INDICE

1. INTRODUZIONE 2
2. OBIETTIVO E SCOPO 2
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 2
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 2
5. RIFERIMENTI NORMATIVI 3
6. RESPONSABILITÀ 4
6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 4
7. MODALITÀ OPERATIVE 4
8. INDICATORI 7
9. REVISIONE 7
10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE 7
11. RIFERIMENTI 8
11.1 RIFERIMENTI INTERNI 8
ALLEGATI: 8

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO Coordinatore G.d.L	VERIFICA DI QUALITÀ Direttore UOSD Risk Management e Qualità	APPROVATO Direttore del DSM
Rev. 0	Novembre 2017	GdL	Dott.ssa G. Nobili	Dott.ssa M. Serva	Dott.ssa G. Nobili

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: Dr.ssa Gabriella Nobili (Direttore DSM-DP)
Dr. Massimiliano Bustini (Responsabile f.f. – UOC SPDC)
Dr.ssa Concetta Micillo (Psichiatra – UOC SPDC)
Dr.ssa Stefania Pitoni (Coordinatrice Infermieristica – DSM)
Sig. Carter Cesaretti (Infermiere – SPDC Rieti)
Sig.ra Maria Giovanna Petrangeli (Infermiera – SPDC Rieti)
Sig.ra Claudia De Angelis (Infermiera – SPDC Rieti)
Dr. Giovanni Leuratti (Sviluppo organizzativo e Rete integrata Aree DSM-DP)
Dr. Roberto Longari (Responsabile UOSD Affari Generali e Legali)

1. INTRODUZIONE

La contenzione puo' essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici - ambientali applicati direttamente all'individuo o all'individuo e al suo spazio circostante. Il fenomeno della contenzione meccanica di persone affette da condizioni psicopatologiche gravi rappresenta un tema importante di salute pubblica. Nel 2012 la Società Italiana di Psichiatria ha provveduto ad emanare le Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica nei reparti psichiatrici e tale documento sarà ripreso, integrato ed approfondito nelle presenti linea guida, La letteratura nazionale ed internazionale è concorde nel ritenere che l'impiego della contenzione meccanica è giustificata solo se costituisce un punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari dissuasivi o impeditivi e finalizzati all'autodeterminazione ed all'ottenimento del consenso da parte del paziente, tutti messi in atto senza alcun risultato. Come ha puntualizzato il Comitato Nazionale per la Bioetica (Rif. 11), posto che il paziente psichiatrico ha "diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale", la contenzione può essere praticata "solo in casi eccezionali in mancanza di alternative e in presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti autolesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi". Il fine "sanitario" della contenzione è sempre il "primum movens" del provvedimento nel rispetto dei dettati costituzionali degli art. 13 e 32 della Costituzione e nelle indicazioni contenute nel Codice di Deotologia Medica (Art.3,18,32,51 del CDM del 2014) e del Codice Deotologico dell'infermiere (Art.30, Gennaio 2009)

2. OBIETTIVO E SCOPO

L'obiettivo di questa istruzione operativa è, principalmente, quello di dotarsi di un protocollo aggiornato e condiviso da tutti gli operatori sanitari e che consenta l'applicazione della migliore qualità esigibile relativamente all'assistenza dei pazienti per i quali si è applicato il presidio, temporaneo, della contenzione fisica in SPDC. La contenzione meccanica, se applicata correttamente, in presenza di presupposti legittimanti e nelle modalità consentite, ha la finalità di favorire o consentire in prospettiva altre forme di intervento terapeutico.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa è da intendersi applicata all'interno del S.P.D.C. del Presidio Ospedaliero di Rieti

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CM: Contenzione meccanica
UOC SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
DSM: Dipartimento di Salute Mentale
CDM: Codice di Deontologia Medica
C.P: Codice Penale

5. RIFERIMENTI NORMATIVI/ALTRO

C.P.:

- Sicurezza del paziente, dell'operatore o di terze persone, quando il sanitario ravvisa lo "stato necessità" (art.54 c.p.) applicabile in presenza, imminenza ed attualità del pericolo; non evitabilità "danno grave" con altri mezzi e tenendo conto del principio di proporzionalità.

