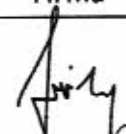
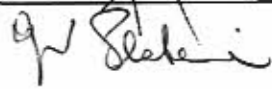
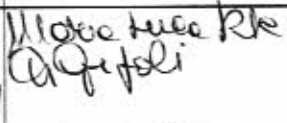
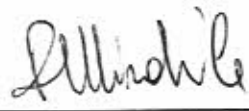

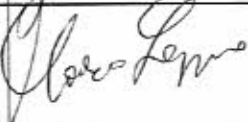


PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

Procedura per la  
CONTENZIONE FISICA

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott. <b>A. Messina</b> Responsabile SPDC Ospedale Umberto I Enna	13/09/2024	
	Dott. <b>L. Bonelli</b> Direttore UOC Salute mentale	12-09-24	Regione Sicilia - Asp di Enna UOC Salute Mentale Dott. Luigi Bonelli - Psichiatra Ordine Medici 1588 Prov. EN Cod. ENPAM 300973183P
	Dott. <b>G. Platania</b> Incarico di Funzione Qualità e Rischio Clinico	16-9-24	
Verifica	Dott.ssa <b>M.L.R Di Grigoli</b> Dirigente UOS Professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche	17/09/24	
	Dott.ssa <b>C. Murè</b> Direttore Dipartimento salute mentale	12-09-24	Regione Siciliana - Asp di Enna Dipartimento Salute Mentale IL DIRETTORE Dott.ssa Carmela Murè - Psichiatra Ordine Medici 1042 Prov. EN Cod. ENPAM 300115200
Verifica formale	Dott. <b>P. Mirabile</b> Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	17/09/24	
Approvazione	Dott. <b>E. Cassarà</b> Direttore Sanitario Aziendale ASP Enna	17/09/24	
Adozione	Dott. <b>M. Zappia</b> Direttore Generale ASP Enna	20/09/24	

## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

Introduzione	3
1.	Scopo .....3
2.	Campo di applicazione.....4
3.	Scheda di registrazione delle modifiche.....4
4.	Definizioni ed acronimi.....4
5.	Responsabilità .....5
6.	Descrizione delle attività .....6
6.1	Indicazioni generali di ordinamento giuridico .....6
6.2.	Strumenti utilizzati per la contenzione fisica.....9
6.3.	Prescrizione.....10
6.4	Attuazione e monitoraggio .....11
6.4.1.	Complicanze/Eventi avversi .....12
6.5	Modalità operativa per l'immobilizzazione del paziente con elevato livello di pericolosità .....12
6.6.	Coinvolgimento del paziente caregiver familiare .....13
7	Documenti di riferimento .....14
8	Allegati .....14
9	Diagramma di flusso .....15
10	Lista di distribuzione .....15



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

### Introduzione

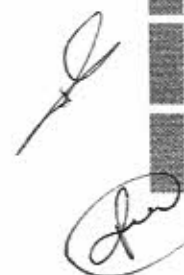
L'agire medico deve essere finalizzato a tutelare la salute fisica e psichica del paziente, nel rispetto della libertà e della dignità della persona. Pertanto l'utilizzo della contenzione rappresenta un atto straordinario, che si configura come strumento di salvaguardia per l'incolumità e l'integrità del paziente.

Per contenzione si intende "un atto sanitario-assistenziale esplicato attraverso mezzi fisici, chimici o ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante, con l'obiettivo di limitare la motilità di un soggetto, che non può essere controllata o rimossa facilmente dalla persona" (Evans 2002). **Questa procedura, che comporta una limitazione della libertà personale, viene adottata quando ricorre la necessità di inibire un comportamento, che potrebbe risultare di nocimento allo stesso paziente o a terzi (aggressività auto o eterodiretta, grave agitazione con impossibilità a procedere nel percorso diagnostico terapeutico e situazioni simili), laddove tutte le altre misure alternative (de-escalation, talk down, trattamento farmacologico) si siano dimostrate inefficaci.**

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha stabilito che «il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare "l'extrema ratio" e deve avvenire *«solamente in situazioni di reale necessità ed urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi»* (Parere 23 aprile 2015). Il fine dei professionisti sanitari che ne motiva l'impiego è rappresentato dalla necessità di garantire la sicurezza del paziente, e la possibilità di erogare prestazioni necessarie e funzionali, in condizioni cliniche particolari.

