



# La contenzione fisica

## LINEA GUIDA

Protocollo stilato in accordo con quello in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

INDICE

<b>GRADAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI</b>	<b>P.3</b>
<b>1.OBIETTIVO</b>	<b>P.3</b>
<b>2.TARGET E SETTING</b>	<b>p.3</b>
<b>3.ASPETTI METODOLOGICI E IMPLEMENTAZIONE</b>	<b>P.3</b>
<b>4.INTRODUZIONE</b>	<b>P.ti</b>
<b>5. ASPETTI GIURIDICI SULLA CONTENZIONE</b>	<b>P.6</b>
<b>6. ASPETTI DEONTOLOGICI DELLA CONTENZIONE</b>	<b>P.7</b>
<b>7. FORME E MEZZI DI CONTENZIONE FISICA</b>	<b>P.8</b>
<b>8. RACCOMANDAZIONI</b>	<b>P.9</b>
<b>9. EVENTI AVVERSI</b>	<b>P.13</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA CITATA</b>	<b>P.14</b>

## GRADAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Ogni raccomandazione è basata su dati scientifici, teorici, applicabilità pratica; la divisione in categorie è eseguita secondo *US Agency for Healthcare Research and Quality* per il livello di evidenza della raccomandazione e la forza della stessa

### Livello di evidenza

- Ia Evidenza ottenuta da metanalisi di studi randomizzati e controllati.
- Ib Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato.
- Ila Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato ben disegnato senza randomizzazione.
- Ilb Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben disegnato.
- IH Evidenza ottenuta da studi non sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, studi di correlazione e studi di casi. IV Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli.

### Forza della raccomandazione

- A. E' richiesta almeno una ricerca controllata e randomizzata, all'interno di referenze bibliografiche di comprovata qualità che esprima tale raccomandazione (livelli di evidenza Ia, Ib).
- B. E' richiesto il supporto di studi clinici ben impostati anche se non randomizzati relativi l'argomento della raccomandazione (livello di evidenza Ila, Ilb, III).
- C. E' richiesta una evidenza supportata da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica l'assenza di studi clinici di buona qualità direttamente applicabili (livello di evidenza IV).

## 1. OBIETTIVO

Questo documento si propone di fornire raccomandazioni multidisciplinari, basate su prove di efficacia, per il corretto utilizzo della contenzione fisica della persona ricoverata nel contesto ospedaliero, affinché sia ridotto il ricorso a tale provvedimento nonché la sua durata.

### INDICATORI

Si raccomanda di monitorare la comparsa di eventi avversi (es.: lesioni, fratture) correlagli alle manovre applicate per la contenzione sia che riguardino il paziente che l'operatore sanitario.

## 2. TARGET E SETTING

Le raccomandazioni di questa linea guida sono rivolte a tutti i professionisti sanitari e al personale in formazione.

## 3. ASPETTI METODOLOGICI E IMPLEMENTAZIONE

La presente Linea Guida è una revisione della precedente, elaborata nel 2006.

E' stato seguito il metodo F.A.I.A.U. riportato nel Manuale Metodologico predisposto dal Programma Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità:

- **Finding:** ricerca di linee guida. Il Gruppo, attraverso un'accurata ricerca, ha raccolto la documentazione disponibile in letteratura, in versione *full text*, con particolare riferimento alle seguenti parole chiave, con l'esclusione di semplici *Case Report*:

1. *restraint*
2. *intensive care*
3. *PI.CU.*

Banche dati interrogate e siti consultati:

1. Medline with full text
2. Cinahl
3. Johanna Briggs
4. www.evidencebasednursing.it
5. A.P.A.

Le strategie di ricerca, consultando diversi archivi *evidence based*, hanno determinato i medesimi risultati, con particolare riferimento alle pubblicazioni più recenti (due esempi con relativi *limiters*).



Tuesday, October 26, 2010 5:52:14 AM

#	Query	Limiters>Expand/Filter	Laat Run Via	Results
S7	restraint and intensive care	<b>Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20000101-2011231 Search modes - Boolean/Phrase</b> <b>Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20000101-2011231 Search modes - Boolean/Phrase</b> <b>Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20000101-2011231 Search modes - Boolean/Phrase</b> <b>Limiters - Full Text; Date of Publication from: 20000101-2011231 Search modes - Boolean/Phrase</b>	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	33 344
	restraint	<b>Limiters - Date of Publication from: 20000101-2011231 Search modes - Boolean/Phrase</b> <b>Search modes - Boolean/Phrase</b>	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	

1(54-18)

Print

**Search History / Alerts**

Search History <sup>1</sup> Retrieve Searches Retrieve Alerts Save Searches / Alerts

Select / deselect all Search with AND

1

Search Search Terms ID# 0» View Results (2666) /: View Details

S4  restraint and intensive care

33  restraint

52  restraint  
Search Options

Limiters - Full Text; Published Date from: 20000101-2011231  
Search modes - Boolean/Phrase

Limiters - Full Text; Puotened Date from: 20000101-2011231  
Search modes - Boolean/Phrase

