



Linee di indirizzo regionali
per la contenzione fisica del paziente nel Servizio
Psichiatrico di Diagnosi e Cura:
Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa.



c175bf48



Gruppo tecnico di lavoro istituito con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 4 del 09.01.2019

Dott. Marco Nuti	Dirigente U.O. Salute Mentale e sanità penitenziaria Direzione Programmazione Sanitaria – LEA Regione del Veneto. Coordinatore del Gruppo di Lavoro	
Dr. Gianfranco Bonfante	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 6 Euganea
Dr. Andrea Danieli	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 8 Berica
Dr. Moreno De Rossi	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 3 Serenissima
Dr. Bruno Forti	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 1 Dolomiti Coordinatore del Collegio dei Clinici e Professori Universitari di Psichiatria
Dr. Stefano Kusstatscher	Direttore UOC Rischio Clinico	Azienda Zero
Dr. Tommaso Maniscalco	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 7 Pedemontana
Dr. Leonardo Meneghetti	Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Dott.ssa Roberta Palma	Coordinatore infermieristico, Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 9 Scaligera
Dr. Giorgio Pigato	Medico Psichiatra, Responsabile SPDC	Azienda Ospedaliera Padova
Prof.ssa Mirella Ruggeri	Professore Ordinario di Psichiatria	Università di Verona – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Dr. Mario Saia	Direttore UOC Governo Clinico Assistenziale	Azienda Zero
Dr.ssa Silvia Tomelleri	Medico Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale	Azienda Ulss 7 Pedemontana



Sommario

Premessa.....3

Introduzione3

Criticità che possono favorire l’uso della contenzione3

Aspetti giuridici.....4

Strategie di prevenzione della contenzione.....7

 Contesto extra-ospedaliero e Pronto Soccorso.....7

 a. Programmi di cura e assistenza longitudinali.....7

 b. Gestione dell’agitazione psicomotoria in Pronto Soccorso7

 Contesto di ricovero ospedaliero.....8

 a. Fattori strutturali/ambientali del reparto.....8

 b. Fattori organizzativi8

 c. Fattori relazionali9

 d. Attuazione delle tecniche di “de-escalation” nelle situazioni di crisi.....9

 e. Collaborazione con le Forze dell’Ordine10

 f. Intervento farmacologico10

Modello di procedura operativa11

Bibliografia19



Premessa

L'assunto cardine e guida del presente documento è che gli interventi fisici e i farmaci usati a scopo di contenzione, possono avere implicazioni negative per il paziente e per la relazione terapeutico-assistenziale e che si condividono le crescenti sollecitazioni da parte delle agenzie internazionali per la salute e dei gruppi di 'advocacy' ad abolire o per lo meno a ridurre il più possibile l'uso della contenzione.

Nell'ambito delle strutture che operano nel DSM, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il luogo della gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica, ma il problema della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche non riguarda solo le cosiddette strutture psichiatriche in quanto sarebbe del tutto irrealistico ritenere che la contenzione fisica sia esercitata solo dagli psichiatri. Questa pratica è riscontrabile anche altrove, soprattutto dove l'assistenza si rivolge a stati di agitazione psicomotoria che sono espressione di modificazioni patologiche del SNC, in situazioni di patologia geriatrica, negli stati di intossicazione/astinenza da sostanze, in soggetti con disabilità intellettiva. Sebbene sia un tema molto dibattuto in ambito geriatrico e psichiatrico, l'utilizzo dei mezzi contenitivi non è limitato a questi soli ambiti ma può riguardare anche altre situazioni quali il trasporto in ambulanza, il pronto soccorso, o l'area di degenza ospedaliera, ovvero strutture residenziali esterne dove, più frequentemente vi è una minor attenzione delle possibili sequele cliniche e degli aspetti giuridici conseguenti a tale pratica.

Nell'ambito della salute mentale, la pratica della contenzione assume un significato particolare in primo luogo per l'importanza che in psichiatria assume il tema della libertà personale, in riferimento al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale e in secondo luogo perché investe la percezione sociale della professione e della malattia mentale.

Introduzione

Il termine contenzione indica un insieme di pratiche e strumenti utilizzati per limitare le possibilità di movimento di una persona ed il normale accesso al proprio corpo. La contenzione può essere attuata mediante «metodiche manuali o fisiche, strumenti meccanici, materiali o altre attrezzature applicate al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo»

I mezzi di contenzione sono definiti dalla Food and Drug Administration (FDA) come quegli «accessori o dispositivi per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentirne il trattamento, l'esame clinico o la protezione del paziente o altri».

Alcune amministrazioni regionali, singole unità operative, e società scientifiche, tra cui la Società Italiana di Psichiatria, hanno preso iniziative per porre limitazioni alla contenzione introducendone dei criteri razionali di gestione.

Il Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 2010, sottolinea che è nel silenzio che si realizza un uso poco critico di questa pratica; un documento dedicato alla contenzione, non vuole gettare le basi tecniche per una contenzione ben fatta ma creare una strategia, laddove possibile, per la sua prevenzione.

Criticità che possono favorire l'uso della contenzione

Le situazioni che possono portare all'uso della contenzione in ospedale sono fondamentalmente riconducibili alle seguenti necessità:

- a. impedire danni o lesioni che alterino l'integrità psico-fisica del paziente o di altre persone;
- b. necessità di garantire trattamenti terapeutici intensivi in pazienti che ostacolano involontariamente la somministrazione della terapia o che manomettono i dispositivi sanitari;
- c. impedire danni o lesioni in pazienti a rischio di caduta.



Tra i predittori di contenzione fisica si possono individuare fattori di rischio extra-clinici (sesso maschile, giovane età, abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o alcol, storia personale di pregressi comportamenti impulsivi/ostili, maggior durata del ricovero ospedaliero, condizione di obbligatorietà del ricovero ospedaliero) e clinici (sintomi psicotici acuti, disturbi di personalità del 'cluster B', deficit cognitivi disturbi del comportamento in adolescenza, terapia farmacologica inefficace o inadeguata).

Aspetti giuridici

Sotto il profilo normativo non vi è una specifica norma positiva di legge che attribuisca allo psichiatra il potere di contenere fisicamente il paziente, né tantomeno che stabilisca come, quando e a che fine tale potere possa essere esercitato.

Dopo la riforma dettata dalla Legge 180 del 1978 non vi è più nel nostro ordinamento alcuna norma o legge dello Stato che espressamente autorizzi il personale sanitario a contenere meccanicamente il paziente psichiatrico.

La questione preliminare è se vi siano ragioni per le quali l'uso degli strumenti di contenimento possa ciononostante ritenersi lecito. La mancanza di una fonte positiva sulla contenzione e la divergenza di opinioni giurisprudenziali sulla legittimità o meno della contenzione pongono lo psichiatra «tra due fuochi», che rendono la posizione giuridica del sanitario molto indeterminata.

