



--

Sommario:

1. PREMESSE GENERALI
2. OBIETTIVI
3. MATERIALE/ATTREZZATURA
4. COMPETENZE/RESPONSABILITA'
5. MODALITÀ OPERATIVE - CONTENZIONE
6. MODALITÀ OPERATIVE - ALLONTANAMENTO
7. STRUMENTI DI VERIFICA.....

REV	DATA	MOTIVO	PAG.
	14/02/2022	Modifiche formali	Tutte

Redatto da:

Coord. Sanitario	Segreteria
Dott. S.Saccuti	De Cristofaro F.

Approvato da:

Coord. di Struttura	Infermiere
Dott.ssa De Cristofaro Lucia	Claudio Rano



1. PREMESSE GENERALI

In riferimento alle linee guida della Regione Emilia Romagna ed ai contenuti dell'art.54 comma 1 del Codice Penale l'ASP, in accordo con l'AUSL, assicura l'adozione di regole di comportamento in merito all'attivazione dei mezzi di tutela fisica e farmacologica al fine di garantire un ambiente protesico e tutelante nel rispetto della dignità dell'uomo.

Per CONTENZIONE FISICA si intende quell'atto sanitario-assistenziale che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati direttamente alla persona oppure inseriti nell'ambiente circostante ad essa (es.: BRACCIALI, CINTURE, FASCE, CORPETTI, SPONDE PROTEZIONE LETTO, ecc.) con lo scopo di ridurre/controllare i movimenti del soggetto al fine di tutelare in via prioritaria la sua salute e/o di prevenire comportamenti aggressivi verso se stessi o verso gli altri.

E' opportuno distinguere, tra i mezzi di contenzione, quelli maggiormente restrittivi della possibilità di movimento corporeo (fasce, polsini, corpetti, bracciali, ecc.) e quelli che permettono la mobilità degli arti e del tronco (sponde di protezione del letto, tavolino e cintura per carrozzina) che vengono definiti come presidi precauzionali.

Non sono da considerare mezzi di contenzione l'utilizzo di una sola spondina che permette al paziente di salire o scendere dal letto autonomamente

Nel caso in cui l'equipe attui la scelta di NON CONTENERE, è necessario pianificare, condividerle (con i famigliari e gli operatori) le azioni di sorveglianza che devono essere fatte per evitare cadute e possibili fughe del residente, tenendo costantemente monitorata la situazione anche in relazione agli eventuali farmaci somministrati.

In ogni caso la decisione di adottare misure coercitive deve avvenire solo dopo aver verificato l'impossibilità o l'inefficacia di interventi alternativi utilizzando il mezzo più appropriato e deve essere rivalutata appena possibile per verificarne l'effettiva necessità. In ogni caso la decisione di applicare la contenzione dovrà essere adottata come *extrema ratio* e concordata dall'equipe assistenziale sulla base delle condizioni del paziente valutato nelle sue componenti multidimensionali.

L'utilizzo del mezzo di tutela fisico è considerato un provvedimento temporaneo allo scopo di diminuire i rischi e non può essere considerato una condizione definitiva e permanente.

2. OBIETTIVI

- ✓ Garantire sicurezza e incolumità nel rispetto della dignità a tutti gli ospiti;
- ✓ Uso appropriato dei mezzi di tutela fisici e relativo monitoraggio;
- ✓ Ridurre ricorso alle pratiche di contenzione fisica e promuovere l'adozione di soluzioni alternative;
- ✓ Rendere l'ambiente della struttura idoneo in termini di sicurezza evitando il più possibile barriere architettoniche e/o ostacoli che possano inibire la piena fruizione degli spazi;



- ✓ Regolamentare e documentare i percorsi di utilizzo dei mezzi di contenzione fisica nel caso si rendano necessari inseguito al fallimento e/o inapplicabilità di altre soluzioni;
- ✓ evitare allontanamenti.

3. **MATERIALE/ATTREZZATURA**

- ✓ Presidi conformi alle direttive AUSL.

4. **COMPETENZE/RESPONSABILITA'**

- ✓ **Medico/Infermiere/ Coordinatore-R.A.A./OSS/FKT/Famigliare**

Responsabilità del Medico di struttura:

- Valutazione sanitaria dell'ospite all'ingresso in struttura e/o dopo cambiamento delle condizioni psico-fisiche;
- Compilazione della scheda di prescrizione e monitoraggio dei M.T.F. con il consenso informato del paziente/parente (**Allegato 1 sez.A**);
- Rivalutazione dell'ospite (**Allegato 1 sez.B**).