Limiters - Published Date from: 20000101-2011231  
Search modes - Boolean/Phrase

Search modes - Boolean/Phrase  
Actions

S View Results (33) /: View Details

\* View Results (1008) # View Details

- **Appraising**: valutazione critica delle linee guida a sottogruppi con lo strumento AGREE
- « **Integrating**: Integrazione della letteratura. Ha l'obiettivo di approfondire ed integrare alcuni aspetti della linea guida di riferimento attraverso una ricerca di articoli presenti nella bibliografia di riferimento.
- **Adapting**: adattamento della linea guida alla realtà locale. Questa è la fase più delicata, in quanto si devono considerare tutti i fattori che possono influenzarne l'utilizzo. I fattori considerati sono la disponibilità reale dei presidi, il bisogno formativo inerente le strategie per l'utilizzo appropriato della contenzione.
- « **Upgrading**: aggiornamento della linea guida. In questa fase il Gruppo di lavoro stabilisce un programma di aggiornamento della linea guida definendo la data di scadenza entro la quale deve essere revisionata.

Il Gruppo di lavoro concorda, come anno di aggiornamento, il 2013 con sorveglianza annuale dei dati della letteratura.

Prima della sua diffusione, la linea guida è stata valutata dalla Commissione Linee Guida aziendale e autorizzata dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

#### IMPLEMENTAZIONE

Ogni singola istituzione elabora specifici metodi e strumenti di implementazione, secondo criteri di adattabilità e applicabilità locale dei principi *evidence based* dichiarati nella linea guida.

#### COSTI

La valutazione di impatto economico, per l'applicazione/adozione della presente linea guida, non evidenzia oneri aggiuntivi.

Nello specifico, ad eccezione dell'acquisto dei presidi di contenzione e della realizzazione di eventi formativi per il personale, non è richiesto l'impiego di particolari tecnologie o strumentazioni.

#### INDIPENDENZA EDITORIALE e CONFLITTO DI INTERESSI

La redazione della linea guida è indipendente da fonti di supporto economico.

Ogni professionista del Gruppo di lavoro che ha contribuito ad elaborare la presente linea guida ha sottoscritto formale dichiarazione di totale assenza di conflitto di interessi.

Tali dichiarazioni sono depositate c/o la Segreteria della D.I.T.R.A. dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, Piazza Ospedale Maggiore, n° 3.

#### REVISIONI

Le precedenti versioni della linea guida (rev. 1.0 e 2.0) sono state testate e adottate dagli utilizzatori finali, con particolare riferimento al personale medico e infermieristico dei tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Tale modalità di implementazione locale ha previsto gruppi di miglioramento ed eventi formativi specifici per tutto il personale direttamente coinvolto. Il presente documento (rev.3.0) si avvale anche dei suggerimenti e delle criticità emerse nel corso del quadriennio di sperimentazione

#### 4. INTRODUZIONE

La contenzione fisica è definita come "applicazione di strumenti o dispositivi al corpo o parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti" (1) volontari o involontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Sebbene sia un argomento molto dibattuto in ambito geriatrico e psichiatrico, l'utilizzo dei mezzi contenitivi non è limitato a questi soli ambiti. Spesso viene osservato l'uso alla contenzione in strutture per acuti dove, in genere, vi è una minor considerazione delle possibili sequele cliniche e degli aspetti legali correlati a tale uso (talvolta improprio), da parte dei professionisti sanitari coinvolti.

Nei settori psichiatrici e geriatrici italiani, si stima che si ricorra a tali mezzi nel 20 - 50% dei casi. Per converso, non risultano disponibili, ad oggi, dati attendibili provenienti da istituzioni dedicate alla cura delle persone con patologie acute (2). Tuttavia sia i Codici deontologici delle professioni sanitarie sia gli standard *Joint Commission International* forniscono indicazioni precise circa il comportamento professionale da tenere nei casi di contenzione fisica delle persone assistite.

In particolare si riporta l'intento dello standard COP 3.7 : *"Politiche e procedure per essere appropriate ed efficaci nella riduzione del rischio associato, devono essere mirate in funzione della popolazione specifica a rischio o del singolo servizio ad alto rischio. E' molto importante che le politiche e le procedure identifichino:*

1. *le modalità della pianificazione, compresa l'identificazione delle differenze tra pazienti adulti e pazienti pediatrici o altre considerazioni speciali;*
2. *la documentazione di cui necessita l'equipe di cura per lavorare e comunicare efficacemente;*
3. *le considerazioni riguardo a consensi speciali, laddove appropriati;*
4. *i requisiti di monitoraggio del paziente;*
5. *le qualifiche o le competenze speciali del personale coinvolto nel processo assistenziale;*
6. *la disponibilità e l'utilizzo di apparecchiature specialistiche".* (3)

Per ultimo occorre segnalare la fattiva partecipazione delle Associazioni di pazienti e loro familiari, operanti all'interno dell'Azienda Ospedaliera, nella fase di elaborazione della presente revisione (47, race. 7).

#### 5. ASPETTI GIURIDICI SULLA CONTENZIONE

In materia di contenzione trovano applicazione i principi generali della Costituzione in tema di trattamenti sanitari, individuati nell'art. 32 ("nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana") e nell'art. 13 ("la libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato delle autorità giuridiche nei soli casi o modi previsti dalla legge.")