### 1. Scopo

- ✓ Regolare la contenzione fisica di tipo meccanico, al fine applicarla, laddove la si ritenga strettamente necessaria, nel rispetto della dignità e sicurezza dei pazienti;
- ✓ Definire tutte le situazioni di urgenza o emergenza, per le quali l'atto di contenzione rappresenti in quel momento l'unico e inevitabile atto per la salvaguardia dell'incolumità della persona o di terzi;
- ✓ Regolare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico;
- ✓ Fornire le conoscenze sugli aspetti medico legali dell'uso della contenzione da parte dei professionisti sanitari.



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

### 2. Campo di applicazione

Tutti i pazienti ricoverati presso tutte le UU.OO. dell'ASP 4 di Enna, che presentino:

- Condotte auto/etero aggressive;
- Condotte che impediscano le procedure diagnostiche o il trattamento;
- Pazienti il cui comportamento mette a rischio la propria incolumità fisica;
- Pazienti il cui comportamento mette a rischio l'incolumità di terzi.

### 3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
28/08/2024	0.0.	Prima Emissione

### 4. Definizioni ed acronimi

**Contenzione:** atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

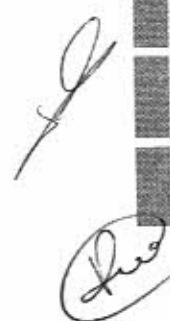
**Contenzione fisica:** qualsiasi procedura attraverso la quale vengono bloccati fisicamente i movimenti del paziente.

**Contenzione meccanica:** quando vengono utilizzati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti di un paziente.

**Mezzi di contenzione:** strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

**C.P.:** Codice Penale

**T.S.O.:** Trattamento Sanitario Obbligatorio

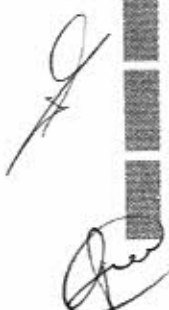


PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

**5. Responsabilità**

**Legenda** R: responsabile, C: coinvolto, I: informato, R\*(in urgenza se medico non presente)

Attività	Medico	Infermiere	OSS	Familiare/ care giver
Valutazione della problematica del paziente	R	R	I	C
Prescrizione della contenzione	R	C/R*	I	I
Valutazione modalità di contenzione idonea	R	C/R*	I	
Applicazione mezzo contenitivo	C	R	C	
Assistenza al paziente nel soddisfacimento dei bisogni primari durante la contenzione	C	R	C	
Monitoraggio paziente durante contenzione	R	R	C	
Rivalutazione su necessità di proseguire o interrompere la contenzione	R	C	I	
Evidenza su documentazione clinica	R	R	C	
Informazione e coinvolgimento familiari	R	C	I	C



## 6. Descrizione delle attività

### 6.1 Indicazioni generali di ordinamento giuridico

Nel nostro ordinamento giuridico non esiste disposizione di legge che autorizzi, in modo esplicito, l'uso dei mezzi di contenzione. Dal punto di vista normativo, la contenzione meccanica non è considerata come atto terapeutico e, se non motivata dallo stato di necessità, comporta per i sanitari la responsabilità di sequestro di persona. I riferimenti giuridici relativi al tema sono contenuti nell'articolo 32 della Costituzione Italiana, che recita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, ... 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.

Tuttavia ciò che fornisce legittimazione alla contenzione è quanto stabilito dall'art.54 del codice penale riguardante lo stato di necessità. Per cui la possibilità di ricorrere alla contenzione meccanica sussiste qualora altri mezzi non si siano mostrati efficaci, in casi in cui sia evidente il carattere di un intervento "non ordinario" e motivato.