Il medico psichiatra corre il rischio di vedersi contestato da parte di un giudice, nel caso della mancata applicazione della contenzione, il fatto di «non aver fatto abbastanza» per evitare il fatto lesivo del paziente, oppure, da un altro giudice di «aver fatto troppo» nel caso in cui si fosse applicato il metodo coercitivo, portandolo da un lato a rispondere civilmente e penalmente per eventuali danni al paziente o a terzi, e dall'altro ad essere sanzionato penalmente per reati come la violenza privata, lesioni personali o addirittura sequestro di persona.

L'utilizzo della contenzione è anzitutto vincolato a precisi obblighi di ottemperanza che derivano dalla Costituzione, dalle norme del codice penale, del codice civile e del codice etico e deontologico in tema di violazione di libertà individuale, di consenso alle cure e di tutela della salute.

- a) Sul piano etico, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha fissato i seguenti punti fermi: «il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio» e, anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio, essa 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).
- b) Sul piano costituzionale, in materia di contenzione i riferimenti normativi sono dati dagli articoli della Costituzione che realizzano l'autodeterminazione (art. 2), il diritto all'invulnerabilità della libertà personale (art. 13) e il diritto alla salute e alla dignità (art. 32). L'art. 13 (che sancisce il principio dell'invulnerabilità della libertà personale) prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale «sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà» e riguarda gli interventi coercitivi, l'art. 32 riguarda invece gli interventi obbligatori.

L'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 in quanto sancisce contemporaneamente una c.d. *riserva di legge assoluta* ed una c.d. *riserva di giurisdizione*, prevedendo al 3° comma che sia possibile la coercizione «in casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge». Pertanto non è ammessa alcuna forma di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge ed è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà.

L'art. 32 stabilisce invece una c.d. *riserva di legge relativa*, per cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», la quale non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana .

- c) Sul piano normativo, la contenzione meccanica non è considerata come atto terapeutico e, se non scriminata dallo stato di necessità, da valutarsi in base a criteri rigorosi, comporta per i sanitari la responsabilità per sequestro di persona. Ovvero responsabilità del medico per atti compiuti in mancanza di consenso del paziente – inquadrati tra i delitti (dolosi) contro la libertà individuale.



Nel nostro ordinamento non esiste disposizione di legge che, in modo esplicito, autorizzi l'uso dei mezzi di contenzione: il tramite attraverso cui si legittima la contenzione è costituito dallo stato di necessità (art. 54 c.p.), che sussiste allorché il danno o il pericolo a cui si espone il paziente sia proporzionato a quelli che si prefigge di evitare mettendo in atto la contenzione.

La facoltà di ricorrere alla contenzione sussiste quando altri mezzi non siano realisticamente efficaci, in casi in cui sia riconoscibile ed evidente il carattere dell'eccezionalità.

Fuori dai casi considerati, e dunque tutte le volte in cui ci si trovi dinanzi a persone in stato di libertà, incluse quelle destinatarie di trattamenti psichiatrici volontari, il ricorso alla misura coercitiva della contenzione non può ritenersi lecito. Al massimo, potrà essere giustificato nei casi di estrema emergenza, mediante l'applicazione nel caso concreto dell'esimente dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.

L'art. 54 del codice penale tratta dello 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».

Per poter richiamare uno stato di necessità affinché sussista il pericolo attuale ed imminente di un grave danno alla salute non è sufficiente che tale pericolo sia meramente 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)

Nella teoria generale del diritto, lo stato di necessità opera come "esimente" o "causa di giustificazione": ciò significa che un comportamento astrattamente qualificabile come illecito, laddove sia posto in essere per la necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, non comporta alcuna responsabilità (civile, penale o amministrativa) a carico dell'autore.

Nella norma vengono indicati i presupposti necessari ai fini della scriminante: pericolo per la persona, attualità di tale pericolo, inevitabilità del fatto dannoso, non volontarietà della causazione del pericolo da parte dell'agente, gravità del danno minacciato. Specifica considerazione è dedicata all'ipotesi in cui il pericolo di un danno grave alla persona minacci terzi (si parla in tal caso di "soccorso necessitato").

La decisione di mettere in pratica la contenzione è del medico ma non è un "atto medico" in quanto, non terapeutico e la scelta del trattamento prevede, da parte di chi lo prescrive, l'assunzione di responsabilità penale, civile o disciplinare. Alla luce di quanto disposto dall'art. 54 cp è evidente che tale necessità possa configurarsi a carico non solo del medico ma anche di altre figure sanitarie coinvolte nell'assistenza del paziente.

La funzione svolta, è quella di mero presidio "cautelare" che, per la intrinseca invasività della libertà individuale e dell'integrità fisica, richiede di cercare altrove i presupposti della sua legittimità.

La contenzione è una pratica assistenziale-prescrittiva, pur non terapeutica, che richiede la valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica su possibili esiti del trattamento, la sua rivalutazione in ordine alla reale necessità dopo dodici ore dall'applicazione, trattandosi di strumento pensato per situazioni straordinarie che non deve essere quindi impiegato in funzione preventiva, con forme d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza del pericolo attuale per la vita o l'incolumità fisica del paziente o del personale sanitario che entra in contatto con lo stesso (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018 (dep. 7 novembre 2018), n. 50497).

Il medico, quando sussiste il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie del paziente, ha non solo il potere, ma anche il dovere di apprestare specifiche cautele (Cass. Sez. IV, 48292-08, Desana e altri, est. Bricchetti). Nella giurisprudenza di legittimità, l'impedimento di atti auto ed etero lesivi del paziente rientra nell'obbligo di cura (Cass. pen., sez. IV, 29 dicembre 2008, n. 48292).

La liceità della contenzione non discende in via automatica dall'applicazione dell'orientamento giurisprudenziale che pone a carico dello psichiatra una posizione di garanzia di estesa latitudine, gravandolo tanto di obblighi di protezione che di controllo rispetto al paziente (il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, ed ha, pertanto, l'obbligo - quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie - di apprestare specifiche cautele. Cass., Sez. IV, 01 agosto 2016) ma si fonda sui presupposti dell'art. 54 cp.



Ne consegue che la massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione "può" e "deve" essere disposta dal sanitario (il quale, più degli altri, è per le proprie competenze tecnico-scientifiche a conoscenza dei gravi pregiudizi che l'uso del mezzo contenitivo può provocare alla salute del paziente). (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, (dep. 7 novembre 2018), n. 50497).

La contenzione deve essere riportata in cartella clinica (essa ha natura di atto pubblico munito di fede privilegiata in quanto esplicitazione del potere certificativo riconosciuto ai medici e partecipa della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce). (Cass S.U. n. 7958 del 27/03/1992, Rv. 191175).