In epoche precedenti, la contenzione aveva come unico riferimento normativo 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".)

Tale disposizione di fatto è stata abrogata dalla legge n. 180 del 1978, la cosiddetta "Legge Basaglia", e dal D.P.R. n. 833 del 1978 che ha istituito il servizio sanitario nazionale.

La contenzione della persona, configurandosi come atto coercitivo e, quindi, in contrasto con la libertà della persona, è possibile, come misura eccezionale, solo nei casi nei quali essa possa caratterizzarsi come un provvedimento avente contenuto di prevenzione. E' pertanto finalizzata a tutelare la vita o la salute della persona stessa o di terzi, a fronte di una condizione di transitoria incapacità decisionale della persona che renda, di fatto, inattendibili le scelte e le manifestazioni di volontà.

Il comportamento di per sé lesivo, configurando di fatto una misura avente rilevanza penale, connotandosi in astratto come sequestro di persona o violenza privata che può provocare morte o lesioni e dar luogo a maltrattamenti, può trovare una "causa di giustificazione", secondo la definizione del Codice Penale, che elimina la rilevanza penale e rende la condotta lecita.

Possiamo ipotizzare il verificarsi dello stato di necessità (art. 54 c.p.) o l'adempimento di un dovere (art. 51 c.p.), data la posizione di garanzia del personale sanitario, tenuto ad impedire che si verifichino eventi lesivi aventi rilevanza penale anche a carico di terzi (lesioni, omicidio colposo), nonché ad impedire gli atti autolesivi della persona che si contiene. Diversamente, la contenzione motivata da scelte punitive o per sopperire a carenze organizzative o per convenienza del personale può certamente dare luogo ad ipotesi di reato quali il sequestro di persona (art. 605 c.p.), la violenza privata (art. 610 c.p.) e maltrattamenti (art. 572 c.p.).

Inoltre, qualora, per un eccesso nell'uso seppur "giustificato" dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona contenuta (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche) potrebbero tornare a configurarsi ipotesi di reato quali l'omicidio o le lesioni colpose.

## **6. ASPETTI DEONTOLOGICI 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 dell'Infermiere, promulgato nel 2009. L'art.30 recita infatti: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"

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 contempli una pratica di contenzione deve essere correttamente motivata e documentata.

Il Codice Deontologico del Medico, all'art.5: "il medico (...) deve attenersi alle conoscenze scientifiche (...) assumendo come principio il rispetto della vita, della salute psichica e fisica, della libertà e della dignità della persona" e all'art.49: " 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 con le sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge".

**Da quanto analizzato, la contenzione fisica deve essere considerata un atto eccezionale per cui è richiesta una motivata prescrizione medica.**

## 7. FORME DI CONTEZIONE E MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

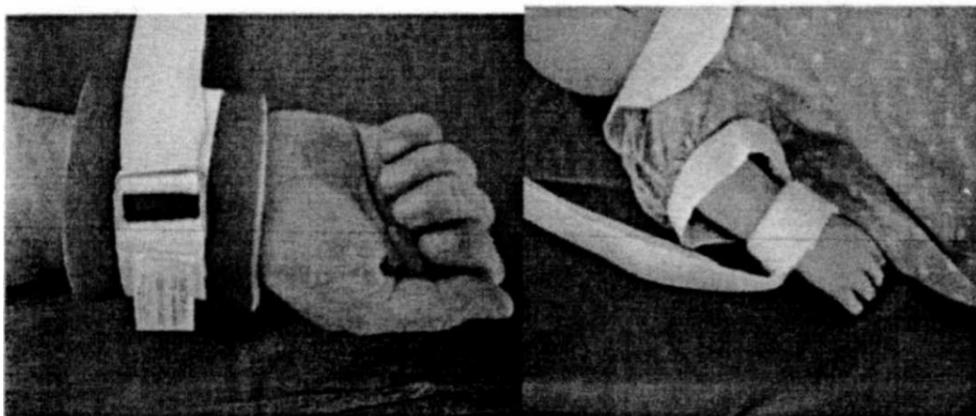
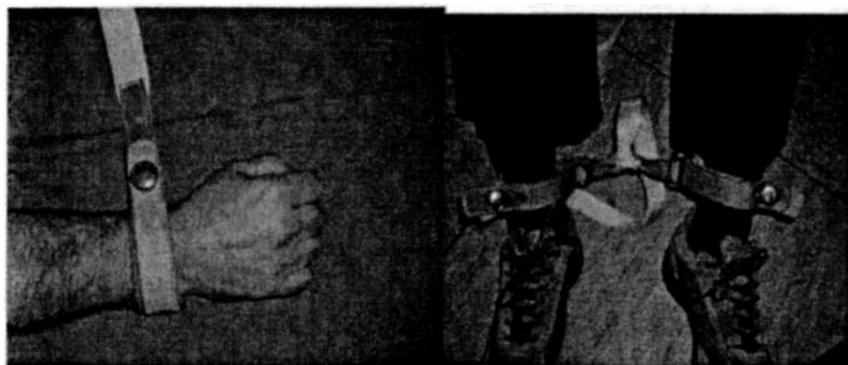
Le diverse forme di contenzione si distinguono in quattro tipologie:

- ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitarne o controllarne i movimenti;
- psicologica o relazionale o emotiva: ascolto ed osservazione empatica diminuiscono l'*escalation* aggressiva del paziente poiché soddisfano il bisogno di sicurezza;
- chimica: comporta la somministrazione di farmaci, quali tranquillanti e sedativi, che modificano il comportamento;
- fisica o meccanica: comporta l'uso di presidi, posizionati sulla persona oppure utilizzati come barriere ambientali che riducano o controllino i movimenti.

