



GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO

REDAZIONE

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		

REDAZIONE - VERIFICA - APPROVAZIONE

GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Mura Paolo	Dirigente Medico
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Corda Valentina	Dirigente Medico
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Maccioni Rafaella	Dirigente Medico - Psichiatra
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Minnei Roberto	Medico Specializzando
S.C. Medicina Legale	Porru Patrizio Andrea	Dirigente Medico
S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Carucci Sara	Direttore
S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Garbato Filippo	Coordinatore Infermieristico
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Musina Giovanni Francesco	Infermiere
S.S.D. Psicologia	Lai Eleonora Arianna	Psicologa

REFERENTI DEL DOCUMENTO

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Maccioni Rafaella	Dirigente Medico Psichiatra - Referente Clinico
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Deplano Simona	Assistente Amministrativo - Referente Struttura

VERIFICA

Struttura	Nominativo	Ruolo	Firma
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Mura Paolo	Sostituto Direttore	
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Argiolas Federico	Direttore	
S.C. Medicina Legale	Demontis Roberto	Direttore	
S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Carucci Sara	Direttore	
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Dettori Bruna	Direttore	
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Ghiani Carla	Direttore	

APPROVAZIONE ¹

Ruolo
Direttore Generale ARNAS G. Brotzu
Direttore Sanitario ARNAS G. Brotzu
Direttore Amministrativo ARNAS G. Brotzu

STATO DELLE PUBBLICAZIONI (REDAZIONE / REVISIONE)

Stato	N° Deliberazione	Data Deliberazione
-	-	-

ELENCO ALLEGATI - MODULI

N.	Descrizione
All_001_PSQ_AZ_015	Scheda di Monitoraggio del Paziente in Contenzione
All_002_PSQ_AZ_015	Registro Contenzioni
All_003_PSQ_AZ_015	Consenso Informato alla Contenzione Meccanica
All_004_PSQ_AZ_015	Dispositivi di Contenzione Meccanica

¹ Approvazione e adozione mediante Deliberazione Aziendale

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		

Lista di Distribuzione

Personale Sanitario dell'ARNAS G. Brotzu

ABBREVIAZIONI - ACRONIMI

CODICE	DESCRITTIVO
ARNAS	Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione
AZ	Aziendale
DMUP	Direzione Medica Unica dei Presidi
IOSQ	Istruzione Operativa Sistema Qualità
P.O.	Presidio Ospedaliero
S.C.	Struttura Complessa
S.M.	San Michele
C.P.	Codice Penale

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Istruzione Operativa Sistema Qualità (IOSQ)	Documento che illustra nel dettaglio le specifiche azioni che l'operatore sanitario deve obbligatoriamente attuare in una determinata situazione. Possono essere parte applicativa di una procedura. Di solito riguardano una sequenza di azioni semplice e breve.
Linea Guida	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo Scopo di assistere Medici e Pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche [Institute of Medicine].
Procedura Sistema Qualità (PSQ)	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale.
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i.
Protocollo Sistema Qualità (PRSQ)	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni specifiche di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico-sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo e nell'interpretazione giuridica, il contenuto di un protocollo è vincolante per i professionisti (es. protocolli clinici specialistici).
Strumenti operativi di verifica e supporto	Documenti utilizzati quali strumenti per la verifica delle attività clinico-assistenziali svolte (moduli, Schede, planning, ecc.). Tali documenti vengono allegati ai loro documenti di riferimento (protocolli, procedure, istruzioni operative).

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		
Contenzione	Per contenzione delle persone assistite si intende l'atto di limitazione della libertà personale che, attraverso l'uso di mezzi fisici, meccanici, ambientali, farmacologici, limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. È considerata una pratica assolutamente eccezionale, autorizzata da un Medico e registrata nelle sue modalità di attuazione, motivazione e durata. Ammissibile soltanto come extrema ratio, in situazione di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato ad esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.	

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

SOMMARIO

PREMESSA	6
SCOPO	6
CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE	6
CONTESTO NORMATIVO ED EPIDEMIOLOGICO	6
ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE	6
Costituzione Italiana	6
Codice Deontologico dell'Infermiere	6
Codice di Deontologia Medica	7
Codice Penale	7
SOGGETTI A RISCHIO DI CONTENZIONE (FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI)	8
INDICAZIONE E MODALITÀ DI CONTENZIONE	8
CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE MECCANICA	8
COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI CONTENTIVI	9
Traumi meccanici	9
Malattie funzionali e organiche	9
Sindromi della sfera psicosociale	9
PROCESSO	10
VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICHE CONTENTIVA	10
Agitazione psicomotoria e tentativi di fuga	10
Alterazioni del ciclo sonno veglia	10
Deliri - allucinazioni	10
Trattamenti sanitari	10
Compagnia e sorveglianza	10
Rivalutare la effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel Paziente	10
Modifiche ambientali	10
PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENTIVI	10
Acquisizione del consenso	11
Monitoraggio della contenzione	14
Rimozione della contenzione meccanica	14
Conclusioni	14
SINTESI SCHEMATICA	16
INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ	17
ARCHIVIAZIONE E REVISIONE	17
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	18