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

- a) l'evidenza di un pericolo attuale, ossia che la possibilità che si verifichi l'evento temuto sia concreta;
- b) il pericolo deve prevedere un danno alla vita o all'integrità della persona;
- c) la gravità del possibile danno deve potersi stabilire su basi oggettive;
- d) l'evidenza che solo con il mezzo coercitivo si può evitare il danno;
- e) la coercizione deve essere proporzionata al pericolo da evitare.

Diverso è il caso dell'uso della contenzione durante il provvedimento di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) il quale trova la sua fonte formale e la sua riserva di legge e giurisdizione sia direttamente nelle leggi 180 del 1978 all'articolo 1 (tranne il primo comma), 833 del 1978 sia nell'articolo 32 secondo comma della Costituzione.

In questo caso infatti vi è una generale sintonia di visioni dottrinali e giurisprudenziali, poiché l'uso della forza fisica o di altri metodi coercitivi, può divenire un accorgimento imprescindibile, a pena di snaturare e rendere completamente non operativo il TSO (ad esempio, in caso di necessità di somministrazione di terapia farmacologica). Va sottolineato comunque che il ricorso alla contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio anche in caso di TSO e sempre come le caratteristiche di necessità, urgenza, proporzionalità sopra descritte. A livello normativo, intatti gli artt. 33-35 della Legge n. 833 del 1978, che disciplinano i TSO per malattia mentale non menzionano espressamente la contenzione nè la autorizzano automaticamente, ma è da ritenere che autorizzino l'uso della forza se necessario, come espressamente previsto dall'art. 33 comma 5, della stessa norma, per eseguire i trattamenti sanitari obbligatori. Si ribadisce indi che il ricorso alla contenzione, se pur nell'ambito di TSO, deve essere proporzionale, adeguata alla necessità e finalizzata alla cura del paziente.

Nel paragrafo seguente si riportano evidenze di Massime e sentenze della Suprema Corte di Cassazione ritenute di particolare interesse ai fini dell'attuale trattazione:

- E' richiesta un'attenta ponderazione del medico che dovrà spiegare, anche sinteticamente, le ragioni della scelta della contenzione e delle sue modalità di applicazione fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).
- Non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via "precauzionale" sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).
- Riportare tutte queste informazioni in cartella clinica si rende necessario a tutela, non solo del paziente, ma anche dello stesso sanitario che può rappresentare con trasparenza le motivazioni che lo hanno indotto, nell'interesse del malato, ad adottare questa decisione così delicata (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).
- Le modalità di applicazione della contenzione devono inoltre seguire requisiti di "proporzionalità" in considerazione della invasività dei presidi: contenzione parziale o totale nel caso di pregiudizio di pericolo (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).



- Considerato il carattere contingente della contenzione, destinata ad essere rivalutata nei suoi presupposti con il decorso delle ore, l'annotazione in cartella clinica si rende doverosa ad ogni singolo controllo medico e tale obbligo grava su tutti i medici che si sono succeduti nei rispettivi turni di servizio, Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018, n. 50497).

Strategie di prevenzione della contenzione

L'obiettivo di questa parte del documento è descrivere sinteticamente le strategie di prevenzione dei comportamenti violenti e non collaborativi dei pazienti nei luoghi di cura come proposto dalle evidenze clinico-scientifiche disponibili.

Pertanto le problematiche implicite nel ricorso alla contenzione si inseriscono invariabilmente all'interno di una più ampia visione che mira in generale alla prevenzione dei comportamenti violenti e non collaborativi.

In Italia, la gestione il più possibile a-traumatica del rischio di violenza è stato già fatto oggetto di una Raccomandazione da parte del Ministero della Salute rivolta a tutti gli operatori sanitari (n. 8, novembre 2007) e l'efficacia delle strategie di prevenzione dipende dalla implementazione di appropriate pratiche di assistenza e cura, che rappresentano un indice di qualità del miglioramento continuo della pratica clinica.

E' utile anzitutto sottolineare che le strategie di prevenzione e di gestione dell'agitazione/aggressività/violenza non andrebbero affrontate solo nelle situazioni di degenza in SPDC, ma andrebbero ridefinite nel più ampio contesto degli interventi di urgenza, della gestione dell'assistenza territoriale e ospedaliera e dei rapporti con gli altri soggetti, istituzionali e non, che possono esser coinvolti in situazioni dove si verificano episodi di agitazione/aggressività.

Pertanto è auspicabile che le linee di indirizzo siano dirette non solo al personale del Servizio Psichiatrico, ma anche a tutte le altre strutture sanitarie e a tutte le situazioni cliniche con agitazione per le quali può essere necessaria la contenzione fisica.

In ogni caso le strategie di prevenzione della contenzione comprendono interventi di tipo ambientale/strutturale, assistenziale e organizzativo .

Pertanto, in quest'ottica, tali strategie richiedono una forte azione sui contesti operativi sia prima che durante il ricovero ospedaliero.

Contesto extra-ospedaliero e Pronto Soccorso

a. Programmi di cura e assistenza longitudinali

E' fondamentale costruire una rete assistenziale territoriale e ospedaliera che coinvolga tutto il Dipartimento di Salute Mentale e che garantisca interventi multiprofessionali, precoci e integrati di presa in carico dei disturbi acuti, sulla base di progetti terapeutici individualizzati.

E' altresì auspicabile prevedere interventi rivolti alle famiglie dei pazienti più gravi in carico a fini psicoeducativi e di supporto psicologico alla luce di quanto sia gravosa per la salute dei familiari la solitudine nell'assistenza al paziente psichiatrico.

Questi interventi hanno lo scopo di mantenere la presa in carico continuativa e la tempestività degli interventi, riducendo così i 'drop-out' e la possibilità che il paziente giunga in ospedale in condizioni acute e di crisi, di sviluppare modalità di gestione fondate sul case management che garantisca la continuità e la prossimità delle cure, e di promuovere in ogni fase dell'intervento la ricerca del consenso al trattamento.

b. Gestione dell'agitazione psicomotoria in Pronto Soccorso

Una diagnosi e un corretto trattamento dell'agitazione psicomotoria sono azioni prioritarie e contribuiscono a ridurre il ricorso alla contenzione. L'agitazione è per definizione una sindrome aspecifica e transnosografica che può essere sostenuta da patologia ad eziologia organica/tossica/multifattoriale o da disturbi psichiatrici primari.

Pertanto è indispensabile un adeguato approccio diagnostico-terapeutico che preveda una stretta collaborazione, per quei pazienti che giungono all'osservazione nei setting di pronto soccorso, tra equipe psichiatrica, medico-chirurgica, anestesiologicala con l'obiettivo prioritario di definire una corretta diagnosi



differenziale e impostare adeguato trattamento.