I mezzi di contenzione fisica, autorizzati dall'Azienda Ospedaliera, sono mezzi di norma applicabili al paziente a letto, per uno, due, tre e quattro arti.

Si tratta generalmente di cinture in cuoio rivestito, con chiusura a chiave, e cinture monouso, in poliuretano con chiusura velcro (vedi fotografie)

Sono vietati i mezzi di contenzione non autorizzati dalla Azienda Ospedaliera quali, ad esempio, cerotti, garze, bende, lenzuola, in quanto destinati ad altri usi e pertanto non possono garantire la sicurezza del paziente e dell'operatore.



Relativamente all'ambito ospedaliero, sono di seguito elencati gli interventi che non costituiscono provvedimenti di contenzione :

- l'uso di spondine intere, alzate su entrambi i lati del letto, in quanto inteso come mezzo di protezione, da apporre comunque sempre su prescrizione medica;
- l'applicazione di gessi ortopedici;
- l'utilizzo di bracciali o tutori che impediscono la flessione del braccio durante un'infusione venosa;
- l'impiego di supporti e dispositivi di protezione, di uso temporaneo, per:
  - fornire un supporto nel mantenimento di una corretta postura (es: cintura pettorale per la persona in carrozzina) e, nel contempo, prevenire traumi da caduta, ◦ garantire la sicurezza del trasporto in barella, ◦ mantenere postura appropriata su tavolo operatorio, ◦ consentire l'esecuzione di un esame diagnostico o una terapia,
- la realizzazione di *wrapping* neonatale, definita come la modalità con cui il neonato è avvolto completamente in un lenzuolino.

L'utilizzo di questi dispositivi è comunque indicato nella documentazione medica e/o infermieristica così come i controlli effettuati per il loro impiego sicuro ed appropriato.

**Il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali:**

- **situazioni di emergenza** in cui il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per gli altri e l'uso della contenzione si dimostri essere la scelta migliore (4,5);
- **rischio di rimozione** di presidi medicali, da parte del paziente (es.: tubo endotracheale), specialmente quando necessari per l'immediato benessere e la tutela del paziente (4,5).

## 8. RACCOMANDAZIONI

La contenzione fisica deve essere considerata un evento eccezionale, da attuarsi solo dopo aver messo in atto numerosi tentativi alternativi, documentati nella cartella clinica, volti ad evitare danni al paziente, al personale o a terzi (III-B) (6,7,8,12,15,21,23).

In ogni reparto in cui tale pratica sia prevista devono dunque essere operativi sistemi di cura e contenimento ambientale, farmacologico ed emotivo, di valutazione del rischio e predittività tali da azzerare o almeno ridurre fortemente la pratica stessa.

I fattori di predittività della crisi di agitazione psicomotoria sono riconducibili ad aspetti **legati al paziente:**

- storia di precedenti atti violenti
- abuso di sostanze
- diagnosi di psicosi
- confusione mentale
- eccitamento maniacale
- presenza di dolore
- *status* socio-economico precario
- giovane età
- sesso maschile
- etnia

A questi si possono aggiungere quelli al **personale sanitario:**

- *status* di tirocinante
- giovane età

- infermieri neoassunti
- ridotta esperienza professionale
- scarse capacità relazionali

Durante il normale svolgimento dell'attività assistenziale, si possono quindi verificare situazioni in cui, per la combinazione di questi fattori, il paziente può sentirsi frustrato (es.inchiesta non accolta) o avvertire gli interventi assistenziali come particolarmente invasivi e/o dolorosi, tanto da scatenare una crisi di agitazione psicomotoria. (I-A) (9,12,15,19,24,25,26,36,37,38,39,40).

La disponibilità di raccomandazioni relative alla **tranquillizzazione rapida** del paziente (21,28) e l'impiego di tecniche di *de-escalation*, da parte del personale formato specificamente, sono strumenti efficaci e di azione rapida per il superamento della crisi che ha determinato il provvedimento e pertanto consentono una riduzione drastica dei tempi di contenzione. (III-B) (6,7,9,12,15,19,20,21,23,24,26,30).

Qualora, in taluni ambienti ospedalieri di degenza ed intensivi, il ricorso alla contenzione fisica si configuri come soluzione ineludibile si rendono necessari vari interventi finalizzati al miglioramento della pratica. L'obiettivo è di **prevenire** eventi avversi, fornire un'assistenza personalizzata, con estrema attenzione alle ricadute sulla dignità personale e sulla dimensione etica ed emotiva sia della persona che dell'equipe sanitaria (III-B) (9,18,20,26,42,43,44,45,46).