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

PREMESSA

La contenzione è un atto di limitazione della libertà personale che, attraverso l'uso di mezzi fisici, meccanici, ambientali, farmacologici, limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita.

La contenzione deve essere distinta dal "contenimento", termine con il quale si intendono tutte le pratiche relazionali e di interazione con il Paziente utili ad aiutarlo nel superamento di una fase di crisi.

Si definisce contenzione meccanica la pratica volta a limitare o impedire il movimento volontario di una persona allo scopo dichiarato di evitare che procuri danno a sé stessa o ad altri.

La contenzione non rappresenta di per sé un atto terapeutico e non ha una finalità preventiva, di cura o riabilitativa. Essa rappresenta una eccezione ammissibile in situazioni di reale necessità e urgenza con la finalità di tutelare la sicurezza del paziente e/o di terzi (personale, familiari, altri degenti), utilizzando le modalità meno invasive e per il tempo strettamente necessario.

La contenzione meccanica utilizza per l'immobilizzazione totale o parziale della persona uno o più dispositivi meccanici (cinghie, lacci, fasce, polsini...), applicati o adiacenti al corpo di un soggetto, che non possono facilmente essere rimossi e che limitano la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo (Health Care Financing Administration 1992).

La prevalenza della contenzione meccanica, riportata dalla letteratura italiana e internazionale, presenta grande variabilità tra i diversi studi esaminati.

Il ricorso alla contenzione sembra determinato da una serie concomitante di fattori tra i quali l'aumento della popolazione anziana con deficit cognitivi, gli attuali modelli medici di cura, le preoccupazioni per vertenze legali derivanti dalla responsabilità delle istituzioni per la protezione del Paziente.

Attualmente nel nostro ordinamento giuridico non c'è nessuna specifica disposizione di legge che disciplini l'uso dei mezzi di contenzione.

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di regolamentare e uniformare il ricorso alla contenzione meccanica, qualora se ne ravvisi la necessità, in modo da garantire comportamenti omogenei, riproducibili e verificabili all'interno dei limiti legali, della letteratura scientifica, nel rispetto della libertà individuale e della dignità umana.

CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle strutture ospedaliere dell'ARNAS "G. Brotzu".

CONTESTO NORMATIVO ED EPIDEMIOLOGICO

ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE

Costituzione Italiana

Art. 13: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge (...)"

Art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"

Codice Deontologico dell'Infermiere

Il codice deontologico dell'Infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio Nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, recita:

Art. 3: "La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"

Il nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche nella seduta del 21 febbraio 2025, affronta esplicitamente la tematica della contenzione nell'art. 38: "L'infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'équipe 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 essa ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita".

Codice di Deontologia Medica

Il codice di deontologia medica del 2006 sancisce, negli artt. 3, 13 e 18, i medesimi principi:

Art. 3 - Doveri del Medico: "Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, (...) La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona".

Art. 13 - Prescrizione e trattamento terapeutico: "(...) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del Paziente secondo criteri di equità (...)".

Art. 18 - Trattamenti che incidono sull'integrità della persona: "I trattamenti che incidono sull'integrità della persona e sulla resistenza psicofisica 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".

Art. 33 - Informazione al cittadino: "Il medico deve fornire al Paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del Paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata."

Art. 35 - Acquisizione del consenso: "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del Paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del Paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del Paziente."

Codice Penale

Art. 40: "Non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo".

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. 54 - Stato di necessità: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

La contenzione trova legittimazione nello "stato di necessità" (art. 54 C.P.), cioè nelle situazioni di eccezionale gravità, non gestibili in altro modo, che mettono a repentaglio l'incolumità del Paziente o di altri soggetti.

La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente dalla manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo purché sussistano tutti i requisiti previsti, vale a dire: attualità del pericolo di un danno grave alla persona, pericolo non l'altrimenti evitabile, equivalenza (o prevalenza) del bene salvato rispetto a quello sacrificato.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

La valutazione dell'attualità del pericolo (intesa anche come concreta possibilità del suo verificarsi) è il problema centrale nell'applicazione dello stato di necessità in questi casi.