- Se il pericolo è immediato per comportamenti violenti etero ed auto diretti in condizioni susseguenti una patologia nella quale è alterata la volizione del soggetto, il Sanitario ha l'obbligo di prestare la propria opera ma si riferirà alla Forza Pubblica per il sostegno all'opera di soccorso oltre che per la repressione/prevenzione del reato (Art.51 C.P. Adempimento di dovere; Art.54 C.P. Stato di necessità; Art. 93 C.P. Promozione di soccorso;_TulPs Art. I T.U. 1926', Art. 1 R.D.L. 14 aprile 1927, n. 593, Capo I delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti di urgenza o per grave necessità pubblica)

- Assunzione del medico della "posizione di garanzia" (art.40 c.p.)

CDM:

- Art. 3 Codice di deontologia Medica) che gli impone di preservare il bene protetto (salute) da tutti i rischi che possano lederne l'integrità, configurandosi altrimenti una condotta omissiva (Cass. Pen. I 1.3.2005)

Buona Prassi:

- L'eccezionalità dell'applicazione (Art.60 R.D. n.615 del 1909; Società italiana di psichiatria 21.2.2009) della contenzione meccanica, presuppone la necessità di evitare e prevenire tale pratica attraverso interventi formativi specifici (Conferenza delle Regioni e delle provincie autonome , 10/081/CRO7IC7 del 29/11/2010) sulla gestione del comportamento violento attraverso:
  1. contenimento emotivo con presenza di almeno 2 operatori ed utilizzazione di tecniche di de escalation, acquisizione di consenso alle cure;
  2. Mobilizzazione di tutte le risorse disponibili in reparto per effettuare un adeguato contenimento del paziente;
  3. Solo qualora gli interventi al punto 1 e 2 fossero falliti e fosse impossibile o controindicato procedere a tranquillizzazione farmacologica, si procede alla contenzione meccanica.

6. RESPONSABILITÀ

6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella della matrice di responsabilità come di seguito riportata

Attività / Figure	Medico	Infermiere	Psicologo	OSS	Familiare	Paziente	Resp.le UO	Coordinatore
Valutazione Problematica	R	C	C	C	I (se possibile)	I		
De-escalation	R	C	C	C	C			
Prescrizione CM	R	C			I (se possibile)			
Effettuazione CM	C	R	C	C				
Monitoraggio assistenza	I	R		C				
Controlli medici	R	C		C				
Registrazione sulla cartella	R		C					
Registrazione cartella infermieristica		R						
Acquisizione consenso	R	C	C	C	C	C		
Firma scheda di osservazione	C	R						
Flusso di distribuzione	I	I	I	I	I	I	R	C

Attività: descrizione di ogni singola azione prevista in procedura
Figure: figure professionali coinvolte nell'applicazione della procedura
Legenda: R= Responsabile; C= Coinvolto/collabora; I= Informato

7. MODALITÀ OPERATIVE

7.1 Soggetti a rischio di CM

Gli operatori sanitari utilizzeranno l'eventuale CM nei seguenti casi:

- Necessità di praticare terapia psicofarmacologica in pazienti in TSO non collaborativi, che mettono in atto agiti violenti e pericolosi per la propria e altrui incolumità;
- Imminenti comportamenti auto o etero aggressivi, auto e/o eterolesionistici e/o rischio di caduta;
- Presenza di marcata agitazione psicomotoria con violenza auto ed etero diretta a tutela della salute fisica e psichica del paziente;

- Situazioni di controindicazione alla somministrazione di psicofarmaci (intossicazione acuta da sostanze stupefacenti e/o alcoliche, demenze gravi, etc);
- Rischio di rimozione di devices sanitari (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica, ecc) indispensabili alle manovre sanitarie a cui il p. deve essere sottoposto.

