

DOCUMENTO Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021		AD USO INTERNO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE OSTETRICHE	
TIPO DI DOCUMENTO ,NUMERO E TITOLO	CONTENUTO		ALLERT
PRO AZ 188 SA Prevenzione e gestione della contenzione del paziente nelle strutture aziendali	SCOPO	<ul style="list-style-type: none"> •Fornisce a tutti i professionisti sanitari indicazioni per la prevenzione e per la gestione della contenzione nelle situazioni in cui le strategie alternative non siano praticabili o si siano rivelate insufficienti. •Definisce le modalità organizzative e assistenziali per la prevenzione e, quando strettamente necessaria, per la corretta attuazione della contenzione nei pazienti affetti da patologie o condizioni cliniche nelle quali trovi indicazione l'intervento contenitivo, ove sia esclusa la possibilità di adottare interventi alternativi o qualora questi ultimi si siano rivelati inefficaci, nel rispetto delle evidenze scientifiche, della buona pratica clinica e nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona. 	 
	AZIONI PRINCIPALI	<ul style="list-style-type: none"> • Si distinguono diverse tipologie di contenzione: manuale, fisica o meccanica, farmacologica, e ambientale, tutte caratterizzate dalla finalità, appunto, di ridurre la libertà di movimento e di azione della persona. • La decisione di applicare un intervento di contenzione è preceduta da un'attenta valutazione multidimensionale e clinica da parte dell'équipe clinico-assistenziale rispetto all'indicazione, alle possibili soluzioni alternative e/o alle condizioni che ne rendano inevitabile l'attuazione. • E' sempre necessaria la prescrizione di un medico (All. 2) oppure, nei casi in cui il personale di assistenza adotti autonomamente il provvedimento di contenzione, necessario e non differibile (ad esempio stato di agitazione e/o aggressività incontenibili con pericolo immediato per lo stesso paziente o per terzi), ove il medico sia impegnato su altro paziente o temporaneamente impossibilitato a valutare il caso, è necessario che non appena possibile questi venga informato, possa visitare e valutare il paziente e registrare la prescrizione in cartella clinica. • Si raccomanda che durante il periodo di contenzione il paziente venga "controllato/a", in modo tracciabile, a cadenza ravvicinata e, comunque, ogni qualvolta il medico e l'infermiere, sulla base dei propri riscontri, lo ritengano necessario. • I Direttori di UO, i Responsabili di UF e i Coord delle strutture in cui è occorsa la pratica contenitiva devono produrre semestralmente e inviare al Direttore di Dipartimento competente un resoconto schematico che riporti i seguenti punti (Allegato 4). <ul style="list-style-type: none"> ▪ N° di contenzioni meccaniche ▪ La durata della contenzione per singolo caso ▪ I criteri del ricorso alla contenzione ▪ Gli obiettivi raggiunti con la contenzione ▪ Le eventuali conseguenze negative fisiche e psichiche della contenzione ▪ N° contenzioni manuali ▪ N° di pazienti non contenuti che hanno subito lesioni o si sono allontanati dalla struttura subendo lesioni ▪ N° di pazienti che sono rimasti vittima dei comportamenti violenti di altri pazienti ▪ N° operatori che hanno subito atti di violenza, minacce, lesioni ▪ N° audit clinici / N° contenzioni 	
	RESPONSABILITA'	<p>Il recente Codice Deontologico della Fnopi risulta in linea con gli indirizzi della Cassazione relativi allo stretto perimetro della liceità dei mezzi di contenzione fisica/meccanica. Non entra nel merito della contenzione manuale, di quella farmacologica e di quella ambientale.</p>	
	ALLEGATI	<ul style="list-style-type: none"> ① Allegato 1: Approfondimenti normativi sulla contenzione ② Allegato 2: Scheda di registrazione e monitoraggio della contenzione ③ Allegato 3: Relazione sulla contenzione ④ Allegato 4: Rendicontazione semestrale 	

Prevenzione e gestione della contenzione del paziente nelle strutture aziendali

La presente procedura fornisce a tutti i professionisti sanitari indicazioni per la prevenzione e per la gestione della contenzione nelle situazioni in cui le strategie alternative non siano praticabili o si siano rivelate insufficienti.