Il secondo elemento che giustifica la contenzione è la non altrimenti evitabilità del pericolo: ne consegue che la contenzione meccanica deve essere attuata solo quando è l'unico mezzo che il sanitario possiede per fronteggiare il pericolo e che, in tutti gli altri casi, si deve sempre optare per altri mezzi meno traumatici per il Paziente, seppure il bilanciamento tra protezione e restrizione sia talora difficile da valutare e da documentare.

L'adozione di mezzi di contenzione, limitando il diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale di movimento, può esporre a ipotesi di reato quali: "Violenza personale" (art. 610 C.P.); "Sequestro di persona" (art. 605 C.P.); "Maltrattamenti" (art. 572 C.P.); "Abuso dei mezzi di correzione" (art. 571 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno per lesioni attribuibili all'uso di tali mezzi restrittivi si aggiungono "Omicidio colposo" (art. 589 C.P.), "Lesioni personali colpose" (art. 590 C.P.), e "La morte o lesione personale come conseguenza di altro delitto" (art. 586 C.P.).

Va d'altronde considerato che ai Medici e agli Infermieri viene riconosciuta una funzione di garanzia verso i Pazienti e quindi un dovere di protezione nei loro confronti.

Ne discende che in determinate condizioni, contenere il Paziente diventa non solo lecito ma legalmente dovuto (art. 40 C.P.): "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo".

L'omessa adozione di opportune cautele di vigilanza potrebbe concretare il reato di "Abbandono di persona incapace" (art. 591 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno, si rientra nelle ipotesi di "Lesioni personali colpose" o "Omicidio colposo".

Non è sempre facile quindi stabilire un confine tra uso e abuso della contenzione, tra uso doveroso e uso ingiustificato e quindi discriminare tra comportamenti leciti e illeciti.

SOGGETTI A RISCHIO DI CONTENZIONE (FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI)

La letteratura riporta che le ragioni per le quali gli Operatori Sanitari utilizzano più frequentemente la contenzione sono le seguenti:

1. Presenza di deterioramento cognitivo
2. Presenza di grave disorientamento spazio-temporale
3. Presenza di grave agitazione psico-motoria
4. Riduzione del visus
5. Rischio di caduta
6. Wandering
7. Interferenza con i trattamenti
8. Rischio di rimozione di devices (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica...)
9. Comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici

INDICAZIONE E MODALITÀ DI CONTENZIONE

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione quando il comportamento del Paziente rappresenti un serio pericolo per sé e/o per altri e l'uso della contenzione e dopo aver valutato ed escluso le altre soluzioni percorribili.

La contenzione può avvenire attraverso modalità differenti che possono essere così schematizzate:

1. **Contenzione psicologica, relazionale o emotiva:** prevede ascolto e osservazione empatica che diminuiscono l'escalation aggressiva del Paziente poiché soddisfano il bisogno di sicurezza
2. **Contenzione ambientale:** comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti
3. **Contenzione farmacologica:** realizzata mediante farmaci che modificano il comportamento, quali tranquillanti e sedativi
4. **Contenzione manuale:** immobilizzazione del Paziente attraverso l'utilizzo del corpo di chi applica la contenzione
5. **Contenzione meccanica:** utilizza presidi e/o mezzi che riducono o controllano i movimenti; questi possono essere posizionati sulla persona

CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE MECCANICA

Una possibile classificazione dei mezzi di contenzione meccanica è la seguente:

1. **Mezzi di contenzione per il letto**
 - ✓ Fasce e cinture applicate all'utente a letto
 - ✓ Lenzuolo contenitivo
 - ✓ Sponde di protezione

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

2. Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona

- ✓ Corpetto con bretelle
- ✓ Cintura addominale
- ✓ Cintura pelvica
- ✓ Tavolino o piano d'appoggio fisso
- ✓ Divaricatore inguinale

3. Mezzi di contenzione per segmenti corporei

- ✓ Cavigliere
- ✓ Polsiere

4. Sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione

5. Altri sistemi utilizzati a scopo di contenzione (es. poltrone molto basse, carrozzine frenate contro un tavolo)

La questione se le sponde di protezione al letto siano o meno un mezzo di contenzione è ancora dibattuta e non esistono, al momento, delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi.

Non sono considerati mezzi di contenzione:

1. Gessi ortopedici
2. Bracciali che impediscono la flessione dell'arto durante un'infusione venosa
3. Dispositivo d'allarme al letto e/o alle porte
4. Sponde che proteggano metà o tre quarti del letto

COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI CONTENTIVI

La revisione di Evans propone di suddividere le lesioni associate a contenzione meccanica in due gruppi:

- a) **Danni diretti**: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione)
- b) **Danni indiretti**: tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione, traumi psicologici, etc.)