7.2 De-esclation

Definizione: La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e aggressività presenti nelle persone con disturbo psichiatrico.
Indicazioni: La de-escalation deve essere attuata come prima risposta e tutto il personale deve essere correttamente formato alle tecniche specifiche.
Modalità (a cura di tutti gli operatori):

Riduzione della tensione tesa a ristabilire un rapporto attraverso l'offerta di :
- disponibilità all'ascolto
- approccio al paziente in modo rilassato e tranquillo
- offerta di cibo o bevande
- proposta di un trattamento farmacologico volontario aggiuntivo
- ridefinizione della problematica sul piano somatico (sonno, sete, fame, stanchezza, ecc.) senza negare il problema psichiatrico
- rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente e al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, sportivo, alimentare, ecc.)
- *talking down* (eliminare le perturbazioni sonore per favorire la comunicazione verbale)
- modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica

↓ se non risponde		↓ se risponde
(MEDICO con il supporto di tutti) Ribadire con fermezza l'importanza e la necessità di sottoporsi alle cure, valutando la possibilità di negoziare alcuni aspetti della terapia (*show of the force*)	se risponde →	(TUTTI) Iniziare l'intervento sulla crisi e concentrarsi sulla soluzione del problema

Se si crea una situazione di pericolo imminente per il paziente, per se stessi, per gli altri pazienti, per i presenti, prendere in considerazione:
- uso di farmaci di emergenza
- contenzione meccanica
- TSO

Strumenti: La de-escalation si avvale delle competenze specifiche degli operatori.

Raccomandazioni: È opportuno garantire che tutti gli operatori siano sufficientemente formati a fronteggiare situazioni potenzialmente pericolose. Inoltre è opportuno stabilire di volta in volta, non alla presenza del paziente, una strategia di comportamento condivisa. Infine, è necessario evitare l'isolamento del paziente e, al contempo, evitare l'allontanamento del paziente attraverso misure di dissuasione da valutarsi caso per caso in base alla gravità del quadro clinico.

7.3 Consenso

Se ricorre la necessità di attuare una contenzione meccanica, opportunamente valutata e certificata sulla cartella dallo psichiatra di guardia o dal Responsabile del SPDC, è sostanzialmente impossibile l'acquisizione del consenso valido da parte del paziente che viene sottoposto a CM: in tali circostanze sarà necessario dare informazione, quanto più possibile compiuta, sia al paziente sia, se possibile, al familiare referente non appena si sia deciso di contenere il congiunto (illustrandone i motivi e le modalità di somministrazione ed il tipo di assistenza a cui il paziente verrà sottoposto).
Inoltre, un soggetto sottoposto a TSO non richiede una formalizzazione del consenso sino a quando il TSO sussiste e nell'ambito di esso può essere prevista, per la gestione di eventuali gravi disturbi comportamentali messi in atto, la contenzione fra le modalità per favorire il trattamento farmacologico necessario.
Il paziente minore soggiace alla corrente normativa; si segnala solo l'opportunità che il consenso sia prestato da entrambi i genitori.
Nel caso di paziente interdetto o inabilitato, oppure sottoposto ad amministrazione di sostegno con estensione alla cura, va informato del provvedimento adottato rispettivamente il tutore, il curatore o l'Amministratore di Sostegno.
Infine, le condizioni di estrema pericolosità verso se stessi e gli altri vanno attestate dal curante ed allegate alla indicazione alla contenzione. Nella certificazione andrebbe sempre inserito un termine temporale dopo il quale il paziente va obbligatoriamente rivalutato. Se possibile, ai familiari è opportuno far sottoscrivere una informativa. A tutti gli effetti tale certificazione del sanitario che ha in carico il paziente è una dichiarazione di stato di necessità ai termini della vigente normativa.

7.4 Monitoraggio del paziente contenuto

All'inizio della contenzione, al paziente va posizionato il pigiama ignifugo in dotazione al reparto (l'UOC SPDC di Rieti è dotato di materassi e lenzuola ignifughe).