E' opportuno individuare l'ambiente di ricovero più idoneo in considerazione della causa accertata/più probabile dell'agitazione psicomotoria; più specificatamente, pazienti con agitazione da causa organica o da intossicazione/astinenza da sostanze, possono necessitare di interventi multidisciplinari in pronto soccorso, in terapia intensiva o in reparti di competenza specialistica .

Pazienti con disturbi cognitivi acuti come il delirium, o cronici, come le demenze con disturbi psichici e comportamentali richiedono una valutazione multispecialistica che consideri prioritariamente, al di là della sintomatologia acuta e disturbante, la patologia primaria e la fragilità psico-sociale tipica di questi quadri per concordare gli interventi urgenti (farmacologici e non) e il reparto maggiormente idoneo in caso di eventuale ricovero ospedaliero.

Si sottolinea, inoltre, come molto spesso comportamenti aggressivi si traducono in richieste di intervento psichiatrico o di ricovero in SPDC indipendentemente dalle cause che li determinano. Vanno a questo proposito evidenziate l'inappropriatezza e il rischio di queste prassi di intervento che rendono la psichiatria, e i suoi luoghi di cura un contenitore aspecifico destinato a gestire episodi di aggressività e violenza indifferenziati. L'accesso ai reparti psichiatrici dovrebbe invece avvenire solo dopo attenta e tempestiva valutazione psichiatrica, che ha un ruolo fondamentale per ridurre al minimo i ricoveri inappropriati.

Contesto di ricovero ospedaliero

a. Fattori strutturali/ambientali del reparto

Le caratteristiche dell'ambiente di reparto influenzano la qualità dell'accoglienza ospedaliera e l'espressione di positive interazioni tra lo staff e l'utenza a tutto vantaggio dei bisogni dei pazienti.

Tali caratteristiche comprendono la disponibilità di diversi elementi elencati qui sotto:

- comfort dei locali (adeguate metratura, climatizzazione, luminosità, insonorizzazione e fruibilità dei locali);
- aree di lavoro per il personale di assistenza;
- arredi confortevoli e sicuri;
- spazi esterni;
- spazi comuni (dedicati ad attività ricreative e/o socializzanti) e spazi dedicati per pazienti con tabagismo;
- letti regolabili in altezza;
- accessibilità al campanello, allarme di chiamata o altro di necessità;
- adeguatezza del vitto

b. Fattori organizzativi

- Istituzione, ove possibile, di turni infermieristici misti (personale maschile e femminile), per consentire maggiore adattabilità e opportunità relazionali oltre che implementazione numerica del personale (es. mediante rientri) per ottimizzare le capacità di adattamento ad esigenze impreviste;
- definizione di modalità di assistenza graduabili in base al rischio clinico;
- predisposizione di regolari momenti di scambio di informazioni attraverso la documentazione sanitaria (consegne mediche e infermieristiche);
- monitoraggio periodico di trattamenti a potenziale rischio di indurre agitazione (ad es. catetere vescicale, sondino naso-gastrico, terapie e.v. protrate);
- interventi per raggiungere e mantenere livelli di autonomia e della cura personale, del ritmo sonno/veglia;
- predisposizione di attività di socializzazione/intrattenimento all'interno del servizio ospedaliero. In



tal senso, sarebbe auspicabile assicurare lo svolgimento di attività di base (lettura di giornali, tv, attività varie), attività occupazionali individuali e/o di gruppo, strutturate e quotidiane, tra pazienti e personale per la condivisione degli aspetti concreti, di eventi e situazioni quotidiane della vita del reparto (ad es. i pasti, le uscite esterne, la visione di film), attività riabilitative gruppali strutturate con operatori di reparto. Ciò al fine di ridurre l'isolamento del paziente favorendone adeguati livelli di comunicazione con l'équipe curante, anche tramite il coinvolgimento del personale, familiari, caregiver e della rete sociale;

- definizione di chiare e all'occorrenza flessibili regole di reparto volte a favorire la aderenza al trattamento e alla collaboratività con l'équipe curante.

c. Fattori relazionali

I fattori relazionali si riferiscono alle modalità di interazione e di comunicazione con l'utenza e tra i colleghi e hanno lo scopo di instaurare una relazione terapeutica di fiducia basata sulla costante presenza, non invasiva e non repressiva del personale.

Tra questi vanno citati e favoriti: l'ascolto empatico, lo stile accogliente, l'atteggiamento fermo, assertivo, ma non autoritario, la sospensione del giudizio, la trasparenza e chiarezza nella comunicazione delle regole, il coinvolgimento del paziente nel suo programma di cura, l'accompagnamento e l'empowerment da parte del personale, la valutazione degli elementi emotivi (ansia, depressione, frustrazione, irritabilità, disgusto, insoddisfazione e demotivazione) che diminuiscono la tolleranza del personale verso elementi aggressivi, senza entrare necessariamente in conflitto, la valutazione degli stili comunicativi presenti nelle équipe e della presenza di eventuali modalità negative, giudicanti, squalificanti, che possono costituire uno stile di relazione aggressivo.

d. Attuazione delle tecniche di “de-escalation” nelle situazioni di crisi

Per affrontare le situazioni di crisi sono state formulate una serie di tecniche denominate di “de-escalation”.

Per de-escalation si intende un intervento che utilizza la regolazione emozionale o tecniche di autogestione per contrastare il comportamento aggressivo o violento (NICE, 2015), attraverso tecniche verbali e non verbali.

Non esiste un approccio standard alla de-escalation, ma diversi modelli legati ad alcune teorie base della aggressività che mostrano alcuni elementi comuni. Si tratta, peraltro, di modelli con modeste basi di evidenza. Il più comune è quello di che divide il “ciclo della aggressività” classicamente in 5 fasi:

1. Fase del fattore scatenante;
2. Fase dell'escalation con comportamenti verbali e comportamentali che mostrano l'incremento del processo;
3. Fase critica caratterizzata dalla aggressione diretta;
4. Fase del recupero con un lento ritorno al livello di base;
5. Fase depressiva con spossatezza fisica e mentale.

Le fasi (1) e (2) sono quelle in cui si sono più concentrate le proposte di intervento, mentre nella fase (3) l'attenzione dev'essere focalizzata solo sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze centrate su contenimento, fuga, autoprotezione. La fase (4) mostra, poi, una situazione non ancora stabilizzata in cui interventi maldestri possono scatenare una riaccutizzazione della crisi.

Nella fase (1) il riferimento è all'empatia, con lo scopo di prevenire ulteriore escalation, ridurre l'irritazione, mantenere la sicurezza. Si tratta di coordinare gli interventi di staff, allontanare gli astanti e possibili oggetti lesivi, ed il contenimento dei comportamenti minacciosi.