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione.

Alcuni studi hanno invece chiaramente dimostrato che la contenzione meccanica può essere causa diretta di morte.

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

Traumi meccanici

- ✓ Strangolamento
- ✓ Asfissia da compressione della gabbia toracica
- ✓ Lesione dei tessuti molli superficiali (eritemi, abrasioni, ematomi etc.)
- ✓ Lesioni ischemiche e/o nervose (da presidi troppo stretti o applicati non correttamente)

Malattie funzionali e organiche

- ✓ Decondizionamento psicofisico
- ✓ Incontinenza
- ✓ Lesioni da pressione
- ✓ Infezioni
- ✓ Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare
- ✓ Aumento dell'osteoporosi
- ✓ Effetti collaterali e reazione avverse da farmaci

Sindromi della sfera psicosociale

- ✓ Stress
- ✓ Umiliazione
- ✓ Depressione
- ✓ Paura e sconforto

In letteratura c'è ormai un ampio consenso sui gravi rischi legati all'utilizzo della contenzione meccanica e sulla dubbia efficacia rispetto alle motivazioni che ne hanno sostenuto il ricorso.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

L'uso della contenzione meccanica non controlla la confusione e l'agitazione, che anzi possono peggiorare, (come indirettamente dimostrato dalla riduzione della necessità di utilizzo di psicofarmaci alla loro sospensione) e non previene totalmente le cadute con conseguenze gravi.

Vi sono, infatti, studi che confermano che le conseguenze più gravi dopo una caduta riguardano soggetti che cadono mentre sono sottoposti a contenzione.

PROCESSO

VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICHE CONTENITIVA

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure contenitive risulta essere la corretta valutazione multidimensionale ("assessment") del Paziente.

Prima di procedere alla prescrizione medica di metodi contenitivi, devono essere considerate le azioni da intraprendere per diminuire il rischio di comportamenti lesivi o altre turbe del comportamento. In letteratura vengono suggerite alcune azioni che possono essere messe in atto per evitare l'utilizzo della contenzione. Va tuttavia tenuto presente che pochi degli interventi alternativi citati sono stati valutati sistematicamente e per nessuno si dispone di evidenze chiare.

Agitazione psicomotoria e tentativi di fuga

- ✓ Strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio) e oggetti potenzialmente pericolosi
- ✓ Predisposizione di spazi di sicurezza, possibilmente ben illuminati e con poche suppellettili, dove il Paziente possa camminare senza rischi
- ✓ Predisposizione di uscite mimetizzate o comunque dotate di sistemi d'allarme e/o codice d'ingresso
- ✓ Strategie relazionali dell'operatore e attività occupazionali atte a distogliere il Paziente dal fattore scatenante

Alterazioni del ciclo sonno veglia

- ✓ Ridurre i tempi di allettamento nelle ore diurne
- ✓ Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale
- ✓ Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva

Deliri - allucinazioni

- ✓ Non criticare né negare la situazione vissuta dal Paziente
- ✓ Evitare di commentare, banalizzare, deridere il Paziente
- ✓ Mostrare un atteggiamento empatico

Trattamenti sanitari

- ✓ Controllo frequente del Paziente da parte degli operatori
- ✓ Posizionare i presidi sanitari durante il sonno o fuori dal campo visivo del Paziente

Vanno comunque considerate delle strategie di contesto che possano contenere il disagio o il malessere del Paziente:

Compagnia e sorveglianza

- ✓ Fare in modo che il Paziente non stia da solo: possono stare con lui il personale, familiari, caregivers, volontari, ciò sarebbe importante soprattutto durante le ore notturne.

Rivalutare la effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel Paziente

- ✓ Rimozione di SNG, catetere vescicale, fleboclisi di mantenimento non indispensabili

Modifiche ambientali

- ✓ Aumentare l'illuminazione (soffusa e non diretta)
- ✓ Mettere il Paziente vicino alla guardiola
- ✓ Creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi
- ✓ Rendere accessibile al Paziente campanello e altro di necessità
- ✓ Letti il più possibile bassi o regolabili in altezza
- ✓ Accessi facilitati a seconda delle necessità.
- ✓ Percorsi circolari

PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI

L'indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente profilattico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

La decisione di prescrivere la contenzione deve derivare da un processo decisionale che abbia già considerato la ricerca di altre soluzioni possibili e l'esito negativo che tali soluzioni determinano sul Paziente.