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere tenuto il più possibile sotto osservazione e controllo e deve essergli garantita la possibilità di movimento ed esercizio per almeno 10 minuti ogni 3 ore, salvo la notte. Nell'orario notturno il paziente verrà monitorato tramite l'ausilio del sistema di videosorveglianza e attraverso valutazioni frequenti effettuate a letto dello stesso.

L'attività di monitoraggio complessivo deve essere effettuata dal personale sanitario almeno ogni 3 ore: tale indicazione è indispensabile per verificare sia il corretto posizionamento dei mezzi contenitivi (per prevenire eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione per cui è indispensabile che la contenzione venga interrotta) sia per un costante monitoraggio dei parametri vitali sia per valutare il comportamento del paziente e quindi se l'intervento contenitivo si renda ancora indispensabile (tutto tracciato nella documentazione sanitaria).

Al paziente deve essere sempre garantita assistenza e sicurezza durante il periodo di contenzione. Va assicurata al paziente la corretta alimentazione ed idratazione, il controllo della diuresi e dell'alvo, nonché l'impostazione di terapia idonea per la profilassi della T.V.P.

La contenzione cessa quando il medico, valutato lo stato clinico del paziente, riscontra che non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta. Se possibile, si informerà il familiare o il rappresentante legale dell'avvenuta decontenzione.

Nel caso si riscontri la necessità di contenzione prolungata (oltre le 24 ore), deve essere avvisato il Responsabile dell'UOC SPDC.

Al termine della CM, è necessario effettuare un debriefing con la persona che ha ricevuto l'intervento di contenzione.

8. INDICATORI

Le contenzioni effettuate verranno riportate su un apposito registro con pagine numerate e verrà indetta una riunione quadrimestrale con il personale del SPDC per la discussione e il monitoraggio delle CM effettuate, con le criticità emerse, le azioni di miglioramento intraprese da inviare tramite breve report all'UOSD Risk Managment.

9. REVISIONE

E' prevista la revisione della presente procedura ogni 2 anni o in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda. Infine, non conformità o eventi avversi rilevati durante l'applicazione della presente procedura.

10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa dal Direttore del DSM a tutti e medici e al Responsabile del UOC SPDC che deve diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.
La presente istruzione operativa è pubblicata sull'Intranet Aziendale, area documentazione Risk Managment

11. RIFERIMENTI

11.1 RIFERIMENTI INTERNI

ALLEGATI:

- Allegato 1: Flow Chart valutazione/gestione necessità di CM
- Allegato 2: Scheda di monitoraggio Contenzione
- Allegato 3: Dichiarazione di ricevuta informazione alla CM per i familiari

11.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1) Società Italiana di Psichiatria (2009): Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica, Quaderni italiani di psichiatria, 31, 2012, 2, 42-45.

2) Filippo D.: La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, Rivista di Medicina Legale, 35, 227-234, 2013. 21. Flores A, Magni L, Salteri A: I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata, Psichiatria Oggi, 7, 47-49, 1994. 22.

3) Lugo F. et al. (2006): La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica, Psichiatria oggi, 1. 23.

4) Massa M.: Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche, Rivista Italiana di Medicina Legale, 35, 1, pp. 179-207, 2013

5) Dodaro G.: Il problema della legittimità giuridicaa dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario, Rivista di Medicina Legale, 33, 1483-1528, 2011.

6) Dodaro G., Ferrannini L.: La contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus, Rivista di Medicina Legale, 35, 167-178, 2013.

7) Cacace S.: Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione, Rivista di Medicina Legale, 35, 209-226, 2013.

8) Peloso P.F., Ferrannini L. Aspetti storici ed epistemologici della contenzione, Relazione al Convegno "Le contenzioni, dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure", Roma, Ministero della Salute, 23-24/5/2013.

9) Codice Deontologico della Professione Infermieristica (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).

10) Codice di Deontologia Medica (approvato nel 2014 dal Consiglio Nazionale della Federazione dei Medici e degli Odontoiatri italiani – FNOMCeO).

