



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo per la gestione della contenzione fisica

Pag. 1 di 14

PRO – 11
Rev. 01 del 13.07.2020

PRO – 11

Protocollo per la gestione della contenzione fisica

Sommario

Applicabilità.....	2
Gestione del rischio	2
Emergenza Covid-19.....	4
Informazioni documentate da conservare	5
Revisione del Protocollo	6
1. Scopi	6
2. Destinatari	6
3. Ambito di applicazione	7
3.1 Contesto normativo.....	7
3.2 Criteri per l'identificazione dei soggetti a rischio	7
4. I mezzi di contenzione. Descrizione.....	7
4.1 Definizione di mezzo di contenzione.....	7
4.2 Tipologie di mezzi di contenzione	8
5. L'utilizzo dei mezzi di contenzione	8
6. Soluzioni alternative alla contenzione: il contenimento	9
7. Prescrizione dei mezzi di contenzione.....	10
8. Metodi alternativi alla contenzione	11
9. Istruzioni operative d'urgenza per la Contenzione	11
Allegato 1– Modulo Prescrizione Contenzione	12
Allegato 3 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA	14

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Protocollo per la gestione della contenzione fisica

Pag. 2 di 14

PRO – 11
Rev. 01 del 13.07.2020

00	Prima emissione	31/03/2011		
01	Modifica	29.07.2019		
02	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA

Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDS	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Contenzione fisica	11	Protocollo per la gestione della contenzione fisica	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

Gestione del rischio



La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:

P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$
 R = indice del rischio;
 P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;
 C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Range numerico	Livello	Misure di contenimento
----------------	---------	------------------------

1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
-------	----------------------	---

4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
-------	----------------------	---

9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.
--------	---------------------	--

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
-----------------	---------	----------------------

1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
---	--------------------	--

2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
---	--------------------	--



3	Probabile	<i>Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.</i>
---	-----------	---

4	Molto probabile	<i>Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.</i>
---	-----------------	--

Valutazione delle conseguenze (C)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	Lieve	<i>Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili</i>
2	Media	<i>Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
3	Grave	<i>Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
4	Gravissima	<i>Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione</i>

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	<p>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</p>	<p>Pag. 5 di 14</p>
	<p>Protocollo per la gestione della contenzione fisica</p>	<p>PRO – 11 Rev. 01 del 13.07.2020</p>

organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.



In allegato al presente protocollo (allegato 1) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- **n. pagina oggetto di modifica;**
- **paragrafo da modificare;**
- **testo del paragrafo da modificare;**
- **testo proposto per la modifica**

1. Scopi

Questo protocollo è redatto per i seguenti scopi:

1. ridurre il ricorso alla contenzione fisica
2. regolamentare l'uso della contenzione
3. favorire ed adottare strategie alternative

2. Destinatari

Sono destinatari del presente protocollo:

Addetti assistenza di base, infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, medici di medicina generale, animatori, educatori professionali, maestri d'arte

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 7 di 14
	Protocollo per la gestione della contenzione fisica	PRO – 11 Rev. 01 del 13.07.2020

3. Ambito di applicazione

Questo protocollo si applica ai mezzi di contenzione così come definiti nel successivo Paragrafo 4.

L'utilizzo dei mezzi di contenzione è limitato dalle previsioni normative qualora leda alcuno dei principi espressi dagli articoli indicati nel paragrafo 3.1.

3.1 Contesto normativo

- ART. 13 della Costituzione (inviolabilità della libertà individuale)
- ART 32 (necessità del consenso all'attività terapeutica).
- L'uso inappropriato dei mezzi di contenzione può ricadere nell'ambito dell'articolo 610 del codice penale, configurando il reato di violenza.

3.2 Criteri per l'identificazione dei soggetti a rischio

I mezzi di contenzione si applicano in caso di evidente e manifesta necessità.

I principali fattori che suggeriscono la valutazione delle condizioni dell'assistito ai fini dell'eventuale necessità di adottare mezzi di contenzione sono, nella letteratura prevalente, i seguenti:

- Età avanzata
- Decadimento cognitivo di grado avanzato
- Stato psico-sociale o affettivo alterato (agitazione, aggressività, depressione, negazione dello stato di malattia)
- Cadute pregresse
- Debilitazione e debolezza
- Disturbi dell'equilibrio e della deambulazione

4. I mezzi di contenzione. Descrizione

4.1 Definizione di mezzo di contenzione

Qualsiasi mezzo o dispositivo fisico o meccanico che applicato ad un corpo o nello spazio circostante la persona, limita i movimenti volontari di tutto il corpo di una sua parte.