La prescrizione indicata in cartella clinica, pertanto, è di competenza del Medico o, in situazioni di particolare emergenza, dell'Infermiere con ratifica scritta del Medico nel più breve tempo possibile.

Nella cartella clinica devono essere descritti i tentativi posti in essere per gestire in modo alternativo la situazione (l'intervento sanitario senza il consenso dell'interessato, o di chi lo rappresenta, è giustificato soltanto dallo stato di necessità - art. 54 C.P.); le motivazioni all'origine della prescrizione di contenzione devono essere adeguatamente documentate riportando le condizioni di pericolo per sé e/o per gli altri e devono specificare:

- Giorno
- Ora
- Tipologia di contenzione (es. polsiere)
- Modalità e tempi di posizionamento dei mezzi di contenzione

Tutte le strutture devono essere dotate di un apposito registro. Il registro delle contenzioni deve essere compilato all'atto della prescrizione di ciascuna contenzione ma non sostituisce la prescrizione da parte del Medico nella cartella clinica dove vanno descritti i tentativi posti in essere per gestire in modo alternativo la situazione.

Il Direttore/Responsabile della Struttura è responsabile della corretta conservazione del registro delle contenzioni.

Il Medico deve compilare il registro delle contenzioni (All_002_PSQ_AZ_015) dove riporterà:

- Nome e cognome del Paziente
- Numero nosologico
- Data e ora di inizio e termine della contenzione
- Motivazioni di avvio della contenzione
- Azioni preventive alla contenzione
- Modalità di attuazione della contenzione
- Firma del Medico che ha prescritto inizio e fine della contenzione

La necessità della contenzione meccanica deve essere rivalutata non meno di una volta ogni 4 ore e a ogni cambio del Medico in servizio (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n.50497).

I mezzi di contenzione applicati sul Paziente devono essere quelli prescritti.

Acquisizione del consenso

I familiari dei Pazienti possono tendere a considerare il mezzo contentivo come una possibilità di evitare cadute e conseguenti danni; la proposta di toglierlo è talora vissuta come mancanza di assistenza. Al contrario talvolta la contenzione intesa come "protezione" è contestata poiché vista come un'eccessiva e coercitiva restrizione dei movimenti e della libertà. Può quindi risultare efficace un colloquio con il familiare referente non appena si sia deciso di contenere il congiunto, dove illustrarne i motivi e le modalità di somministrazione e monitoraggio.

L'acquisizione del consenso (All_003_PSQ_AZ_015) è quindi di particolare importanza; se il Paziente non è in grado di esprimere validamente il proprio consenso, va interpellato, se nominato, il legale rappresentante (es. Amministratore di Sostegno).

Manovre di Contenzione.

Nella maggioranza dei casi la contenzione e l'isolamento del soggetto hanno luogo senza la presenza del medico, seppure questa sia da molti considerata preferibile; essa non è richiesta dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (A.P.A.), ma bensì posticipata con vari tempi e modi.

- ✓ Preparazione dell'ambiente in sicurezza con rimozione di oggetti potenzialmente taglienti, contundenti e che possano comunque provocare lesioni
- ✓ Allontanamento di terzi eventualmente presenti
- ✓ Preparazione preventiva del letto, quando possibile, con appropriata apposizione dei mezzi di contenzione e collocazione idonea alla sorveglianza ed all'assistenza
- ✓ Azione d'equipe secondo un piano preordinato, dopo aver valutato l'effettiva possibilità pratica di effettuare la contenzione e l'opportunità di richiedere un supporto esterno
- ✓ 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
- ✓ Rimozione dalle tasche dell'operatore di oggetti appuntiti e/o taglienti e rimozione occhiali, anelli, orologi ecc.
- ✓ Al segnale convenuto, ogni operatore si occuperà di bloccare un arto del soggetto impedendone i movimenti articolari, trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno specifico operatore tratterà il capo del soggetto avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate, morsicature o altro
- ✓ È preferibile immobilizzare la persona quando questa si trova in prossimità del letto, evitando quindi il pericolo e il rischio di trascinamento
- ✓ A volte è preferibile sdraiare in terra il soggetto, prima di adagiarlo sul letto
- ✓ Evitare compressioni al collo, torace, addome; preferire la presa agli arti superiori e inferiori, cercando di evitare distorsioni e lesioni
- ✓ Una volta sul letto, il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto. In base alle condizioni cliniche del soggetto e alla possibilità di manovra, si potranno contenere prima gli arti inferiori o prima gli arti superiori. Controllo preventivo sui segmenti corporei in cui sono applicati i nastri
- ✓ È opportuno, anche se ciò può posticiparsi, spogliare il soggetto di giacche, maglioni pesanti, scarpe e calze
- ✓ Rimozione di ogni cosa dalle tasche del soggetto, ponendo particolare attenzione ad oggetti potenzialmente ingeribili o lesivi per la cute
- ✓ Durante tutta l'operazione è indispensabile mantenere un atteggiamento calmo, anche se risoluto nell'agire; un tono di voce sereno e parole acquisite renderanno il vissuto meno traumatizzante al soggetto
- ✓ A meno di controindicazioni a farmaci, le prescrizioni terapeutiche devono essere eseguite appena il paziente è contenuto
- ✓ Nel caso in cui la crisi d'agitazione sia irrefrenabile, può rendersi necessario fissare il paziente supino per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro la testata dello stesso. Questa deve ritenersi una misura provvisoria nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione
- ✓ Può rendersi necessario fissare intorno ai polsi o alle caviglie degli inserti di tessuto morbido o di cotone, allo scopo di evitare al soggetto fastidiose irritazioni