Lo stato di necessità sussiste allorché il pericolo di un grave danno alla salute per sé o per gli altri (soccorso necessitato) sia attuale ed imminente e non è sufficiente che tale pericolo sia probabile o temuto, dovendo essere non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva (Cass. Sez. 5 n. 28704 del 14/04/2015).

Sostanzialmente, si può affermare che il ricorso alla contenzione meccanica è giustificato dalla necessaria presenza di alcuni requisiti:

- l'evidenza di un pericolo attuale per grave agitazione e gravi alterazioni comportamentali;
- il pericolo deve prevedere un danno immediato alla vita o all'integrità di sé o di altri;
- l'evidenza che solo con il mezzo coercitivo si può evitare il danno;
- la coercizione deve essere proporzionata al pericolo da evitare.

Diversamente la contenzione meccanica non va applicata nei seguenti casi:

- A scopo punitivo/disciplinare;
- Per sopperire a carenze di personale sanitario;
- Come alternativa all'osservazione diretta e continua.



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

Da una revisione sistematica della letteratura è stato evidenziato che le seguenti condizioni costituiscono fattori di rischio per la contenzione (Beghi et al.,2013):

- Deterioramento cognitivo;
- Disorientamento spazio-temporale;
- Agitazione psico-motoria;
- Riduzione del visus;
- Rischio di caduta;
- Wandering (vagabondaggio);
- Interferenza con i trattamenti;
- Rischio di rimozione di devices (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica...);
- Comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici;
- Necessità di praticare terapia psicofarmacologica.

La contenzione meccanica è applicabile in quelle situazioni di urgenza o emergenza, per le quali l'atto di contenzione rappresenti in quel momento l'unico e inevitabile intervento per la salvaguardia dell'incolumità della persona o di terzi. L'applicazione della contenzione dovrà essere necessariamente adeguata e proporzionata al pericolo cui, in caso di omissione della procedura, sarebbe andato incontro il paziente. In tali circostanze la non applicazione di un mezzo di contenzione che dovrebbe essere posto in essere, per la tutela della salute della persona assistita, potrebbe configurare il reato di omissione di soccorso o di abbandono di persona incapace (ex artt. 591 e 593 c.p.).

Da rammentare che l'utilizzo indiscriminato e ingiustificato della contenzione fisica rientra tra le fattispecie previste dai seguenti articoli del codice penale:

**Art. 571:** "Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni 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. 605 –** Sequestro di persona: "Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni".



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

A sostegno del personale medico ed infermieristico e a tutela dello stesso e del paziente, intervengono i Codici Deontologici.

### **Codice di Deontologia Medica FNOMCeO (2014)**

**Articolo 18 – Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica:** *“I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”.*

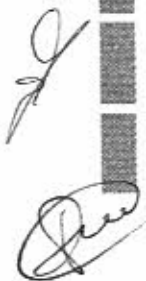
**Articolo 32- Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili:** *“Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona”.*

**Articolo 51 –Soggetti in stato di limitata libertà personale:** *“Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti. Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge”.*

### **Codice Deontologico degli Infermieri FNOPI (2019)**

**Articolo 30 - Responsabilità nell’organizzazione:** *“L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.”.*

**Articolo 35 – Contenzione:** *“l’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.”*





## 6.2. Strumenti utilizzati per la contenzione fisica

Gli strumenti principali e più utilizzati per la contenzione fisica sono rappresentati da:

- Spondine per l'intera lunghezza del letto (se entrambe alzate);
- Fasce e cinture applicate al paziente e al letto;
- Polsiere;
- Cavigliere;
- Corpetto con bretelle;
- Cintura addominale;
- Cintura pelvica;
- Divaricatore inguinale.

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

- l'uso di spondine che proteggono metà o tre quarti del letto alzate su entrambi i lati, in quanto inteso come mezzo di protezione;
- protezioni di segmenti corporei con chiusura in velcro;
- 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, o garantire la sicurezza del trasporto in barella, o mantenere postura appropriata su tavolo operatorio, o consentire l'esecuzione di un esame diagnostico o una terapia.

L'utilizzo di questi dispositivi dev'essere comunque indicato nella documentazione clinica così come i controlli effettuati per il loro impiego sicuro ed appropriato.