Gli interventi raccomandati sono :

- a) istituire un programma formativo continuativo specifico rivolto al personale medico ed infermieristico (II-B) (6,7,12,13,15,24,25,26,47);
- b) momenti strutturati di discussione e condivisione dell'equipe successivi agli episodi di aggressione/contenzione, con eventuale aggiunta di supervisione e/o consultazione di esperti esterni all'equipe (II-B) (6,12,24,25,26).

Dal punto di vista strettamente operativo ed assistenziale si propongono le seguenti raccomandazioni sintetiche, rimandando alla bibliografia gli approfondimenti che si ritengono necessari:

- 1) La decisione di procedere alla contenzione fisica è assunta dal medico (6,7,9,12,16) e motivata in cartella con una prescrizione dettagliata che riporti le circostanze che l'hanno determinata.

Quando la persona presenta un elevato grado di agitazione psicomotoria e di pericolosità, tale da dover ricorrere alla contenzione fisica, occorre organizzare l'intervento (IV-C) come segue:

- preparazione dell'ambiente in sicurezza con rimozione di oggetti potenzialmente taglienti, contundenti e che possano comunque provocare lesioni,
- allontanamento di terzi eventualmente presenti per non esporli a rischi;
- preparazione preventiva del letto, quando possibile, con appropriata apposizione dei mezzi di contenzione e collocazione idonea alla sorveglianza ed all'assistenza. I mezzi utilizzati devono essere quelli idonei alla pratica, autorizzati per il presidio sanitario, e devono essere impiegati secondo le raccomandazioni fornite dal produttore (7);
- azione dell'equipe, possibilmente secondo un piano preordinato, in base al quale ogni operatore trattiene un arto e uno protegge la testa (minimo 3 operatori, ideali 5/6) (19); le modalità utilizzate per effettuare la contenzione devono, per quanto possibile, evitare compressioni al collo, torace, addome (15);
- dotazione di mascherina protettiva e guanti da parte del personale sanitario, al fine di evitare il più possibile danni nel corso della presa del paziente e contaminazioni con materiale biologico.

I pazienti intossicati dovrebbero essere contenuti in posizione di decubito laterale, premunendosi per una possibile aspirazione nelle vie aeree.

- 2) Il medico deve precisare, sulla documentazione del paziente, i mezzi adottati ed il loro posizionamento (12,16,17,21). A seguito di tale prescrizione si avvieranno i controlli.

Si rammentano i rischi derivati dall'utilizzo parziale od improprio dei dispositivi adottati come, ad esempio, i blocchi ad un solo arto per i danni che una tale mobilità, anche se limitata, può produrre al paziente stesso. Nei casi in cui il medico ritenga comunque necessario procedere in tal senso, esporrà le motivazioni in cartella.

Nel caso il medico non sia presente e si verifichi una situazione tale da richiedere un intervento tempestivo del personale infermieristico per stato di necessità (si rammenta che è fatto obbligo al personale sanitario di tutelare la salute di degenti o terzi salvo rischio di incorrere in omissione di soccorso) si dovrà comunque procedere alla contenzione e provvedere ad avvisare immediatamente il medico di turno che, appena possibile, interverrà in luogo per farsi carico del provvedimento (19,23,30).

- 3) Nella documentazione del paziente devono essere registrati sempre e comunque i seguenti dati e parametri (6,7,9,12,21):

- la data, l'ora d'inizio, la firma e matricola del medico prescrivente,
- i controlli effettuati dall'infermiere che assiste il paziente contenuto
- le valutazioni del medico,
- la segnalazione degli eventuali eventi avversi insorti,
- la data, l'ora, la firma e la matricola del medico che stabilisce il termine della contenzione.

Per semplificare la rilevazione e la documentazione di quanto sopra indicato, è raccomandabile l'uso di apposita modulistica (Esempio Allegato 1), facente parte della documentazione sanitaria. Tale modulistica rende obsoleti altri strumenti, quali i registri, poiché non documentano adeguatamente la personalizzazione dell'intervento multiprofessionale.

- 4) Ad intervalli di massimo 1-2 ore, si esegue la rivalutazione medica, avente come oggetto l'evoluzione della condizione psichica e comportamentale, l'andamento della contenzione al fine di **individuare le situazioni che consentano tempestivamente di interrompere il provvedimento** (III-B) (6, 7,15). Nelle rivalutazioni il medico e l'infermiere devono accertare l'eventuale insorgenza di lesioni traumatiche (ematomi, ecchimosi, ferite, lacerazioni, etc.) non presenti prima della contenzione. Una diversa scansione temporale, attestata nella documentazione del paziente, dipenderà dalla valutazione clinica delle condizioni presentate dalla persona sottoposta a contenzione.
- 5) L'assistenza infermieristica alla persona contenuta è centrata sui bisogni assistenziali che, per la natura stessa del provvedimento contenitivo, non possono essere soddisfatti in autonomia: igiene e abbigliamento adeguato, alimentazione ed idratazione, eliminazione urinaria e intestinale, riposo e sonno, ambiente sicuro, interazione nella comunicazione per assicurare vicinanza e supporto, se il paziente lo desidera.