Le tecniche consistono nel mantenimento della comunicazione, evitare la perdita di autorevolezza, usare appropriati riferimenti personali (“self disclosure”) sintonia timica (rispecchiamento degli aspetti emotivi e di umore che la situazione genera), la distrazione, la diversione (spostamento dell'attenzione su elementi analoghi, meno carichi di tensione).

Nella fase (2) sono stati sottolineati gli interventi di “talk down” che utilizzano elementi comunicativi,



destinati ad abbassare la tensione.

e. Collaborazione con le Forze dell'Ordine

Un coordinamento efficace con le Forze dell'Ordine e con l'eventuale servizio di vigilanza interno, che preveda anche la possibilità di un rapido e tempestivo intervento, consente di garantire un valido supporto allo staff curante in caso sia presente un rischio effettivo imminente di atti aggressivi limitando così il ricorso a pratiche coercitive come la contenzione e permettendo, al tempo stesso, di lavorare con strategie detensive in un contesto di adeguata sicurezza.

Sono auspicabili accordi condivisi con le Forze dell'Ordine per definire le modalità più opportune di intervento nel rispetto degli specifici ruoli e competenze in relazione alle operazioni di gestione degli stati di agitazione in ordine alla prevenzione/repressione del reato (prevenzione e repressione degli agiti eteroaggressivi) e per il supporto all'opera di soccorso.

f. Intervento farmacologico

L'uso dei farmaci in urgenza va contestualizzato nel più generale ambito delle strategie di gestione dell'agitazione/aggressività/violenza così come sono state finora descritte nel presente documento.

In sintesi, le strategie di trattamento farmacologico sono essenzialmente influenzate da tre variabili: a) quella logistico-strutturale dei luoghi di cura (ubicazione dell'SPDC, dotazione di personale, disponibilità di strumentazione adeguata, spazi idonei con adeguati livelli di sicurezza etc); b) quella organizzativa-formativa del personale che effettua l'intervento non-farmacologico sopra-descritto; c) quella dei diversi obiettivi possibili (tranquillizzazione rapida, sedazione) che devono comunque seguire criteri di appropriatezza prescrittiva, sicurezza, tollerabilità ed efficacia (anzitutto, la rapidità e/o la adeguata persistenza della risposta terapeutica).

La scelta del trattamento farmacologico è pertanto sempre difficile, ma diventa particolarmente sfidante nei casi ad alto rischio clinico e con importanti implicazioni medico-legali che si osservano sempre più frequentemente.

Ci si riferisce prevalentemente, ma non solo, a soggetti con gravi condotte antisociali ma anche - e soprattutto - a episodi di grave agitazione/aggressività in pazienti con intossicazione /astinenza da sostanze, con patologie mediche instabili, con alterazioni psico-comportamentali acute associate a demenza o disabilità intellettiva, condizioni che sono più propriamente da ritenere problematiche di pertinenza delle strutture dell'Emergenza o internistiche; situazioni ancora più complesse riguardano i minori (Gerson R. et al. 2019). Diventa pertanto necessario concordare strategie (procedure e protocolli) di gestione che integrino gli interventi farmacologici con quelli non farmacologici, compresi quelli coercitivi (contenzione).

Nelle ultime due decadi si è assistito ad un rinnovato interesse per la gestione degli stati di agitazione psicomotoria, di aggressività e di violenza con la pubblicazione di numerose linee guida e expert meeting internazionali (Garriga M. et al. 2016; NICE guidelines 2015). Queste, nel proporre definizioni, opzioni di gestione terapeutica e algoritmi decisionali, sono accomunate dall'aspetto innovativo di essere il risultato di 'consensus' multidisciplinari (psichiatria, medicina interna, d'urgenza, anestesia-rianimazione, cardiologia, etc).

Queste linee guida, oltre a descrivere indicazioni all'uso per tre classi di farmaci (antipsicotici di prima e di seconda generazione, benzodiazepine), propongono algoritmi decisionali per le tecniche di intervento a seconda della gravità dell'agitazione e della patologia medica e/o psichiatrica ad essa associate, contestualizzando con chiarezza le circostanze in cui l'intervento di contenzione diventa inevitabile o mandatorio. E' il caso delle persone che alla prima osservazione già si trovano in uno stato di gravissima agitazione o presentano comportamenti distruttivi e pertanto risulta impossibile attivare i previsti interventi per la loro gestione con metodi non coercitivi. Tuttavia le stesse linee guida riconoscono significativi limiti d'applicabilità soprattutto nei casi di grave agitazione, attuale o potenziale e nei casi di peculiari, e sempre più frequenti quadri clinici (intossicazione da sostanze in primis).

Tali limiti indicano – al fine di procedere realisticamente con una riduzione delle contenzioni – l'attivazione di azioni migliorative, tra le altre, sugli aspetti logistici, sul miglioramento delle competenze sull'uso dei farmaci psicotropi, sulla gestione multidisciplinare del trattamento farmacologico in dette situazioni.



In conclusione, qualunque sia il concreto contesto operativo, è un fatto riconosciuto che l'intervento farmacologico abbia stretti margini di scelta: da una parte l'obiettivo di cercare una risposta terapeutica in tempi rapidi (e con una durata prevedibile), dall'altra le raccomandazioni d'uso e le controindicazioni (sul tipo di farmaco, le associazioni farmacologiche, le vie di somministrazione) che vincolano la prescrizione a rigidi criteri di sicurezza (Pacciardi B. et al. 2013).

Modello di procedura operativa

- 3.1. Definizione
- 3.2. Scopo
- 3.3. Campo di applicazione
- 3.4. Matrice delle responsabilità
- 3.5. Terminologia e acronimi
- 3.6. Modalità operative
 - 3.6.1 Indicazioni per l'applicazione dei mezzi di contenzione
 - 3.6.2 Informazione e/o consenso all'intervento di contenzione
 - 3.6.3 Prescrizione della contenzione
 - 3.6.4 Tecniche di intervento
 - 3.6.5 Monitoraggio del paziente in contenzione
 - 3.6.6 Rimozione della contenzione fisica
- 3.7. Formazione
- 3.8. Indicatori
- 3.9. Allegati

3.1. Definizione

- **Contenzone fisica:** Costrizione realizzata per bloccare fisicamente i movimenti, volontari e involontari, di un paziente. Qualsiasi intervento, anche manuale, idoneo a bloccare il corpo del paziente.
- **Contenzone meccanica:** Costrizione realizzata con mezzi/ausili omologati per limitare i movimenti, volontari e involontari, di un paziente.
- **Isolamento:** Confinamento del paziente in una stanza specificatamente attrezzata che può essere chiusa o meno. Questo metodo prevede il contenimento che impedisce il libero movimento della persona nello spazio esterno senza l'immobilizzazione del corpo. E' una misura meno restrittiva della contenzone meccanica. Dovrebbe essere considerata se il paziente agitato non sia un pericolo per se stesso. Richiede monitoraggio e supervisione a intervalli regolari.