4.2 Tipologie di mezzi di contenzione

I mezzi di contenzione si dividono in:

1. **Mezzi di contenzione per il letto**
 - a. Spondine, che possono essere a scatto e già applicate al letto, o essere asportabili. Sono destinate a persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente e a persone sotto sedazione. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità da parte del paziente di scavalcarle.
2. **Mezzi di contenzione per la sedia**
 - a. Fascia per carrozzina o poltrona, da applicare per la sicurezza dell'Utente a rischio di caduta, per questioni di sicurezza, è da evitare l'uso di questo mezzo sulle normali sedie che, data la leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.
3. **Sistemi di postura per contenzione**
 - a. Sedie contenitive
 - b. Tavolino, protegge il paziente da possibili cadute nel tentativo di alzarsi e permette di utilizzare il piano di appoggio per le attività.
4. **Altri sistemi di contenzione**
 - a. Fasce e/o cinture contenitive
 - b. Altro specifico sistema adottato (da specificare a cure dell'autorità sanitaria che ne prevede la disposizione)

5. L'utilizzo dei mezzi di contenzione

L'utilizzo dei mezzi di contenzione deve essere limitato a circostanze eccezionali, quali:

- situazioni di emergenza, quando il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé e per gli altri, e l'uso della contenzione si dimostri la scelta migliore;
- auto ed eterolesionismo;
- protezione dei presidi medicali specialmente quando necessari per l'immediato benessere del paziente;
- quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta conseguente ad ogni intervento di alzarsi e camminare;
- stato di incoscienza o ebrezza;
- periodo pre e post sedazione;
- per mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotori che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico.



6. Soluzioni alternative alla contenzione: il contenimento

Per i disturbi d'ansia:

- utilizzare strategie relazionali,
- compagnia individuale, disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore, empatia, conforto, contatto fisico,
- proposte motorie, tecniche di rilassamento.

Per l'agitazione psicomotoria (compresi deliri e allucinazioni):

- strategie ambientali con strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi,
- evitare situazioni di intolleranza ambientale ed interpersonale,
- strategie relazionali dell'operatore,
- proposte per distogliere l'ospite dallo sfogo aggressivo con terapia occupazionale,
- allontanamento del presunto evento scatenante, anche attraverso tecniche di contatto finalizzate a prevenire un danno che l'utente può causare a se stesso o agli altri

Per la prevenzione delle cadute:

- introdurre modifiche ambientali per ridurre il rischio: diminuzione dell'altezza dei letti, illuminazioni e pavimentazioni adeguate, dispositivi d'allarme scendiletto, strisce antisdrucchiolo, assenza di barriere architettoniche, sanitari adeguati,
- valutare la cura del piede ed esporre l'eventuale problema alle figure tutorie o alle figure professionali competenti per la valutazione di acquisto di calzature adeguate,
- introdurre specifici interventi riabilitativi: deambulazione assistita, recupero funzionale,
- far valutare alle figure tutorie o alle figure professionali competenti (assistente sociale, infermiere, medico, ecc.) la necessità di dotazione di ausili in base alle caratteristiche fisiologiche e patologiche dell'utente.

E' necessario poiché la prescrizione di un mezzo di contenzione è di competenza ESCLUSIVA del medico, che questo fornisca al Coordinatore del servizio certificazione/autorizzazione ove siano specificati tipologia del mezzo da utilizzare e tempi di utilizzo nonché fotocopia del consenso informato debitamente firmato dall'utente, dal familiare responsabile o legale rappresentante. Tale documento è conservato nella cartellina dell'utente.

