZ IN CARROZ.	<input type="checkbox"/>	MOBILIZZ CON AUSILI	<input type="checkbox"/>	AUTOSUFF.
<input type="checkbox"/>	AGGRESSIVITA'																		
<input type="checkbox"/>	ANSIA																		
<input type="checkbox"/>	AGITAZIONE																		
<input type="checkbox"/>	DEPRESSIONE																		
<input type="checkbox"/>	ALLETTATO DDP.																		
<input type="checkbox"/>	ALLETTATO COLL.																		
<input type="checkbox"/>	MOBILIZZ IN CARROZ.																		
<input type="checkbox"/>	MOBILIZZ CON AUSILI																		
<input type="checkbox"/>	AUTOSUFF.																		
DISTURBI VISIVI <input type="checkbox"/>	DISTURBO DELL'EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>																		
MALATTIA A CARICO DEL SNC <input type="checkbox"/>	MALATTIA DELL'APPARATO OSTEO-MUSCOLARE <input type="checkbox"/>																		
TEMPERATURA > 39° <input type="checkbox"/>	GARANZIA TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (EV) <input type="checkbox"/>																		

(continua)

(continua)

Mezzo di contenzione		GIORNATE DI CONTENZIONE											
		DATA											
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
BRACCIALI	<input type="checkbox"/>												
FASCE SICUREZZA LETTO	<input type="checkbox"/>												
SPONGINE PER LETTO	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PELVICA	<input type="checkbox"/>												
TAVOLINO PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												

  

		GIORNATE DI CONTENZIONE											
		DATA											
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
BRACCIALI	<input type="checkbox"/>												
FASCE SICUREZZA LETTO	<input type="checkbox"/>												
SPONGINE PER LETTO	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PELVICA	<input type="checkbox"/>												
TAVOLINO PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												

  

		GIORNATE DI CONTENZIONE											
		DATA											
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
BRACCIALI	<input type="checkbox"/>												
FASCE SICUREZZA LETTO	<input type="checkbox"/>												
SPONGINE PER LETTO	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												
FASCIA PELVICA	<input type="checkbox"/>												
TAVOLINO PER CAROZZINA	<input type="checkbox"/>												

COMPARSA DI EVENTUALI COMPLICANZE :