11) Comitato Nazionale per la Bioetica (24 Aprile 2015) "La Contenzione: problemi bioetici"

12) Art. 54 c.p. Stato di necessità

13) Posizione di garanzia:

Art.40 c.p.: "...non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo".

Art. 3 CDM (2014) "...dovere del medico sono la tutela della vita, della salute psicofisica...nel rispetto della dignità e della libertà della persona".

Art. 18 CDM (2014) "...i trattamenti che incidono sull'integrità psicofisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona".

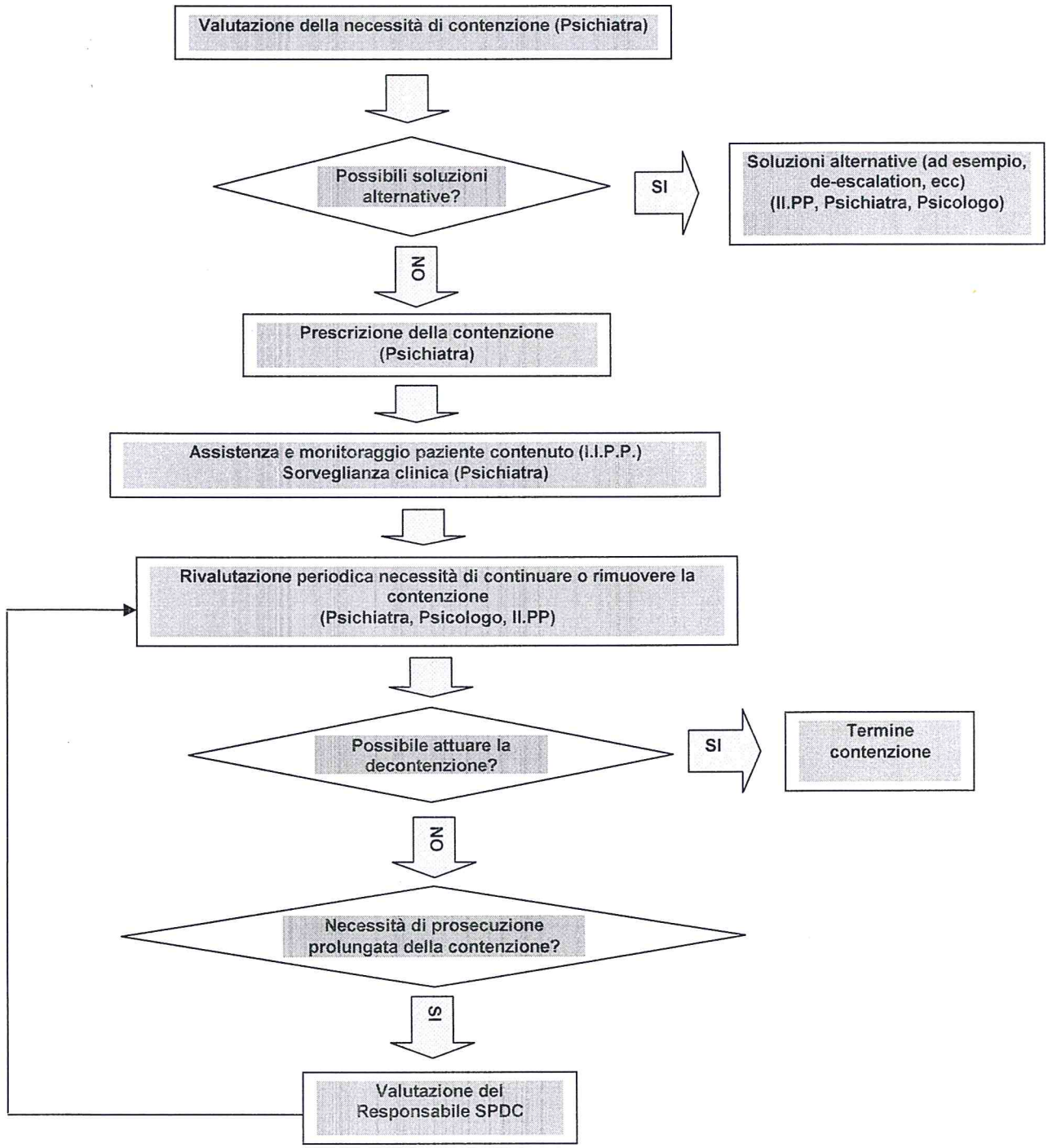
Art. 51 CDM (2014) "Il medico, nel prescrivere ed attuasre il TSO , opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge".