E' auspicabile che l'assistenza al paziente contenuto sia assicurata dal medesimo infermiere, per ogni turno di servizio, considerando le potenzialità intrinseche della relazione interpersonale nel favorire il rapido superamento della crisi.

Per prevenire eventuali eventi avversi, i controlli dei parametri, registrati nella documentazione del paziente, sono rivolti a monitorizzare la funzione cardiocircolatoria e la respirazione, unitamente al permanere dello stato di agitazione, al corretto posizionamento dei mezzi contenitivi per evitare lesioni cutanee, nervose e/o vascolari da compressione

(6,7,9).

Durante il trattamento, anche in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica presenti, si raccomanda un livello di intervento che spazia dalla **osservazione diretta e continua** (*one-on-one viewing*) fino al controllo ogni 15 minuti (III-B) (6,7,9,10,12,16,21,23).

Se le condizioni del paziente lo consentono, durante il periodo di contenzione si garantisce la mobilità (libera escursione articolare di un arto alla volta) del paziente per almeno 10 minuti, ogni 2 ore (III-C) (6,7,9,23).

6) Nel corso della contenzione è importante la sorveglianza del comportamento degli altri degenti e familiari in visita, per la difesa del paziente contenuto rispetto a possibili aggressioni, atti sessuali o comunque azioni scorrette (es.: assunzione di cibi o liquidi senza sorveglianza del personale sanitario, tentativi di rimozione dei mezzi di contenzione impropri, utilizzo di oggetti taglienti, accendini etc.) (III-B) (6, 7,9,12),

7) **Il termine della contenzione viene stabilito dal medico e motivato in cartella.**

Nel periodo immediatamente successivo alla rimozione della contenzione, particolare attenzione deve essere posta al comportamento del paziente, mantenendo l'equipe pronta all'eventuale ripristino dei mezzi di contenzione qualora ve ne fosse necessità.

8) **Oltre le 12 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda. Il medico di reparto competente valuterà l'opportunità di predisporre un idoneo trattamento farmacologico preventivo, anche avvalendosi di specifica consulenza internistica (I-A) (11, 12).**

**A riguardo di tale raccomandazione si ribadisce, come riportato in altre parti della presente linea guida, che circa la tempistica di tali valutazioni ed interventi va posta particolare attenzione ai pazienti affetti da patologie cardio-vascoli e cardiorespiratorie in quanto potrebbero richiedere l'avvio immediato di tale trattamento.**

9) Se il provvedimento supera le 12 ore è necessaria la controfirma di una figura clinica apicale.

(6,7,9,12,23).

Eventuali diverse temporizzazioni, sempre registrate nella documentazione clinica, devono essere debitamente motivate.

10) Vi è concordanza nel sostenere la necessità di discutere con il paziente, quando accessibile e disponibile, del provvedimento adottato, di fornire spiegazioni razionali, chiare e precise, di restituire anche un ascolto emotivo in grado di sostenere la persona. (13,20). Tale intervento educativo deve estendersi anche ad eventuali familiari, sempre per i medesimi obiettivi di carattere motivazionale ed emozionale (III-B) (7,12,21,23,25).

Come già sottolineato in precedenza devono essere disponibili nella struttura strumenti idonei alternativi alla pratica della contenzione meccanica, che consentano una FLESSIBILITÀ rispetto all'utilizzo della stessa.

Nel caso specifico si fa riferimento ai vari gradi di contenzione ambientale, relazionale e farmacologia che l'equipe, attraverso la propria organizzazione e formazione, è in grado di attuare tempestivamente (6,7,9,12,15,19,20,21,23,24,26,28,30,42,43,44,45,46).

Grande importanza rivestono anche studi e ricerche sul luogo di lavoro, finalizzati all'implemento delle conoscenze e dell'esperienza relative alla pratica della contenzione meccanica ed, in generale, alla gestione dei comportamenti aggressivi anche attraverso strumenti alternativi più rispettosi della dignità della persona e dell'equipe che l'assiste (42,43,44,45,46).

## 9. EVENTI AVVERSI

La pratica della contenzione fisica non è esente da conseguenze indesiderate e oggi si possiede una dettagliata conoscenza delle lesioni dirette ed indirette che tale condizione può determinare.

E' appunto tale consapevolezza che rende ragione dell'interruzione del provvedimento non appena il quadro di agitazione psicomotoria si è risolto.

Le lesioni possono essere procurate al momento della presa del paziente, a seguito di eventuali colluttazioni o contaminazioni con materiale biologico (19) e nel corso della contenzione stessa. In quest'ultimo caso, le lesioni possono essere causate da terzi, mediante atti violenti, abusi od atti scorretti (es. tentativo di liberazione), aggravate da uno stato di insufficiente controllo farmacologico dell'agitazione psicomotoria.

Preme sottolineare come, in caso di contestazione da parte dell'assistito o dei suoi familiari, anche il rischio medico-legale per il personale sia da annoverare tra i rischi connessi a tale provvedimento (18,20,24,25,27).