Nella presente Procedura Operativa (PO) con il termine "contenzone" si fa riferimento solamente alla contenzone meccanica, a meno che non sia specificato diversamente.

3.2. Scopo

Definire modalità operative e responsabilità in caso di contenzone fisica di un paziente ricoverato in SPDC. L'istruzione operativa è applicata da tutto il personale sanitario dell'SPDC.

Gli obiettivi principali della PO sono:

- disciplinare l'intervento di contenzone nel rispetto della dignità della persona (pazienti e personale)
- fornire al personale linee di comportamento uniformi



3.3. Campo di applicazione

La presente PO si applica ai pazienti ricoverati in SPDC in caso di contenzione fisica tramite mezzi di contenzione *applicati: a) al letto (fascia corpo; fasce/braccialetti di immobilizzazione, fascia/cintura pelvica, fascia/cintura addominale); b) a carrozzina/sedia/poltrona (corpetto a bretelle, fascia per carrozzina o poltrona, cintura addominale, polsiere).

* L'elenco esclude altri presidi che non sono considerati mezzi di contenzione (ad es gessi ortopedici, sponde che proteggono parte del letto etc).

3.4. Matrice delle responsabilità

La responsabilità dell'applicazione della presente PO è in carico a tutto il personale sanitario che opera in SPDC, a diverso titolo e ciascuno per la parte di propria competenza. Rispetto alle specifiche attività, si può descrivere la seguente matrice delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nella PO.

Attività	Attori	Medico	Coord.	Inf.	OSS	Caregiver	Paziente	Forze dell'ordine
Valutazione della problematica contenitiva		R	R	R	C	C	I	-
Informazione/acquisizione consenso		R	C	C	C	C	C	-
Prescrizione della contenzione		R	C	C	I	I	I	-
Registrazione in cartella clinica		R	C	I	I	-	-	-
Registrazione nella scheda infermieristica		I	C	R	I	-	-	-
Attuazione della contenzione		I/C	I	R	R	I	I	R*
Monitoraggio del paziente		R	I	R	R	I	I	-
Cessazione		R	C	C	I	I	I	-

NB: È responsabilità del personale sanitario l'utilizzo dei mezzi di contenzione in conformità delle indicazioni date dal fornitore.

Legenda:

R = responsabile R* = se vi è il rischio commissione di reati

C = coinvolto I = informato

Coord: Coordinatore Infermieristico Inf: Infermiere

3.5. Terminologia e acronimi

PO: Procedura Operativa;

UO: Unità Operativa;

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;

Coord: Coordinatore Infermieristico;

Inf: Infermiere;

OSS: Operatore Socio Sanitario;



DPI: Dispositivi di Protezione Individuale;

IM: Terapia Intramuscolare;

EV: Terapia Endovenosa;

Art: Articolo;

CP: Codice Penale;

TVP: Trombosi Venosa Profonda;

MOAS: Modified Overt Aggression Scale.

3.6. Modalità operative

3.6.1. Indicazioni per l'applicazione dei mezzi di contenzione

- evitare danni e/o lesioni che alterino l'integrità psico fisica del paziente o di altre persone: pericolo di danno imminente al paziente, ad altri (personale o degenti), pericolo di grave interruzione del trattamento terapeutico;
- necessità di trattamenti urgenti e indifferibili.

La scelta di usare i mezzi di contenzione deve essere preceduta da una attenta e completa valutazione da parte dello staff curante delle cause che la rendono necessaria e dei possibili interventi alternativi. La decisione sull'uso della contenzione dovrà essere presa e condivisa dall'equipe multiprofessionale. Può esser utile l'uso di scale validate per l'agitazione/aggressività (Modified Overt Aggression Scale - MOAS) per monitorare la risposta all'intervento nel tempo.

3.6.2. Informazione e/o consenso all'intervento di contenzione

Quando le circostanze operative lo consentono, il paziente, i familiari o il rappresentante legale vanno informati e coinvolti nel processo decisionale della contenzione. Qualora non sia possibile avvisarli precedentemente, essi vanno adeguatamente informati e preparati non appena possibile.

3.6.3. Prescrizione della contenzione

La prescrizione della contenzione è un atto di competenza medica che valuta indicazioni/controindicazioni e potenziali eventi avversi e deve essere registrata nella cartella clinica.

Eccezionalmente, in situazioni di urgenza e in concomitante assenza fisica del medico, l'infermiere può decidere di effettuare l'intervento di contenzione che deve però essere valutato, confermato e firmato dal medico il prima possibile.

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- motivazione circostanziata: descrizione del problema che determina la necessità dell'intervento e le motivazioni della prescrizione;
- tipo e modo di contenzione: descrizione della modalità di immobilizzazione (totale e parziale del paziente), del tipo dei mezzi di contenzione usati, della collocazione del paziente in contenzione (al letto, in carrozzina);
- durata: indicazione della durata prevista specificando l'inizio e il termine previsto (data e ora per entrambe). L'intervento di contenzione non dovrebbe superare le 12-24 ore. La prosecuzione della contenzione deve essere preceduta da una nuova prescrizione con le modalità sopra descritte. Se è necessario prolungare la contenzione oltre le 12/24 ore, la prescrizione dovrà essere supervisionata dal medico Responsabile del SPDC e/o il Direttore dell'UOC. E' sempre necessario valutare l'indicazione alla profilassi della TVP e/o altri interventi diagnostico-terapeutici;
- metodi e attività di monitoraggio: descrizione (in cartella clinica) dei tempi, luoghi e del personale coinvolto nell'intervento;



- tempi di verifica: codifica degli intervalli di valutazione dell'intervento secondo PO da parte del personale sanitario coinvolto in base alle rispettive competenze professionali.

E' previsto un modello di scheda di monitoraggio (Allegato 1) dove annotare gli elementi sopra descritti di prescrizione che contiene sinteticamente tutti gli elementi sopra riportati che andrà compilata da tutti gli operatori coinvolti per le rispettive competenze professionali.