Responsabilità dell'Infermiere/O.S.S./FKT della struttura:

- Valutazione assistenziale/infermieristica dell'ospite all'ingresso in struttura e/o dopo cambiamento delle condizioni psico-fisiche anche in assenza del medico di struttura;
- Adozione di interventi di ordine generale;
- Applicazione degli M.T.F.;
- Compilazione del modulo di monitoraggio giornaliero al termine del turno di lavoro con segnalazione delle eventuali non conformità (**Allegato n.3**);
- Compilazione della scheda di segnalazione al Medico, al Coordinatore e sulla Consegna Integrata (**Allegato 2**);
- Rimozione degli M.T.F. dopo valutazione medica;
- Fotocopia e archiviazione della scheda di prescrizione (solo per infermieri);
- Monitoraggio degli M.T.F. (anche compilazione degli indicatori).

Responsabilità del Coordinatore-R.A.A.:

- Predisposizione di ambiente protesico/tutelare;
- Elaborazione e condivisione dei dati raccolti;
- Predisporre periodica analisi con l'equipe per valutazione misure adottate ed eventuali eventi sentinella.
-



5. MODALITÀ OPERATIVE

Valutazione sanitaria con attenta osservazione di tutti gli ospiti all'ingresso e in caso di cambiamento delle loro condizioni psico-fisiche da parte del medico

curante in collaborazione con Infermiere/RAA/OSS e FKT, e precisamente:

Valutazione dello stato mentale con presenza di grave disorientamento spazio temporale e/o di agitazione psico-motoria, associato a:

- Patologie che condizionano la deambulazione
- Elevato rischio di caduta in base alla scheda Tinetti compilata dall'UVG prima dell'ingresso del paziente e dall'FKT in struttura
- Precedenti anamnestici per cadute
- Segnalazione di avvenuta contenzione motivata da parte dei reparti di provenienza o dal domicilio
- Persone con Wandering e/o a rischio di fuga
- Necessità di terapia EV e/o alimentazione con SNG/PEG

Al termine della valutazione e/o dopo adeguato periodo di osservazione da parte di tutta l'equipe, il Medico propone di :

- non prescrivere nessun mezzo di contenzione
- prescrivere mezzi di contenzione

Qualora l'equipe decida, in accordo con i familiari, di non prescrivere nessun mezzo di contenzione, saranno attuate tutte le misure di sorveglianza necessarie per evitare possibili cadute e/o allontanamento (vedi successivo capitolo specifico)

Nel caso di necessità di prescrizione, oltre all'attuazione di strategie alternative, il Medico compila adeguata scheda (vedi Allegato 1 sez.A) avendo cura di segnalare il tipo di mezzo di contenzione, tempi e modalità dell'applicazione. Seguirà l'attuazione e il successivo attento monitoraggio da parte di tutta l'equipe.

Verranno informati i familiari ed invitati alla condivisione e sottoscrizione della scheda di prescrizione.



Percorso per l'adozione degli M.T.F. in assenza del medico:

In assenza di prescrizione se l'Infermiere e/o l'O.S.S. , durante il turno di notte, ravvedono la necessità di garantire l'incolumità dell'ospite, possono SOLO IN

CASO DI EFFETTIVA NECESSITA' applicare la contenzione limitatamente al periodo necessario, in attesa dell'intervento del Medico e/o Guardia Medica.

L'Infermiere o l'O.S.S. compilano la scheda di segnalazione (vedi Allegato 2).

6. PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI FUGA (ALLONTANAMENTO)

Negli anni nelle diverse strutture sono state attuate varie modifiche, anche strutturali, per garantire la sicurezza dei luoghi e la possibilità di evitare fughe degli ospiti, pur garantendo agli stessi la libertà di movimento. E' necessario adottare misure di sorveglianza molto strette per certi ospiti (wondering).

Per ogni turno deve essere previsto una figura addetta alla sorveglianza, vedi piano delle attività, considerando che in alcuni momenti tale compito può essere affidato anche al personale infermieristico.

Qualora si verificasse l'evento di scomparsa momentanea di un anziano, tutto il personale concorre alla ricerca all'interno della struttura, immediata e rapida.

Se non si trovasse all'interno della struttura, un infermiere ed un operatore andranno nelle aree pertinenziali del fabbricato, mentre la RAA o un OSS telefona immediatamente ai familiari ed ai Carabinieri.

Se l'anziano viene ritrovato, tranquillizzarlo e verificare se ha subito traumi o ferite.

Segnalare in consegna l'accaduto e registrarlo come evento sentinella, dandone comunicazione all'AUSL/SAA. nella consegna oltre alla segnalazione occorre descrivere le circostanze e criticità che hanno permesso che questo fatto succedesse, per studiarne le soluzioni per attuare strategie efficaci.

Dopo questo tipo di evento (sentinella), seguirà una riunione con lo scopo di pianificare azioni migliorative nel fabbricato o nella recinzione, qualora l'uscita fosse dovuta a tali problemi, oppure aumentare la vigilanza.