Redatto	Verificato	Approvato
Coordinatore del gruppo di lavoro Direttore del Dipartimento della Salute Mentale e dipendenze Dott. Roberto Sarlo	<p>VERIFICA TECNICA Direttore Dipartimento Affari Legali Avv. Luca Cei</p> <p>Dir. Dip. Professioni Infermieristiche ed Ostetrica Dott. Mirco Gregorini</p> <p>Direttore del Dipartimento Staff Dott. Francesco Bellomo</p>	<p>Direttore Generale Dott.ssa Maria Letizia Casani</p> <p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luca Lavazza</p> <p>Dir. Servizi Sociali Dott.ssa Laura Brizzi</p>
	<p>VERIFICA FORMALE UOS Gestione Documentale e Sviluppo Accreditamento Dott.ssa Lidia Di Stefano</p>	<p>Direttore Amministrativo Dott. Gabriele Morotti</p>
<p>Referente del documento Direttore Dipartimento Salute Mentale Dott. Roberto Sarlo</p>		

ELENCO ALLEGATI

- Allegato 1: Approfondimenti normativi sulla contenzione
- Allegato 2: Scheda di registrazione e monitoraggio della contenzione
- Allegato 3: Relazione sulla contenzione
- Allegato 4: Rendicontazione semestrale

Parole chiave: Contenzione, contenimento, prescrizione, mezzi, monitoraggio, registro

SOMMARIO

1. SCOPO/OBIETTIVI.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI (ORDINE LOGICO O ALFABETICO).....	3
4. CONTENUTI/DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVE.....	3
4.1 PREMESSA.....	3
4.2 DEFINIZIONE E TIPI DI CONTENZIONE.....	3
4.3 PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE.....	4
4.4 CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA.....	5
4.5 QUANDO E COME UTILIZZARE I MEZZI DI CONTENZIONE.....	5
4.6 EVENTI AVVERSI ASSOCIATI ALL'USO DELLA CONTENZIONE FISICA.....	6
4.7 VALUTAZIONE DEL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICIO.....	7
4.8 PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE.....	7
4.9 MODALITÀ OPERATIVE.....	9
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	12
6. DOCUMENTI SOSTITUITI O AGGIORNATI.....	13
7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI.....	13
8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI.....	13
9. DISTRIBUZIONE.....	14
10. Gruppo di redazione/verifica.....	15

1. Scopo/obiettivi

Scopo di questa procedura è quello di definire le modalità organizzative e assistenziali per la prevenzione e, quando strettamente necessaria, per la corretta attuazione della contenzione nei pazienti affetti da patologie o condizioni cliniche nelle quali trovi indicazione l'intervento contenitivo, ove sia esclusa la possibilità di adottare interventi alternativi o qualora questi ultimi si siano rivelati inefficaci, nel rispetto delle evidenze scientifiche, della buona pratica clinica e nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

Si tratta di situazioni di estrema necessità e gravità, nelle quali il valore da garantire è il diritto alla sicurezza, alla incolumità fisica e, in ultima analisi, il diritto alla salute del paziente o di terzi, caratterizzate dal pericolo grave e attuale di condotte autolesive e/o eterolesive non altrimenti evitabile e gestibile. La contenzione deve inoltre essere adottata solo per il tempo strettamente necessario a fronteggiare il suddetto pericolo, ed i mezzi di contenzione devono essere idonei, proporzionati alle circostanze e richiedere le modalità meno invasive possibili in base alla singola situazione, nel rispetto delle norme.

2. Campo di applicazione

La procedura si applica a tutte le strutture aziendali dove si possano verificare situazioni nelle quali è necessario adottare provvedimenti di contenzione. E' tuttavia fondamentale che a tutti i livelli, regionale e aziendale, vengano coinvolte anche le strutture private alle quali le Aziende sanitarie appaltano servizi, attraverso meccanismi

 <p>Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 188 SA Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021_ Pag. 3 di 15
--	--	---

contrattuali volti a vincolare il privato gestore all'osservanza dei principi inerenti la prevenzione e la gestione della contenzione.