In situazioni di emergenza o in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione, questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

Qualsiasi fatto o evento inerente l'utilizzo dei mezzi di contenzione rilevato dall'operatore di assistenza deve essere comunicato al Responsabile del servizio



7. Prescrizione dei mezzi di contenzione

La prescrizione dei mezzi di contenzione è di competenza del medico, in situazioni di emergenza o in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione, questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile. **La prescrizione viene registrata su apposita modulistica in allegato 1 al presente protocollo.**

Il processo di prescrizione del mezzo di contenimento è scandito dalle seguenti fasi:

- segnalazione del bisogno e richiesta d'intervento,
- identificazione dei fattori di rischio prevenibili,
- valutazione e selezione delle risposte più idonee,
- scelta idonea dei mezzi di contenzione,
- valutazione rapporto rischi/benefici,
- predisposizione per il corretto uso (tipo, zona di applicazione, durata e tempi, controllo effetti collaterali) mediante prescrizione,
- illustrazione agli operatori delle specifiche operative,
- verifica del conseguimento degli obiettivi previsti.

La prescrizione del mezzo di contenzione deve contenere:

- la motivazione
- il tipo di contenzione
- la durata, che deve essere limitata nel tempo. La prescrizione deve indicare il termine dell'intervallo di tempo e della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di prolungare/ridurre è consequenziale ad una rivalutazione. Non può essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo le condizioni del soggetto. **In ogni caso l'infermiere (o il Coordinatore laddove la struttura non preveda il servizio infermieristico) sollecita almeno semestralmente il MMG ovvero il medico specialista che ha prescritto la misura di contenzione ad una sua rivalutazione, ancorché fosse solo per conferma della stessa.**

Durante la contenzione devono essere svolti controlli atti a garantire:

- la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte;
- ogni valutazione di ogni effetto dannoso causato dalla contenzione come abrasioni, ulcere da decubito, deve essere fatta ogni tre/quattro ore ,
- il comfort e la sicurezza.

La struttura tiene aggiornato un monitoraggio della contenzione fisica prescritta. Tutti gli operatori sono tenuti a registrare eventuali notizie utili per l'efficace monitoraggio compilando la parte dedicata al "MONITORAGGIO DELLA CONTENZIONE FISICA" dell'Allegato 1. L'infermiere o, in assenza di questi

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 11 di 14
	Protocollo per la gestione della contenzione fisica	PRO – 11 Rev. 01 del 13.07.2020

nell'organico della struttura, il Coordinatore, provvede agli aggiornamenti necessari il MMG / Medico specialista e il rappresentante legale o il familiare dell'Ospite.

8. Metodi alternativi alla contenzione

Uno dei compiti dell'equipe multidisciplinare è quello di individuare strategie alternative per ridurre al minimo il ricorso alla contenzione/ al contenimento.

9. Istruzioni operative d'urgenza per la Contenzione

Nel caso in cui si presenti la necessità urgente di applicare la contenzione fisica ai fini di salvaguardare l'incolumità dell'assistito o dell'operatore, l'infermiere può applicare il mezzo di contenzione trascrivendo tutte le informazioni nel diario infermieristico, specificando il carattere di urgenza e le temporaneità dell'applicazione. A seguito dell'evento provvede immediatamente ad informare il medico di medicina generale dell'assistito sull'accaduto.

Per poter successivamente applicare la contenzione occorre far prescrivere le modalità nel diario clinico e compilare l'apposita scheda allegata a questo protocollo.



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo per la gestione della contenzione fisica

Pag. 12 di 14

PRO – 11
Rev. 01 del 13.07.2020

Allegato 1- Modulo Prescrizione Contenzione

Cognome e Nome dell'Ospite _____

Data di nascita _____

MMG _____

MEDICO SPECIALISTA CURANTE _____

MOTIVAZIONE DELLA CONTENZIONE:

TIPOLOGIA DI CONTENZIONE:

- Spondine
- Fascia di sicurezza per letto
- Tavolo per carrozzina
- Reggibraccio
- Polsiere
- Altro (specificare)** _____

DURATA:

La contenzione è autorizzata a partire dal _____

La contenzione:

Terminerà il _____

Dovrà essere rivalutata entro il _____

La contenzione è disposta per n. _____ ore:

Diurne

Notturme

ALTRE INDICAZIONI OPERATIVE INERENTI LA CONTENZIONE

Data della prescrizione:

FIRMA DEL MEDICO _____

Data della presa visione:

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE/FAMILIARE (specificare ruolo)



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo per la gestione della contenzione fisica

Pag. 14 di 14

PRO – 11
Rev. 01 del 13.07.2020

Allegato 3 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA _____

E- personam

€ Si

€ No

In caso di risposta 'Sì' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al _____