Cass. Pen. 11/3/2005: Condotta omissiva "...ogni operatore di una struttura sanitaria è portatore di una posizione di garanzia verso il paziente , la cui salute va tutelata contro un qualunque pericolo che ne minacci l'integrità".

14) Art. 32 CDM (2014) "...il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici ed ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona".

15) Funzione di atto pubblico della cartella - Cass. Pen. 16/6/2005 n. 22694

ALLEGATO 1: Flow Chart valutazione/gestione della necessità di CM



ALLEGATO 2

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

CONTENZIONE MECCANICA
"SCHEDA OSSERVAZIONE REGISTRAZIONE PARAMETRI"

Nome e Cognome del paziente_____Età_____Sesso: **M** ◯ **F** ◯

Data e ora **INIZIO** contenzione_____ TSO: **SI'** ◯ **NO** ◯ data inizio_____

Motivazione:

- Patologia organica
- Aggressività
- Intolleranza ai farmaci
- Altro_____

Abuso di sostanze: **SI'** ◯ **NO** ◯ quali_____

Diagnosi medica_____

Descrizione degli interventi messi in atto precedentemente senza successo:

_____

Precedenti contenzioni: **SI'** ◯ **NO** ◯

Firma medico e/o infermiere_____N°. progr. SCHEDA_____

Parametri vitali/necessità di contenzione: valutare almeno ogni 3 ore

Data ____/____/_____	Il tentativo di **decontenzione** delle ore_____ha avuto il seguente esito:				Firma medico:	
Arti contenuti	P.A.	F.C.	T.C.	Cod. Gen:	Diuresi	Alvo
Idratazione	Alimentazione	Profilassi T.V.P.	Alterazioni arti Cont.	Altro:	Firma infermiere:	

Data ____/____/_____	Il tentativo di **decontenzione** delle ore_____ha avuto il seguente esito:				Firma medico:	
Arti contenuti	P.A.	F.C.	T.C.	Cod. Gen:	Diuresi	Alvo
Idratazione	Alimentazione	Profilassi T.V.P.	Alterazioni arti Cont.	Altro:	Firma infermiere:	

Data e ora FINE contenzione:_____**Firma medico:**_____

ALLEGATO 3

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

UOC S.P.D.C.
Responsabile dr. Massimiliano Bustini

Tel. 0746/278219 Fax 0746/278509

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE ALLA CONTENZIONE MECCANICA

Dati dell'assistito:

_____

Con la presente scrittura vengono riportati le principali informazioni relative alla necessità di procedere alla contenzione meccanica dell'assistito in oggetto.
Tale procedura appare, al momento, indispensabile per poter garantire la corretta e necessaria assistenza e terapia al paziente dopo che sono falliti tutti i tentativi di ottenere la collaborazione ed il consenso ai trattamenti proposti.

- Situazione obiettiva riscontrata nella visita:

_____
_____

- Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:

_____
_____

- Tecniche e/o materiali impiegati:

_____

- Benefici derivanti:

_____

Il familiare o il legale rappresentante dell'assistito dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e sopra riportate in sintesi relative allo stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'intervento sanitario proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio _____ (1) all'effettuazione delle procedure illustrate e indicate.

(1) Scrivere: "CONSENSO" oppure "DINIEGO"

Luogo e data _____
Firma del familiare o di chi ne fa legalmente le veci

Firma del medico