3. Abbreviazioni/definizioni (ordine logico o alfabetico)

SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
 ATNO: Azienda USL Toscana Nord Ovest
 DirDip: Direttore di Dipartimento
 DirUO: Direttore UO
 Resp UF: Responsabile di Unità Funzionale
 PosOrg: Posizione organizzativa
 Coord: Coordinatore infermieristico
 Oss: Operatore Socio Sanitario
 RQS: Referente Qualità e Sicurezza Dipartimentale
 FQS: Facilitatore Qualità e Sicurezza
 UOC SIC-PAZ: UOC Sicurezza del Paziente
 CUAT: Comitato unico aziendale per le tutele

4. Contenuti/Descrizioni delle attività/Modalità operative

4.1 Premessa

Il quarto emendamento al Piano Socio Sanitario Regionale Toscano 2019 ribadisce *il concetto che i sistemi di contenzione rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona, ma che si è consapevoli che la giurisprudenza prevede eccezioni connesse a presupposti di necessità e urgenza proporzionate al pericolo, e che la Toscana si pone l'obiettivo di essere un modello a livello nazionale per il superamento definitivo di ogni forma di contenzione.*

Si dà atto che, in considerazione della complessità del tema trattato e delle sue implicazioni etiche, la procedura è stata sottoposta, presentata e discussa in sede di Comitato per l'etica clinica e Comitato Unico Aziendale delle Tutele.

Il Comitato per l'etica clinica, proprio per la rilevanza delle questioni connesse, ha ritenuto opportuno predisporre una nota alla procedura (vedi allegato) al fine di proporre osservazioni e sottolineare i principi etici di riferimento e collaborerà alla presentazione della presente procedura all'interno dell'Azienda.

Il Gruppo di Lavoro ha fatto una sintesi delle osservazioni pervenute dagli organismi aziendali (Comitato per l'etica clinica e CUAT) recependo le osservazioni proposte.

4.2 Definizione e tipi di contenzione

Per contenzione, in generale, si intende la "restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto". Si distinguono diverse tipologie di contenzione: manuale, fisica o meccanica, farmacologica, e ambientale, tutte caratterizzate dalla finalità, appunto, di ridurre la libertà di movimento e di azione della persona.

- **Contenzione manuale:** si intendono le attività mirate a immobilizzare il paziente (il corpo o parte del corpo della persona). È stata definita anche "contenzione umana", laddove per umana si intende l'utilizzo del corpo di chi applica la contenzione.

- **Contenzione fisica o meccanica:** si intende la messa in atto di procedure, mezzi e dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante, atti a limitare la libertà di movimento. Rientrano quindi di norma nei sistemi di contenzione fisica (detta anche meccanica) i mezzi applicati direttamente sul paziente a letto come le fasce e cinture, i mezzi applicati nelle carrozzine; per quanto concerne le spondine da letto, impiegate di solito per prevenire le cadute, sono necessarie alcune riflessioni mirate (vedi allegato 1 pag. 5 e procedura aziendale per la prevenzione delle cadute). Si includono altresì i mezzi di contenzione per segmento corporeo (cavigliere, polsiere ecc.), i mezzi che obbligano a determinate posture, le cinture pelviche, i divaricatori inguinali. La contenzione meccanica può essere operata anche con dispositivi medicali per finalità terapeutiche (es. apparecchio gessato).
- **Contenzione farmacologica:** si intende la somministrazione di medicinali (in genere neurolettici sedativi e/o benzodiazepine) con la finalità di modificare il comportamento della persona e di limitarne i movimenti e i comportamenti.
- **Contenzione ambientale:** si intendono le misure consistenti in sistemi di ritenuta di porte e finestre al dichiarato fine di evitare l'uscita incontrollata dalle strutture.

Dalle definizioni sopra riportate si comprende come la contenzione, intesa nella sua accezione più completa, riguardi un gran numero di luoghi di cura: sala operatoria, terapie intensive, psichiatria, reparti di degenza, residenze sanitarie, assistenza domiciliare ecc.

4.3 Prevenzione della contenzione

La parola "chiave" che meglio descrive la contenzione nella sua accezione di prevenzione è "contenimento", che si fonda sulla relazione medico-paziente, di cui l'ascolto è un indispensabile componente, ed ha il fine di "persuadere" lo stesso paziente a seguire il percorso di cura.

Condizione essenziale del contenimento e dell'atto persuasivo è che sia mantenuta una possibilità di "contatto" fra operatore e paziente. Si comprende quindi come quegli stati psichici che alterano gravemente la possibilità di contatto, quali le intossicazioni da sostanze psicoattive, ma anche i disturbi psichiatrici che stravolgono lo "stare nella realtà" e si accompagnano a mancanza di consapevolezza di malattia (Schizofrenia, stati maniacali, etc.), le Demenze gravi con agitazione psicomotoria o i danni cerebrali di origine traumatica, ipossica, metabolica, rendano estremamente difficile, se non impossibile, lo stabilire un clima relazionale. Si comprende inoltre che la "forza persuasiva" ha, in tutti i casi, un confine invalicabile.