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

### 6.3. Prescrizione

La decisione di porre un paziente in contenzione è di competenza medica. La prescrizione va effettuata tramite l'allegato 1.

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) l'infermiere dovrà comunque procedere alla contenzione e provvedere ad avvisare il medico di turno che interverrà, nel più breve tempo possibile, per farsi carico del provvedimento.

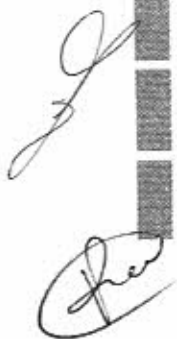
La prescrizione deve essere quindi annotata sulla documentazione clinica (allegato 1) e deve indicare:

1. **MOTIVAZIONE:** le circostanze che hanno inciso sulla decisione di porre il paziente "in contenzione".
2. **TIPO DI CONTENZIONE:** scelta del tipo di contenzione, caratteristiche.
3. **DURATA:** la contenzione deve essere limitata nel tempo. **La prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo** o della rivalutazione della sua reale necessità.
4. **FREQUENZA DEL MONITORAGGIO:** la prescrizione deve altresì riportare, sulla base della valutazione delle condizioni del paziente, con quale frequenza dovranno essere monitorati i parametri vitali (in genere ogni 30-60 minuti) (NICE, 2015).

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

**La durata della contenzione meccanica non dovrebbe protrarsi oltre le 12 ore consecutive.** La necessità di interrompere o prolungare l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte del Dirigente Medico (APA, 2006). Al momento della contenzione dovranno essere valutate le condizioni cliniche del paziente e se ritenuto necessario il medico richiederà esami ematici, ECG e/o visita cardiologica.

Inoltre, qualora vi sia ravvisata la necessità di rinnovare l'indicazione della contenzione, sarà opportuno valutare la somministrazione di EBPM per la profilassi della trombosi venosa profonda.



#### 6.4 Attuazione e monitoraggio

**Il corretto posizionamento dei mezzi di contenzione ed il monitoraggio del paziente contenuto sono responsabilità dell'infermiere, che può avvalersi dell'aiuto del personale OSS e di supporto.**

Il personale OSS e di supporto non può attivare autonomamente la contenzione.

**Durante la contenzione il paziente va costantemente osservato e monitorato:**

- Sia in merito alle condizioni cliniche generali attraverso il controllo visivo (ogni 15 min) e la rilevazione dei parametri vitali (allegato 2).
- Sia sul corretto posizionamento e mantenimento dei presidi utilizzati per la contenzione (monitorando le estremità corporee al fine assicurare l'adeguata circolazione ematica).

**Durante il periodo di contenzione al paziente deve essere garantita la possibilità di movimento ed esercizio per almeno 10 minuti ogni 2 ore, salvo la notte.**

Il medico valuta il quadro comportamentale del paziente a tempi regolari o secondo necessità, al fine di stabilire la prosecuzione o sospensione della contenzione, programmare uno schema di trattamento farmacologico e provvedere alla trasmissione delle consegne al personale sanitario che proseguirà il trattamento (cambio turno).

L'infermiere provvederà a comunicare ad ogni cambio turno le consegne clinico-gestionali relative al paziente.

**I mezzi contentivi, una volta rimossi, dovranno essere adeguatamente sanificati.**

Il controllo va documentato sulla cartella infermieristica (**tramite allegato 2**). L'assistenza infermieristica alla persona contenuta è centrata sui bisogni assistenziali primari (toiletting, igiene personale, idratazione e nutrizione) che per la natura stessa del provvedimento contenitivo, non possono essere soddisfatti in autonomia.

**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, riportandone gli esiti nella documentazione del paziente.**

La contenzione deve essere immediatamente rimossa nei casi in cui siano cessate le cause che l'avevano inizialmente giustificata.

La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione – e quindi delle linee guida – implica la valutazione della condotta di "tutti" i soggetti coinvolti nell'assistenza (art.110 C.p.).



**PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA**

**6.4.1. Complicanze/Eventi avversi**

La letteratura evidenzia una serie di complicanze/eventi avversi legati alla contenzione rappresentati in dettaglio nella tabella sottostante:

<b>Nel momento in cui il paziente è bloccato per applicazione dei mezzi di contenzione</b>	lesioni da trauma, lesioni da taglio; contusioni, distorsioni, fratture; contaminazione da materiale biologico (non solo ematico, ma anche salivare in conseguenza di sputi)
<b>Nel corso della contenzione a causa della pressione diretta del dispositivo</b>	lesioni dirette dovute alla pressione del dispositivo con edema e gonfiore a valle del mezzo; lesioni da compressione, procurate dai mezzi stessi, a carico sia di strutture nervose che vascolari; lesioni derivanti dal tentativo del paziente di liberarsi dai mezzi, con stiramento di articolazioni, muscoli ed estremità distali degli arti, con conseguenti ferite, ecchimosi, lussazioni, distorsioni, fino a fratture vere e proprie; casi di asfissia e strangolamento;
<b>Nel corso della contenzione per l'immobilità forzata specie se prolungata</b>	disidratazione, ipertermia, infezioni, sindrome neurolettica maligna, compressione, aumento della pressione intratoracica, arresto cardio-circolatorio, fino a casi, quantunque rari, di morte improvvisa rischio di trombosi venosa profonda (in genere dopo 24 ore), con la raccomandazione all'impiego, di profilassi preventiva

I pazienti che risultano particolarmente a rischio sono le persone anziane, in sovrappeso, le persone affette da patologie cardiovascolari, respiratorie e da patologie della coagulazione o in trattamento anticoagulante.

**6.5 Modalità operativa per l'immobilizzazione del paziente con elevato livello di pericolosità**

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

- 1) Tra gli operatori che attivamente eseguono la contenzione, uno avrà il compito di verificare la corretta esecuzione della procedura al fine di evitare manovre che possano causare lesioni al paziente;
- 2) Preparazione dell'ambiente in sicurezza con rimozione di oggetti potenzialmente taglienti, contundenti o che possano comunque provocare lesioni;
- 3) Allontanamento di terzi eventualmente presenti per non esporli a rischi;
- 4) Avviare la contenzione possibilmente in prossimità del letto;
- 5) 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;



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

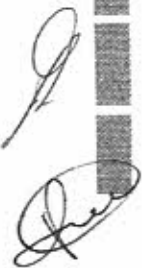
- 6) Evitare, laddove possibile, di immobilizzare il paziente in posizione prona in quanto tale posizione potrebbe interferire con la capacità respiratoria del paziente;
- 7) Non applicare alcuna pressione al collo o al torace;
- 8) Azione dell'equipe, possibilmente secondo un piano preordinato, in base al quale ogni operatore trattiene un arto e uno protegge la testa (minimo 3 operatori); le modalità utilizzate per effettuare la contenzione devono, per quanto possibile, evitare compressioni al collo, torace, addome;
- 9) 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.

### 6.6. Coinvolgimento del paziente caregiver familiare

Per il paziente con patologia psichiatrica che necessita di contenimento per la terapia o per il controllo di manifestazioni comportamentali, il consenso va sempre ricercato, ma non va considerato indispensabile; per i familiari è necessaria una corretta informazione sulle motivazioni che portano alla contenzione.

In tutti i casi, generalmente i familiari dei pazienti di fronte alla proposta di intervento contenitivo presentano differenti atteggiamenti: da una parte tendono a considerare il mezzo contenitivo come azione protettiva e preventiva; dall'altra la proposta di intervento contenitivo viene vissuta come mancata attenzione frutto di assistenza di bassa qualità. Risulta quindi fondamentale instaurare un dialogo proattivo ed empatico con il/i familiare/i non appena si sia deciso di contenere il paziente, illustrandone i motivi e le modalità di somministrazione e monitoraggio.