7. STRUMENTI DI VERIFICA-Indicatori

- Corretta compilazione della modulistica specifica/funzioni su programma sftw della cartella sanitaria.
- Monitoraggio costante e segnalazione tempestiva di eventi sentinella (ad es.: ospite che scavalca spondine nel letto, ospite che cade dalla carrozzina con contenzione, ecc.) – Allegato n.1 sez.B - **tale compilazione è esclusivamente informatica.**



VALUTAZIONE E APPROPRIATEZZA
DELL'APPLICAZIONE DEI MEZZI DI
TUTELA FISICA (CONTENZIONE) -
PREVENZIONE/GESTIONE
ALLONTANAMENTO

I
Rev. 0 - 14/02/2022
Pag.7 di 12

ALLEGATO 1 - Sez. A

SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE E MONITORAGGIO UTILIZZO MEZZI DI TUTELA FISICA

Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Disagio prevalente _____

Patologie Associate _____

Motivazioni della tutela fisica:

☐ autolesionismo ☐ eterolesionismo ☐ agitazione psicomotoria ☐ rischio di cadute ☐ trattamenti intensivi

☐ altro _____

Prima della prescrizione della contenzione sono state tentate le seguenti alternative:

TIPO di Ausilio	DATA inizio prescrizione	FASCIA ORARIA UTILIZZO						DATA sospensione
		Dalle	Alle	Dalle	Alle	Dalle	Alle	
Corpetto/i con bretelle								
Cintura di sicurezza per il letto								
Sponda/e per letto fissata/e								
Cintola pelvica								
Bracciali di immobilizzazione								
Carrozzina con tavolino								
Cintura per carrozzina o sedia								
altro								

Frequenza di controllo (max 6 mesi): _____

Firma del Medico _____ Firma dell'I.P. _____

Firma dell'OSS/RAA _____ Firma dell'Ospite/Parente _____

ALLEGATO 1 - Sez. B

Date di Valutazione:

Commento: _____

Firma del Medico _____ Firma dell'I.P. _____

Firma dell'OSS/RAA _____ Firma dell'Ospite/Parente _____



ALLEGATO 2

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

☐ AL MEDICO DI STRUTTURA

☐ AL COORDINATORE DI STRUTTURA

DATA _____

Ora: _____

Io sottoscritto OSS/Inf. _____

- Presa visione della cartella e del PAI relativi al Sig./Sig.ra _____
- Avendo valutato che il Sig./Sig.ra si trova in una condizione di potenziale rischio di lesioni a se e/o ad altri in caso di mancanza di sorveglianza continuativa
- Visto che ne la struttura ne i famigliari allo stato attuale non sono in grado di attivare misure alternative alla contenzione per la tutela ed il benessere psicofisico dell'ospite
- Avendo messo in atto le seguenti strategie: _____

INFORMA

Il Medico curante Dr. _____

ed il Coordinatore di struttura _____

della situazione di cui sopra.

E CHIEDE

Al Medico curante di prendere visione quanto prima le misure urgenti adottate a tutela del benessere del Sig./Sig.ra di cui sopra e conseguente valutazione pianificazione idonea.

Firma del Medico _____ Firma Inf. _____

Firma OSS/RAA _____ Firma Ospite/Fam. _____



ALLEGATO 3

GRIGLIA MENSILE DI MONITORAGGIO MTF E SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA'

ANNO: _____ MESE DI: _____

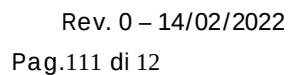
G	T	FIRMA I.P.	FIRMA OSS PIANO TERRA	FIRMA OSS PIANO 1	FIRMA OSS PIANO 2	NOTE
1	m					
	p					
	n					
2	m					
	p					
	n					
3	m					
	p					
	n					
4	m					
	p					
	n					
5	m					
	p					
	n					
6	m					
	p					
	n					
7	m					
	p					
	n					
8	m					
	p					
	n					
9	m					
	p					
	n					
10	m					
	p					



GRIGLIA MENSILE DI MONITORAGGIO MTF E SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA'

ANNO: _____ MESE DI: _____

G	T	FIRMA I.P.	FIRMA OSS PIANO TERRA	FIRMA OSS PIANO 1	FIRMA OSS PIANO 2	NOTE
16	m					
	p					
	n					
17	m					
	p					
	n					
18	m					
	p					
	n					
19	m					
	p					
	n					
20	m					
	p					
	n					
21	m					
	p					
	n					
22	m					
	p					
	n					
23	m					
	p					
	n					
24	m					
	p					
	n					
25	m					
	p					
	n					
26	m					



ANNO: _____ **MESE DI:** _____

[illegible]



ABBREVIAZIONI:

- MTF : mezzi di tutela fisica
- FKT : Fisioterapista

BIBLIOGRAFIA:

- DGR Emilia Romagna n.564/2000;
- DGR Emilia Romagna n.514/2009;
- Documento AUSL-RE “Tutela dei pazienti ricoverati in strutture ospedaliere, residenziali o semi-residenziali” del 2010