La letteratura evidenzia una serie di eventi avversi legati alla contenzione:

1. nel momento in cui il paziente è bloccato per applicare i mezzi di contenzione :
  - a. lesioni da trauma, lesioni da taglio
  - b. contusioni, slogature, fratture,
  - c. contaminazione da materiale biologico (non solo ematico, ma anche salivare in conseguenza di sputi);
2. nel corso della contenzione a causa della pressione diretta del dispositivo:
  - a. lesioni dirette dovute alla pressione del dispositivo (6,7,12)
  - b. lesioni da compressione, procurate dai mezzi stessi, a carico sia di strutture nervose che vascolari;
  - c. lesioni derivanti dal tentativo del paziente di liberarsi dai mezzi, con stiramento di articolazioni, muscoli ed estremità distali degli arti, con conseguenti ferite, ecchimosi, slogature, distorsioni, fino a fratture vere e proprie, compressione con edema e gonfiore a valle del mezzo;
  - d. casi di asfissia e strangolamento (III-B) (14);

3. nel corso della contenzione per l'immobilità forzata : (6,8,12)

- a. disidratazione, ipertermia, infezioni, sindrome neurolettica maligna (naturalmente successivi alla somministrazione di psicofarmaci), compressione, aumento della pressione intratoracica, arresto cardio-circolatorio, fino a casi, quantunque rari, di morte improvvisa (III-B) (20, 22);
- b. rischio di trombosi venosa profonda (in genere dopo 24 ore), con la raccomandazione all'impiego, come già riportato in precedenza, di profilassi preventiva (I-A) (11).

I pazienti che risultano particolarmente a rischio sono le persone anziane, le persone affette da patologie cardio-vascolari e da patologie della coagulazione o in trattamento anticoagulante.

E' opportuno assicurarsi inoltre che il paziente, soprattutto se fumatore, non possieda accendini o fiammiferi, poiché la quasi totalità delle "morti da incendio" in corso di contenzione, segnalate in letteratura, sono relative a pazienti che stavano fumando o tentando di accendersi una sigaretta (I-A) (13).

#### 10. BIBLIOGRAFIA CITATA

1. Gumirato G., Cester A. I percorsi della contenzione. Dal caos al metodo. Vega Edizioni, Firenze, 1997.
2. Poli N., Rossetti A.M.L. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi, n.4: 58-67, 2001.
3. Joint Commission International. Standard per Ospedali e per la sicurezza dei pazienti. J.C.I., Versione
4. Scherer Y.K., Janelli L.M. The nursing dilemma of restraints. Journal of Gerontological Nursing, 17:14-17, 1991.
5. Wright G.S., Nursing the Older Patient. Harper & Ron Publishers, 1898, London.
6. Joanna Briggs Institute - Best Practice, voi. 6, issue 3, 2002, Physical Restraint Part 1: use in acute and residential care facilities Systematic Review.
7. Joanna Briggs Institute - Best Practice, voi. 6, issue 4, 2002- Physical Restraint Part 2: Minimisation in acute and residential care facilities Systematic Review
8. Best Practice, Contenzione del paziente, voi. 6, n. 3/4, 2002.
9. Fontana S. e coli., La Contenzione fisica in ospedale, Centro Studi EBM attività 2001, 1:67-73.
10. Begin S., Isolation and Restraint: review of the literature and focus on their impact and normative component, Canadian Journal of Psychiatry, voi. 36 (10), pp. 753-9, 1991.
11. Lursen S.B., Jensen T.N., Olsen N.V, Venous thrombosis and polmonar embolism following physical restraint, Acta Psych. Scand., 2005, Apr., 111(4):342-7.
12. Lugo F., Sarzi Amadè E., Freni S., Erlicher A., La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica, Psichiatria Oggi, anno XIX, n. 1, pp. 28-32, Giugno 2006.
13. Spinogatti F., Agrimi E., La contenzione meccanica: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi, QUIP, XXIV, pp. 43-51, 2005.
14. Gulizia D., La formazione infermieristica orientata all'evidence based quale strumento per il controllo degli infortuni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Tesi di Laurea 2003/2004.