3.6.4. Tecniche di intervento

- "briefing" per preordinare l'intervento del personale sanitario (minimo 3-4 persone, massimo 6), definendo un "leader" che coordinerà l'interazione con il paziente e darà il via alla contenzione. Eventualmente richiedere l'intervento delle Forze dell'ordine.
- sicurezza ambientale: rimozione oggetti, mobili, suppellettili di possibile intralcio e/o potenzialmente pericolosi, allontanamento di eventuali terzi per protezione;
- predisposizione della sede per la contenzione, idonea alla sorveglianza e all'assistenza e dei mezzi di contenzione;
- uso dei DPI (mascherina sul volto, guanti);
- immobilizzazione del paziente secondo il piano preordinato: ognuno trattiene un arto e uno (di solito il "leader") protegge la testa e controlla la corretta esecuzione delle manovre (per evitare compressioni al corpo del paziente);
- sicurezza personale: rimozione dagli indumenti indossati dal personale e dal paziente di oggetti potenzialmente pericolosi per se e/o altri (accendini, oggetti taglienti etc.);
- terapia farmacologica (IM o EV) da somministrare il prima possibile una volta completata la contenzione;
- confort del paziente: mantenere leggermente sollevata la testa del paziente per ridurre senso di vulnerabilità e il rischio di aspirazione;
- "de-briefing" (rapporto) per rivalutare eventuali problematiche, pratiche ed emotive, dell'intervento effettuato per future azioni di miglioramento;
- documentazione della manovra di immobilizzazione nella cartella clinica e inizio attività di monitoraggio;

È importante spiegare al paziente, già durante la contenzione, le motivazioni e le finalità dell'intervento, utilizzando ogni canale comunicativo.

E' necessario utilizzare dispositivi conformi alla Direttiva CEE 93/42 come recepita dal D.Lgs. 46/97 e s.m.e.

3.6.5. Monitoraggio del paziente contenuto

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato regolarmente a intervalli orari prestabiliti o più frequentemente se necessario.

Tutto il personale sanitario dell'UO monitora lo stato psico-fisico e il comportamento del paziente, il corretto posizionamento dei mezzi di contenzione ed eventuali effetti dannosi degli stessi.

Medico

Valuta la condizione psichica e comportamentale del paziente a tempi regolari o secondo necessità (comunque non oltre le 12 ore); programma uno schema di trattamento farmacologico definendo l'obiettivo terapeutico immediato (sedazione e/o tranquillizzazione rapida, stabilizzazione di concomitanti condizioni mediche instabili) e nel breve-medio termine (12-24 ore) provvedendo a una accurata trasmissione delle consegne (dati clinici e gestionali) al personale sanitario che proseguirà il trattamento (cambio turno di



medici di reparto, medico di guardia, medico reperibile) interviene ogni qualvolta il personale infermieristico lo ritenga necessario.

Il monitoraggio descritto (vedi scheda in allegato 1) è necessario per prevenire eventuali rischi e complicanze che possono derivare dalla contenzione e per valutare eventuali modifiche dello stato psico-fisico del paziente che possano rendere non più necessaria la contenzione.

Infermiere

L'assistenza infermieristica è centrata sui bisogni assistenziali: igiene, alimentazione e idratazione, eliminazione urinaria e intestinale, sonno e riposo, tutela della sicurezza, prevenzione complicanze, interazione e comunicazione per assicurare vicinanza e supporto.

L'infermiere assicura l'osservazione diretta continua o a intervalli regolari di 15 minuti; valuta respirazione, sudorazione, colore cutaneo/mucoso, posizionamento corretto dei presidi e valutazione delle condizioni di sicurezza ogni 30-60 minuti, 'comfort' del paziente; misura parametri vitali (pressione arteriosa, polso, frequenza respiratoria, temperatura corporea, saturazione d'ossigeno (minimo ogni 60 minuti, massimo 2 ore); controlla diuresi, alvo, idratazione e alimentazione (minimo 60 minuti, massimo di 4 ore, e ogniqualvolta necessario); favorisce la mobilità del paziente, se possibile, per almeno 10 minuti ogni 2 ore (libera escursione articolare di un arto alla volta), salvo diversa prescrizione medica; somministra la terapia prescritta e ne monitora gli effetti; accerta ed eventualmente segnala l'insorgenza di lesioni traumatiche e/o lesioni da decubito non presenti prima della contenzione.

Le tempistiche sono variabili anche in funzione della specifica situazione: possono essere richiesti controlli più o meno ravvicinati che vanno sempre motivati nella documentazione clinica.

Gli episodi di contenzione devono prevedere appropriate misure di prevenzione e gestione dei potenziali eventi avversi, descritti in letteratura come segue:

- a) nel momento in cui il paziente viene bloccato per l'applicazione dei mezzi di contenzione (lesioni da trauma, lesioni da taglio, contusioni, slogature, fratture, compressione toracica, asfissia, contaminazione da materiale biologico),
- b) nel corso della contenzione a causa della pressione diretta del dispositivo (lesioni dirette dovute alla pressione del dispositivo, lesioni da compressione a carico sia di strutture nervose che vascolari, lesioni derivanti dal tentativo del paziente di liberarsi dei mezzi stiramento di articolazioni, muscoli ed estremità distali degli arti, con conseguenti ferite, ecchimosi, slogature, distorsioni, fratture, compressione con edema e gonfiore a valle del mezzo, asfissia e strangolamento);
- c) nel corso della contenzione per l'immobilità forzata (disidratazione, ipertermia, infezioni, sindrome neurolettica maligna, compressione, aumento della pressione intratoracica, arresto cardiocircolatorio fino a casi rari di morte improvvisa, rischio di trombosi venosa profonda, generalmente dopo 24 ore).

E' necessario pertanto un monitoraggio degli episodi di contenzione con raccolta dati (apposito registro).

3.6.6. Rimozione della contenzione

La cessazione della contenzione va stabilita dal medico e motivata nella documentazione clinica. Successivamente il personale sanitario (Inf e OSS) rimuove i mezzi di contenzione. Nel periodo immediatamente successivo va posta particolare attenzione al comportamento e allo stato generale del paziente.



3.7 Formazione

La formazione del personale è di fondamentale importanza sia per quanto attiene agli interventi di prevenzione sia nella adeguata gestione dell'intervento. Gli organismi aziendali competenti per la formazione del personale devono prevedere eventi formativi per tutto il personale coinvolto. Il programma formativo deve prevedere, tra l'altro:

- Il riconoscimento dei fattori di rischio;
- L'approccio multidisciplinare nelle attività di prevenzione e adozione di tecniche alternative alla contenzione;
- Modalità di contenzione e rischi clinici associati ai dispositivi di contenzione;
- Aspetti legali, etici e di responsabilità professionale.