Tabella 1 - APA Task Force Report #22 Guidelines for the Use of Seclusion and Restraint.

Durante la contenzione si dovrebbe possibilmente prestare attenzione a:

- ✓ garantire sempre la propria incolumità, quella dello staff, degli altri degenti e del paziente stesso
- ✓ evitare di porsi col volto davanti ai piedi o alle braccia del paziente, anche se sdraiato
- ✓ evitare prese potenzialmente pericolose o letali
- ✓ essere rapidi e coordinati ma non aggressivi (una sola persona provvede a fissare le fasce, mentre gli altri provvedono a mantenere il controllo fisico del paziente; non liberare un arto se prima non si è sicuri che sia immobilizzato in altro modo)
- ✓ non stringere le fasce eccessivamente, ma fare in modo che non siano troppo larghe, permettendo agli arti un minimo di movimento ma non eccessivo (rischio di lussazioni)
- ✓ cercare di ottenere sempre, quando possibile, il consenso del paziente

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

- ✓ somministrare gli eventuali trattamenti farmacologici prescritti dal medico, tenendo conto dell'anamnesi farmacologica e solo dopo essersi accertati che il paziente è stato adeguatamente immobilizzato
- ✓ spiegare sempre, in tono calmo e partecipe, i motivi che hanno portato alla contenzione e i criteri del suo mantenimento ed eventuale revoca; quando possibile fissarne, comunicandoli, anche i limiti temporali
- ✓ porre attenzione anche agli aspetti psicologici: il monitoraggio del distress, il mantenimento di un contatto relazionale e la riduzione della percezione di isolamento del paziente rappresentano elementi importanti quanto la gestione tecnica.

Nel corso della contenzione è importante la sorveglianza del comportamento degli altri degenti e familiari in visita.

Infine particolare rilevanza assume la fase successiva:

Sarebbe infatti raccomandato, quando le condizioni lo permettono, un momento di rielaborazione dell'accaduto con il paziente, anche breve, finalizzato a contenere l'impatto emotivo dell'esperienza e a preservare l'alleanza terapeutica.

Centrale risulta nel complesso promuovere un utilizzo della contenzione realmente orientato ai principi di necessità, proporzionalità e minima restrizione, mantenendo al centro la persona e la qualità della relazione di cura

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

Monitoraggio della contenzione

La contenzione viene attuata dall'Infermiere che deve conoscere la corretta tecnica di applicazione di ogni dispositivo.

Il ricorso ai mezzi di contenzione deve essere seguito dal monitoraggio infermieristico, in base alla tipologia del mezzo di contenzione utilizzato, per la prevenzione di eventuali danni iatrogeni da contenzione (Tabella 2), con l'utilizzo di una scheda di monitoraggio di cui l'allegato (All_001_PSQ_AZ_015) rappresenta un possibile esempio.

Traumi	Esiti secondari	Alterazioni della sfera psicosociale
• Arrossamento • Cianosi • Abrasioni, ematomi, ferite, fratture, distorsioni articolari, contratture o distrazioni tendineo-muscolari • Asfissia da compressione della gabbia toracica • Strangolamento	• Incontinenza • Lesioni da decubito • Maggiore incidenza di infezioni nosocomiali • Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare • Aumento dell'osteoporosi • Trombosi venosa	• Stress • Umiliazione • Depressione • Paura e sconcerto • Aumento del livello di confusione/disorientamento

Tabella 2 - Potenziali danni iatrogeni da contenzione meccanica

In particolare il monitoraggio prevede:

- Ogni 15' rilevare il corretto posizionamento dei mezzi e l'eventuale comparsa di danni locali (abrasioni, ecchimosi)
- Rilevare i parametri vitali con frequenza definita sulla base della valutazione clinica del paziente e del livello di rischio, di norma ogni ora, salvo diversa prescrizione medica da documentare in cartella
- Ogni 2 ore garantire al paziente la motilità degli arti contenuti per non meno di dieci minuti, sotto sorveglianza o con adeguato supporto assistenziale, compatibilmente con la condizione clinica; qualora ciò non sia possibile, la mancata mobilitazione deve essere motivata e documentata in relazione a un rischio attuale per la sicurezza del paziente o di terzi;
- Entro 2 ore dall'inizio della contenzione il Medico deve attuare una valutazione dello stato clinico e quindi valutare l'opportunità di sospendere o proseguire la contenzione

Successivamente l'indicazione alla contenzione deve essere rivalutata ogni 4 ore salvo diversa indicazione su casi specifici.

In caso di assenza del Medico di reparto sarà il Medico di guardia a valutare il Paziente e dare indicazione sulla decisione di interrompere o di prolungare la contenzione, indicando sul diario clinico se la rivalutazione successiva deve essere eseguita dopo le quattro ore previste dalla procedura o in un tempo più breve.

Per consentire l'espletamento di tutte le manovre necessarie al trattamento del Paziente (nursing, trattamenti posturali, manovre terapeutiche particolari, ecc.) possono essere rimossi i mezzi di contenzione per il periodo strettamente necessario e sotto il controllo diretto dell'Infermiere, pur persistendo lo stato di agitazione.

È sempre necessario valutare l'indicazione alla profilassi della trombosi venosa profonda e/o altri interventi diagnostico terapeutici.

La cessazione della contenzione deve essere effettuata su indicazione medica dopo una valutazione delle condizioni psicopatologiche del Paziente, da registrare in cartella, e mettendo in atto le precauzioni necessarie per garantire il ripristino della mobilità del Paziente.

Rimozione della contenzione meccanica

È responsabilità dell'equipe assistenziale (Infermieri e operatori di supporto) rimuovere la contenzione al termine della durata prescritta. I mezzi contentivi devono essere rimossi e adeguatamente sanificati.

Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento contentivo è indispensabile che venga avvisato il Medico, il quale, dopo valutazione del Paziente, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un ulteriore intervento contentivo, rivedendo le motivazioni, i mezzi, le azioni, la tempistica e gli obiettivi.

Conclusioni

1. La prescrizione della contenzione, che deve indicare le ragioni precise, compete al Medico esclusi i casi di emergenza, nei quali la necessità di agire tempestivamente per la salute della persona, consente un suo intervento a posteriori
2. La contenzione deve essere motivata da circostanze eccezionali

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		

3. L'adozione dei mezzi di contenzione deve essere immediatamente registrata sui documenti clinico/funzionali e condivisa in équipe
4. La contenzione deve essere fatta con dispositivi appositi e non con mezzi di fortuna
5. La contenzione deve essere limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione del problema
6. Un Paziente sottoposto a contenzione deve essere controllato più volte al giorno da personale addestrato, registrando il piano di sorveglianza
7. Si deve garantire la periodica possibilità di movimento ed esercizio, a esclusione della notte
8. La reiterazione della prescrizione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto
9. La contenzione non va usata a fini punitivi, per comodità dell'équipe o come alternativa di un attento controllo
10. La contenzione con mezzi fisici non deve produrre danno al Paziente e deve indurre il minimo disagio possibile
11. La contenzione deve essere rimossa quando non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un cambiamento culturale, basato più sul metodo di cura che sulla speranza di nuove tecnologie.

È una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro intelligenza e competenza.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		