15. Clinical Practice Guidelines for: "Violence: the short term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patients settings and emergency departments", National Institute for Clinical Excellence, NCC-NSC, 22/02/2005.
16. Ahrhamsen C, JCAHO and HCFA new restraint guidelines, *Nursing Management*, voi. 32 (12), pp. 69-70, dee. 2001.
17. Riley e coli., Patient restraint position in a psychiatric inpatient service, *Nursing Times*, voi. 102 (3), pp. 42-5, Jan 2006.
18. Royal College of Nursing, Let's talk about restraint, Royal College of Nursing, March 2008.
19. Short R. e coli., Best practices: safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in precrisis and crisis situations, *Psychiatry Serv*, 59:1376-1378, December 2008.
20. Nelstrop L. e coli., A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as intervention for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient setting and emergency departments, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3 (1):8-18, First Quarter 2006.
21. Park M. e Hsiao-Chen Tang J, Evidence-Based guideline, Changing the practice of physical restraint use in acute care, *Journal of Gerontological Nursing*, pp. 9-16, February 2007.
22. Alien M.H. e coli., Treatment of behavioural emergencies: a summary of the expert consensus guidelines, *Journal of Psychiatric Practice*, voi. 9(1), pp. 16-38, jan 2003.
23. Maccioli G.A. e coli., Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in intensive care unit: use of restraining therapies - American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002, *Crit Care Med*, voi. 31, n. 11, 2003.
24. Cadey J. E coli., Intervention for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities, *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303, 2007.
25. Evans D. e coli., A review of physical restraint minimization in the acute and residential care setting, *Journal of Advanced Nursing*, 40 (6), 612-625, 2002.
26. Stubbs B. e coli., Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient view, and the impact of training, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 99-105, 2009.
27. Jarret M. e coli., Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), 538-548, 2008.
28. Beck N.C. e coli., Trajectories of seclusion and restraint. Use at a state psychiatric hospital, *Psychiatric Services*, voi. 59, n. 9, September 2008.
29. Quanbeck CD. e coli., Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients, *Psychiatric Services*, voi. 58, n. 4, april 2007 Bjorkdahl A. e coli., Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care, *Acta Psychiatr. Scand*, 113: 224-2229, 2006.
30. Mackay I. e coli., Constant or special observations of in patients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 464-471, 2005.
31. Grassi L. e coli., Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study, *Acta Psychiatr. Scand.*, 104:273-279, 2001.
32. Foley S.F. e coli., Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis, *Schizophrenia Research*, 72, 161-168, 2005.
33. Serper M.R. e coli., Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service, *Comprehensive Psychiatry*, 46, 121-127, 2005.
34. Abderhalden C. e coli., Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3:30, pp. 1-11, 2007.
35. Bowers L. e coli., Patient ethnicity and three psychiatric intensive care units compared: the Tompkins Acute Ward Study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 195-202, 2008.
36. Atakan Z, Davies T. ABC of mental health. Mental health emergencies. *BMJ* 1997;314:1740-2. (14 June.)

37. Violence in the community: study of community mental health teams Psychiatric Bulletin (1998). 22. 531-533.
38. Winstanley, Sue BSc, PhD; Whittington, Richard BSc, PhD, RMN - Journal of Clinical Nursing. 13(1):3-10, January 2004
39. Ignatius Loubser, Robert Chaplin, Alan Quirk, Violence, alcohol and drugs: The views of nurses and patients on psychiatric intensive care units, acute adult wards and forensic wards, Journal of Psychiatric Intensive Care, Voi.5 No.1:33 - NAPICU 2009:5:3339
40. Comprehensive Psychiatry. Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service, Elsevier 46 (2005) 121-127.
41. Els G. Van Neste, Ward Verbruggen, Mark Leysen, Deep venous thrombosis and pulmonary embolism in psychiatric settings, The European Journal of Psychiatry v.23 n.1 Zaragoza ene.-mar. 2009.
42. Psicodinamica dell'equipe curante nella gestione di pazienti con comportamento aggressivo nel contesto di un SPDC. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, a.a. 2003-2004, Elisabetta Sarzi Amadè, Salvatore Freni, Franco Lugo.
43. Gestione dell'aggressività in SPDC. Risposta emotiva dell'equipe curante. Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, a.a. 2005-2006. Cinzia Fucile, Franco Lugo, Carla Maria Arlati.
44. Contenzione meccanica in SPDC. Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, a.a. 2007-2008. Rosanna Cetrulo, Franco Lugo, Elena Zaniboni.
45. La risposta emotive dell'equipe curante nella gestione del comportamento violento in SPDC. Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, a.a. 2007-2008. Dario Quarta, Franco Lugo, Elena Zaniboni.
46. Il ricorso alla contenzione in ambito psichiatrico. Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, a.a. 2008-2009. Angelo D'Effremo, Franco Lugo, Elena Zaniboni.
47. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - 10/081 /CR07/C7 -, contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione, 29 luglio 2010

	TIMBRO CENTRO di COSTO
--	------------------------

CONTENZIONE FISICA : OSSERVAZIONE E REGISTRAZIONE PARAMETRI

Cognome e Nome paziente / / /

**FOGLIO N°**

INIZIO CONTENZIONE data / / /

ore

FIRMA  
MEDICO

DEL

MATRICOLA

Contenzione 1 arto <input type="checkbox"/>	
2 arti <input type="checkbox"/>	
3 arti <input type="checkbox"/>	
4 arti <input type="checkbox"/>	

Indicare nel disegno (X)  
il posizionamento dei

**LEGENDA**  
 1 sopore/sedazione 2 orientato  
 e/o collaborante **I** grave  
 agitazione psicomotoria

DATA	ORA	AGITAZIONE 1 — 2 - 3	I-C		SATURAZ O <sub>2</sub> %	PROFILASSI T.V.P.			ALTERAZIONE LOCALE ARTO		OSSERVAZIONI	FIRMA PROFESSIONISTA SANITARIO
						iniziata	manutenut a	sospesa	NO	SI		

TERMINE CONTENZIONE data / / / alle ore

FIRMA DEL MEDICO

mezzi invasivi

MATRICOLA \_\_\_\_\_