Il contenimento può naturalmente avvalersi del trattamento farmacologico, tenendo conto che nei casi più gravi è proprio il trattamento farmacologico ad essere rifiutato.

In definitiva gli "ingredienti" che occorrono per prevenire la contenzione risiedono nel "patrimonio" personale di conoscenze ed esperienziale del singolo operatore: sensibilità, predisposizione all'incontro di aiuto, capacità di autocontrollo, attitudine al lavoro in équipe multiprofessionale, padronanza delle tecniche di de-escalation e dei metodi di avvicinamento e contatto nella relazione di aiuto (Prosemica, Aptica), sono tutte competenze da coltivare e approfondire nei percorsi di formazione. Il contenimento relazionale non è da considerarsi contenzione quanto piuttosto una serie di attività per prevenire la contenzione vera e propria.

Il diritto alla salute è un diritto costituzionale la cui tutela implica, dal punto di vista etico, il rispetto della dignità e dell'autodeterminazione personale. Questa impone a tutti gli operatori sanitari il dovere di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale ha diritto all'informazione diagnostico-terapeutica e all'espressione del con-

senso inclusa la potestà del rifiuto delle terapie (anche salvavita, vedi L. 219/17, art.1 comma 4). Il riconoscimento del primato dell'autodeterminazione della persona, anche in caso di malattia mentale, è il segno del profondo rispetto dovuto all'autorealizzazione personale, che trova nelle scelte autonome e nel consenso informato un fattore determinante per il bene della persona e della società tutta. Pertanto la contenzione può essere ritenuta lecita solo in situazioni di eccezionale gravità.

La contenzione è necessaria se il ricorso ad essa costituisce il punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari, dissuasivi o impeditivi, di carattere ambientale, relazionale e farmacologico, finalizzati all'autodeterminazione del paziente, tutti messi in atto senza alcun successo. Come ha puntualizzato il Comitato Nazionale per la Bioetica, la contenzione può essere praticata "solo in casi eccezionali, in mancanza di alternative".

L'all. 1 riporta un approfondimento sui presupposti normativi per la prevenzione e gestione della contenzione.

4.4 Classificazione dei mezzi di contenzione fisica

Per mezzi di contenzione fisica si devono intendere "i dispositivi applicati al corpo o parti di esso oppure collocati nello spazio circostante la persona al fine di limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento". Una possibile classificazione dei mezzi di contenzione fisica è la seguente:

1. Mezzi di contenzione per il letto o Fasce e cinture applicate all'utente a letto o Lenzuolo contentivo o Sponde di protezione a tutta lunghezza (se utilizzate per limitare la libertà di movimento)
2. Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona o Corpetto con bretelle o Cintura addominale o Cintura pelvica o Tavolino o piano d'appoggio fisso o Divaricatore inguinale;
3. Mezzi di contenzione per segmenti corporei o Cavagliere o 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);

In ambito psichiatrico prevale l'uso di una contenzione fisica a quattro arti mediante l'utilizzo di polsiere e cavagliere fissate a cinture di contenzione in tessuto cerato.

I mezzi di contenzione fanno parte della dotazione di ogni SPDC e di ogni presidio ospedaliero/struttura di degenza "idonei per tipologia di setting"

4.5 Quando e come utilizzare i mezzi di contenzione

Si fa ricorso a mezzi di contenzione in situazioni d'emergenza ovvero quando il comportamento del paziente/ospite rappresenti un serio ed immediato pericolo di danno fisico personale e /o pericolo di vita per sé e/o per altri e l'uso della contenzione si configuri come la scelta inevitabile.

Rientrano tra queste situazioni:

- Casi di somministrazione farmacologica endovenosa qualora non vi sia la piena collaborazione del paziente/ospite, come spesso accade in pazienti compromessi dal punto di vista cognitivo, e, in generale, casi in cui è necessario impedire al paziente/ospite di rimuovere presidi medicali quali cateteri, cannule tracheostomiche, sonde, drenaggi (specialmente quando necessari al suo immediato benessere);
- Casi di auto ed eterolesionismo.