La famiglia non informata può rappresentare un ostacolo alla contenzione fisica del proprio congiunto, seppur azione necessaria ed indispensabile in quel momento. Anche nei casi previsti, qualora l'intervento contenitivo si sia realizzato in urgenza, senza che i familiari ne fossero preventivamente a conoscenza, questi andranno informati non appena possibile in relazione alle circostanze che ne hanno motivato l'intervento.



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

### 7 Documenti di riferimento

- Art. 32 Costituzione italiana.
- Art. 54 e 110 Codice Penale.
- Beghi M, et al. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systemic review. Riv Psichiatr. 48,2013.
- Evans D, et al. Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, Adelaide, 2022.
- American Psychiatric Association (APA). The Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care, 2006.
- NICE guidelines. Violence and Aggression: short-term management in mental health and community settings, 2015.
- Comitato Nazionale di Bioetica. La Contenzione: Problemi Bioetici, 2015.
- Codice di deontologia medica. FNOMCeO, 2014.
- Codice deontologico infermiere. FNOPI, 2019.
- Poli N, Rossetti AML. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi. 4/2001, pag. 58-67.
- Linee Guida Per La Contenzione Fisica Nelle Strutture Aziendali dell'ASP di Ragusa del 16/06/2015.
- Procedura per la contenzione fisica dei pazienti ASL di Latina Vers.2 del 01/10/2022.
- Benci L. Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione. Quotidiano Sanità, 2019.
- Lugo L, et al. La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica, Psichiatria Oggi, 1, 2006.

### 8 Allegati

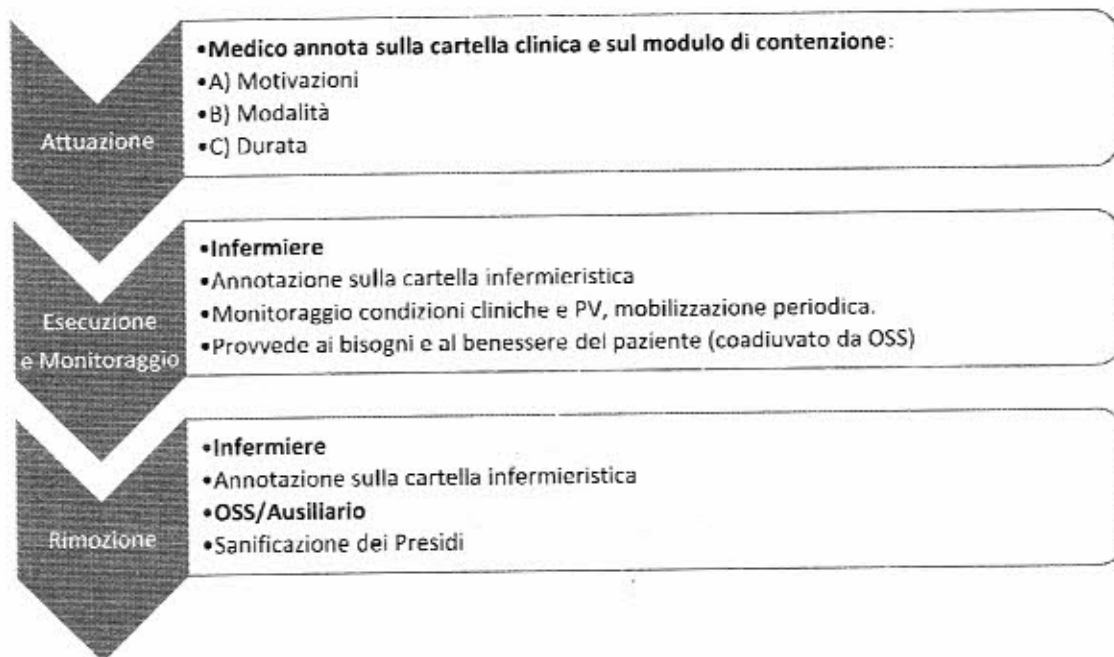
Allegato 1 Scheda prescrizione contenzione

Allegato 2 Scheda monitoraggio paziente contenuto



## PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA

### 9 Diagramma di flusso



### 10 Lista di distribuzione

Tutte le Unità Operative di ricovero dell'ASP 4 di Enna