3.8 Indicatori:

- n.° contenzioni/n° ricoveri (anno)
 - o n.° contenzioni/n° ricoveri (anno) diagnosi di dimissione area salute mentale;
 - o n.° contenzioni/n° ricoveri (anno) diagnosi di dimissione area dipendenze;
 - o n.° contenzioni/n° ricoveri (anno) diagnosi di dimissione area disabilità;
 - o n.° contenzioni/n° ricoveri (anno) età <18 anni;
- n.° soggetti contenuti/n° soggetti ricoverati (anno)
 - o n.° soggetti contenuti/n° soggetti ricoverati (anno) diagnosi di dimissione area salute mentale;
 - o n.° soggetti contenuti/n° soggetti ricoverati (anno) diagnosi di dimissione area dipendenze;
 - o n.° soggetti contenuti/n° soggetti ricoverati (anno) diagnosi di dimissione area disabilità;
 - o n.° soggetti contenuti/n° soggetti ricoverati (anno) età <18 anni;
- n.° contenzioni/n° giornate di degenza (anno);
 - o n.° contenzioni/n° giornate di degenza (anno) diagnosi di dimissione area salute mentale;
 - o n.° contenzioni/n° giornate di degenza (anno) diagnosi di dimissione area dipendenze;
 - o n.° contenzioni/n° giornate di degenza (anno) diagnosi di dimissione area disabilità;
 - o n.° contenzioni/n° giornate di degenza (anno) totale età <18 anni

A cadenza annuale viene inviata reportistica dei suddetti indicatori alla UO Salute mentale e sanità penitenziaria per il monitoraggio regionale e per le opportune implementazioni del presente modello di procedura.



3.9 Allegati

- Allegato 1: Modello scheda di monitoraggio e registrazione parametri

MODELLO SCHEDA DI MONITORAGGIO E REGISTRAZIONE PARAMETRI CONTENZIONE MECCANICA (modello da adattare/implementare in ambito aziendale)			
Etichetta Paziente o ID progressivo paziente			
<div style="border: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; height: 20px;"></div>			
SEDE OSPEDALIERA			
UOC		DATA	
DATI RELATIVI AL PAZIENTE			
Cognome		Nome	
Sesso	• M	• F	Data di nascita
U.O.		Diagnosi di Ingresso:	TSO • SI • NO
Motivazione alla contenzione	Patologia Organica • Aggressività • Intolleranza Farmaci • Altro •	Abuso di sostanze • SI • NO	Precedenti Contenzioni • SI • NO
		Quali? _____ _____	
Descrizione degli interventi messi in atto precedentemente senza successo:			
Dispositivo di Contenzione			
Nome Cognome Medico		Firma Medico	

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA	
Contenzione prescritta (data e ora)	Contenzione rimossa (data e ora)
La contenzione del paziente ha avuto conseguenze?	
• SI • NO • Alterazioni arti contenuti	
Quali?	
Il paziente (tutore legale), i famigliari sono stati informati della necessità di attuare la contenzione meccanica?	
• SI • NO	
Note	
Data	
Nome Cognome Medico	Firma Medico



SEZIONE A COMPILAZIONE INFERIMIERISTICA								
Registrazione del monitoraggio: Indicare se la condizione è riscontrata ai criteri 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), e il valore per i parametri vitali. Riportare nelle note quanto di significativo riscontrato o effettuato. Prescrizione monitoraggio ogni: Firma Medico.....								
Data								
Orario								
1. Dispositivo di contenzione								
Posizionata correttamente No Lesioni								
Presenza lesioni								
2. Assunzione liquidi								
3. Assunzione alimenti								
4. Mobilizzazione								
5. Eliminazione urine								
6. Eliminazione feci								
7. Monitoraggio parametri								
PA								
FC								
TEMP								
SAT O ²								
Firma rilevatore*								
Note								

*Da registrare in corrispondenza di ogni monitoraggio



Bibliografia

- Austin B. Hopper A.B. et al., *Ketamine use for acute agitation in the emergency department*, The Journal of Emergency Medicine, Vol. 48, No. 6, pp. 712–719, 2015.
- Bak M. et al., *The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis*. European Psychiatry 57 (2019) 78–100.
- Baldacara L. et al., *Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach*, Brazilian Journal of Psychiatry, 20.
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Art. 35.
- Conferenza delle regioni e delle province autonome: *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010.
- Regione del Veneto, *Deliberazione della Giunta Regionale n. 3542 del 06 novembre 2007, "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo"*, Bur n. 104 del 04 dicembre 2007.
- Regione del Veneto, *Deliberazione della Giunta Regionale n. 847 del 31 Marzo 2009, "Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)"*- (artt. 33 e 34 L.n. 833 del 13.12.1978 e L. n. 180 del 13/5/1978), Bur n. 33 del 21 aprile 2009.
- Evans D., et al., *"Physical Restraint in Acute and Residential Care"*, Systematic Review, n. 22, The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002.
- Fisher W.A., *Restraint and seclusion: a review of the literature*. Am J Psychiatry. 1994;151:1584–1591
- Fontana S., a cura di, *Contenzione fisica*, Centro Studi EBN, A.O. Bologna - S. Orsola Malpigli, Best Practice, Vol. 6, 2002.
- Garriga M., et al., *Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus*, The World Journal of Biological Psychiatry, 17:2, 86-128.
- Gerson Ruth et al., *Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry*, Project BETA Psychopharmacology Workgroup.
- Knox D.K., et al., *Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry*, Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup Western Journal of Emergency Medicine Volume XIII, NO. 1: February 2012.
- Kousgaard S.J., *Effects of intramuscular Midazolam and Lorazepam on acute agitation in non-elderly subjects - a systematic review*, Pharmacopsychiatry. 2017 Jul;50 (4):129-135.
- Mankowitz S.L., et al., *Ketamine for rapid sedation of agitated patients in the prehospital and emergency department setting: a systematic review and proportional meta-analysis*, The Journal of Emergency Medicine, 1–12, 2018).
- Martínez-Raga J.M., et al., (2018) 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. Front. Psychiatry 9:54.
- National Institute for Health and Care Excellence, *"Restrictive interventions for managing violence and aggression in adults"* (2017).
- National Institute for Health and Care Excellence, *"Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings"* (2015).
- NICE 2015, *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. Working with the police 1.1.13.



Pacciardi B. et al., *Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety*, *Frontiers in psychiatry* 2013, vol 4 - 1-10.

Peloso P.F. et al., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2012;31(2):42-45.

Raccomandazioni in tema di contenzione – Gruppo di lavoro su Emergenza e Urgenza nell'area Salute mentale – Regione Emilia Romagna (2008).

Subramaniam K et al., *Propofol combined with lorazepam for severe polysubstance misuse and withdrawal states in intensive care unit: a case series and review*. *Emerg Med J* 2004;21:632–634.

Wilson M.P. et al., *The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry*, Project BETA Psychopharmacology Workgroup, Volume XIII, NO. 1: February 2012).

Zeller S, Calma D., Stone A. *Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments*, *West J Emerg Med*. 2014;15:1-6.

Zeller S., *What Psychiatrists Need to Know: Patients in the Emergency*, *Department Psychiatric Times* 2018; 35(8):1-3.