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 188 SA Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021_ Pag. 6 di 15
--	--	---

Per quanto concerne l'utilizzo di presidi finalizzati a mantenere il corretto allineamento posturale e/o ad impedire la caduta/scivolamento del paziente/ospite, si rimanda alla specifica procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute e alle considerazioni contenute in allegato 1 pag 5.

La contenzione farmacologica (sedazione), è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante del percorso clinico-assistenziale; è prescritta dal medico e motivata in cartella clinica.

4.6 Eventi avversi associati all'uso della contenzione fisica

Le conseguenze dell'utilizzo della contenzione fisica sono state ampiamente descritte in letteratura tuttavia la magnitudo ed i dati di prevalenza del fenomeno non sono noti. La bassa qualità degli studi (studi osservazionali, case reports e case series) e la difficoltà di realizzare disegni di studio controllati non consente di ricavare dalla letteratura evidenze qualitativamente e quantitativamente robuste ma solo indicazioni relative all'associazione tra contenzione ed alcuni eventi avversi, spesso senza poter distinguere il tipo di mezzo di contenzione utilizzato (1). La revisione sistematica di Evans (2) propone di suddividere le lesioni associate a contenzione in due gruppi:

1. Danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione);
2. Danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

Alcuni studi hanno chiaramente dimostrato che la contenzione fisica può essere causa diretta di morte (3, 4).

Tra i danni diretti si annoverano: le lesioni nervose del plesso brachiale (5); le lesioni ischemiche (6); la morte per asfissia, la quale, in tutti i casi riportati, era associata all'utilizzo della cinghia per il letto, alla fascia addominale o alla cintura di contenzione (7, 8); la morte per strangolamento, che si associa maggiormente all'utilizzo della cinghia per il letto, alle spondine e alla fascia addominale o cintura di contenzione (9, 10). Il 90% delle fratture di sterno nelle strutture residenziali è causato dal mezzo di contenzione; la morte da mezzo di contenzione, definita con criteri precisi, nel 1992 era responsabile di uno su mille decessi degli ospiti delle *nursing home* americane (11).

Tra i danni indiretti nei pazienti anziani ospedalizzati si evidenzia che: è maggiore la durata del ricovero tra i soggetti contenuti rispetto ai non contenuti, aumenta la mortalità intraospedaliera, è maggiore l'istituzionalizzazione dopo la dimissione, aumentano le infezioni acquisite durante il ricovero e le cadute (2). La contenzione può essere causa indiretta di incontinenza funzionale e di danni da immobilizzazione (2). Esiste una relazione tra la durata della contenzione e la comparsa di danni indiretti tra i soggetti ospedalizzati: le persone contenute per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e lesioni da pressione (2). Nelle unità chirurgiche il ricorso alla contenzione fisica in soggetti che hanno subito un intervento chirurgico agli occhi o al cervello può aumentare la pressione intraoculare o intracranica (12). Nelle strutture residenziali la contenzione si associa a danni indiretti quali la diminuzione della mobilità, della cognitività e dei contatti sociali.

È maggiore lo sviluppo di lesioni da pressione e la comparsa di incontinenza urinaria e fecale. Secondo la revisione sistematica di Evans i soggetti contenuti cadono quanto quelli non contenuti e le lesioni più gravi, conseguenti alle cadute, si verificano tra i contenuti (2). Uno studio (13) ha indagato gli effetti della contenzione continua o discontinua sulle conseguenze relative alle cadute e ha dimostrato che i residenti che sono contenuti continuativamente riportano lesioni più gravi. Oltre ai danni fisici, diretti o indiretti, certamente la contenzione

fisica causa sofferenza psicologica: pochi studi (2) hanno indagato questo aspetto, ma non è difficile affermare che la contenzione fisica, anche nei soggetti con deficit cognitivo, rappresenti un'esperienza negativa.

Per quanto concerne le spondine da letto, sulle quali non esiste una visione univoca in letteratura (alcuni studi le includono, altri le escludono), una revisione della letteratura scientifica su 472 studi pubblicati dal 1980 al 2007 ha concluso che le spondine da letto non aumentano il rischio di caduta e di danno da caduta rispetto al loro non uso, che la maggior parte dei pazienti capace di autodeterminarsi condivide il loro uso e che quindi le organizzazioni sanitarie dovrebbero preoccuparsi di ridurre l'uso "inappropriato" delle spondine piuttosto che promuovere acriticamente l'abolizione totale del loro uso (14).