SINTESI SCHEMATICA

1. **Valutazione della problematica contenitiva** e delle azioni da intraprendere per diminuire il rischio di comportamenti lesivi o altre turbe del comportamento
2. **Prescrizione** della contenzione, previa esclusione di altre soluzioni possibili (in cartella clinica devono essere descritti i tentativi posti in essere per gestire in modo alternativo la situazione). Le motivazioni all'origine della prescrizione devono essere adeguatamente documentate e devono specificare giorno, ora, tipologia di contenzione, modalità e tempi di posizionamento dei mezzi di contenzione
3. **Consenso** (l'intervento sanitario senza il consenso dell'interessato, o di chi lo rappresenta, è giustificato soltanto dallo stato di necessità - art. 54 C.P.)
4. **Compilazione**, da parte del Medico, del registro delle contenzioni (All_002_PSQ_AZ_015) dove riporterà:
 - ✓ Nome e cognome del Paziente
 - ✓ Numero nosologico
 - ✓ Data e ora di inizio e termine della contenzione
 - ✓ Motivazioni di avvio della contenzione
 - ✓ Azioni preventive alla contenzione
 - ✓ Modalità di attuazione della contenzione
 - ✓ Firma del Medico che ha prescritto inizio e fine della contenzione
5. **Attuazione degli interventi contentivi**
6. **Monitoraggio** che prevede:
 - ✓ Ogni 15' rilevare il corretto posizionamento dei mezzi e l'eventuale comparsa di danni locali (abrasioni, ecchimosi)
 - ✓ Rilevare i parametri vitali con frequenza definita sulla base della valutazione clinica del paziente e del livello di rischio, di norma ogni ora, salvo diversa prescrizione medica da documentare in cartella
 - ✓ Ogni 2 ore garantire al paziente la motilità degli arti contenuti per non meno di dieci minuti, sotto sorveglianza o con adeguato supporto assistenziale, compatibilmente con la condizione clinica; qualora ciò non sia possibile, la mancata mobilitazione deve essere motivata e documentata in relazione a un rischio attuale per la sicurezza del paziente o di terzi;
 - ✓ Entro 2 ore dall'inizio della contenzione il Medico deve attuare una valutazione dello stato clinico e quindi valutare l'opportunità di sospendere o proseguire la contenzione
7. **Rivalutazione** Entro 2 ore dall'inizio della contenzione il Medico deve attuare una valutazione dello stato clinico e quindi valutare l'opportunità di sospendere o proseguire la contenzione. Successivamente l'indicazione alla contenzione deve essere rivalutata ogni 4 ore salvo diversa indicazione su casi specifici, e a ogni cambio del Medico in servizio
8. **Rimozione**

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi</i>		

INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività Figure Professionali	Direttore/Responsabile Struttura	Dirigente Medico dell'U.O. che ha in carico il Paziente	Operatore Socio-Sanitario	Infermiere	Caregiver
Valutazione della problematica		R		C	
Prescrizione della contenzione		R	I	C	I
Acquisizione consenso		R		I	
Compilazione registro		R			
Conservazione registro	R				
Attuazione della contenzione		I	C	R	
Monitoraggio del Paziente		R*	C	R*	

Legenda

R: Responsabile; **R*:** Responsabile per la propria parte di competenza; **C:** Coinvolto; **I:** Informato

ARCHIVIAZIONE E REVISIONE

La presente procedura potrà essere reperita attraverso la Intranet-AOB, previa autenticazione, al link <https://intranet.aob.it/qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/comunicazioni-qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/procedure>.

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica in base agli aggiornamenti scientifici e normativi e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	GESTIONE DELLA CONTENZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO	PSQ_AZ_015 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi		

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. AA. VV. "La contenzione fisica in ospedale, evidence based guidelines" Azienda Ospedaliera, Ospedale Niguarda Ca' Granda, 2008
2. APA RESOURCE DOCUMENT Approved by the Joint Reference Committee February 2022 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
3. APA Task Force Report #22 Guidelines for the Use of Seclusion and Restraint
4. Cassazione Penale, sentenza n. 50497 del 20 giugno 2018
5. Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti, Relazione Generale sull'attività del CTP 2005/2006
6. Comitato Nazionale per la Bioetica "La contenzione: problemi bioetici" 24 aprile 2015
7. Contenere la contenzione per il benessere della persona assistita - Edizione settembre 2022 - SC Accreditamento, Controlli di Appropriatezza, Qualità e Clinical Governance (ARES)
8. DGR Veneto n. 1106 del 6 agosto 2020 "Linee di indirizzo Regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura"
9. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Emilia Romagna 22.10.2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche presso i SPDC"
10. E. Zanetti, B. Bazoli, O. Zanetti, L. Cerutti, M.G. Rossetti, L. Tosi "Contenzione: una pratica da limitare" L'Infermiere, marzo/aprile, 1998 pag.46-52
11. Evans D. et al. "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", The Joanna Briggs Institute n. 22, 2002 Adelaide, South Australia
12. Legge Gelli-Bianco L. 24 del 2017
13. M. Degan et al. Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004;23:68-75
14. Moore K, Haralambous B "Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities" J. Adv. Nurs. N. 58 (6), 2007 Pag. 532-40
15. Quaderni - Italian Journal of Medicine 2019; 7(6): e17
16. Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 2010
17. Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale 25/26 giugno 2021
18. Società Italiana di Psichiatria-Quaderni Italiani di Psichiatria. Secondo numero - 2012
19. Zagari "La contenzione fisica del malato, aspetti giuridici" in lo infermiere n. 2, 2006 pagg, 54-60
20. Zanetti E et al. "L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza". L'infermiere 2-2012