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

Traumi meccanici	Malattie funzionali e organiche	Sindromi della sfera psicosociale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strangolamento ▪ Asfissia da compressione della gabbia toracica ▪ Lesione dei tessuti molli superficiali ▪ Arrossamento ▪ Cianosi ▪ Abrasioni ▪ Ematomi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decondizionamento psicofisico ▪ Incontinenza ▪ Lesioni da pressione ▪ Infezioni ▪ Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare o aumento dell'osteoporosi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stress ▪ Umiliazione ▪ Depressione ▪ Paura e sconforto

4.7 Valutazione del rapporto rischio/beneficio

Con i limiti sopra esposti, in merito alla mancanza di dati di letteratura sulla prevalenza/incidenza dei singoli eventi avversi ed alla loro associazione con uno specifico mezzo di contenzione, entro il perimetro indicato di situazioni di estrema gravità, il concetto di "beneficio" deriva, come specificato in premessa, dalla necessità di garantire il diritto alla sicurezza, alla incolumità fisica e, in ultima analisi, il diritto alla salute del paziente o di terzi. Il ricorso alla contenzione fisica è giustificato solo dalla presenza di comportamenti gravemente lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri non altrimenti emendabili.

In ogni caso la restrizione con mezzi fisici non deve ledere la dignità della persona, né produrre danni fisici o psicologici alla persona conseguenti ad un loro utilizzo negligente e prevenibili, producendo il minimo disagio possibile.

La contenzione dovrà essere solo un evento straordinario, sempre proporzionato al rischio connesso, l'utilizzo deve permettere in tempi rapidi di individuare una soluzione alternativa alla criticità che l'ha determinata.

4.8 Prescrizione della contenzione

La decisione di applicare un intervento di contenzione è preceduta da un'attenta valutazione multidimensionale e clinica da parte dell'équipe clinico-assistenziale rispetto all'indicazione, alle possibili soluzioni alternative e/o alle condizioni che ne rendano inevitabile l'attuazione.

E' sempre necessaria la prescrizione di un medico (All. 2) oppure, nei casi in cui il personale di assistenza adotti autonomamente il provvedimento di contenzione, necessario e non differibile (ad esempio stato di agitazione e/o aggressività incontenibili con pericolo immediato per lo stesso paziente o per terzi), ove il medico sia impegnato su altro paziente o temporaneamente impossibilitato a valutare il caso, è necessario che non appena possibile questi venga informato, possa visitare e valutare il paziente e registrare la prescrizione in cartella clinica.



PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI

PRO AZ 188 SA
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021_
Pag. 8 di 15

La prescrizione del medico, così come l'adozione del provvedimento per necessità contingente a cura del personale di assistenza, devono essere registrati e dettagliatamente motivati in cartella clinica, impiegando gli allegati 2 e 3. Le terapie farmacologiche saranno registrate in STU, motivate e riconciliate dal medico come da procedure aziendali sulla gestione dei farmaci e sulla riconciliazione terapeutica (PR AZI 041 e PR AZI 092). La contenzione deve avere una durata limitata nel tempo e deve essere tracciabile: in cartella clinica (sia essa cartacea che informatizzata) devono essere obbligatoriamente registrati l'inizio e la fine (data e ora) dell'intervento contenitivo. Nei casi di pazienti a rischio internistico e in tutti i casi in cui comunque siano da prevedere fasi ripetute di contenzione, è necessario richiedere una consulenza ematologica/internistica al fine di valutare l'opportunità di una terapia di profilassi della trombosi venosa profonda e/o di altri provvedimenti terapeutici.

E' sempre necessario osservare le seguenti indicazioni:

- Ricercare comunque, ove possibile (ad esempio in caso di apposizione di spondine di protezione in fase post-chirurgica oppure immobilizzazione di un arto per impedire la dislocazione di devices in paziente capace di interagire con il personale di assistenza), l'adesione del paziente ai provvedimenti disposti attraverso una corretta informazione del paziente stesso o del legale rappresentante/fiduciario; fondamentale è l'accertamento delle condizioni psichiche del paziente, se necessario anche mediante consulenza specialistica, sia al fine di valutare la eventuale necessità clinica di un provvedimento di contenzione (ad esempio sedazione farmacologica), sia con riferimento alla valorizzazione del diritto di autodeterminazione.
- In caso di grave stato di alterazione psichica che renda necessario, indifferibile e non sostituibile un intervento contenitivo di tipo cautelare, prevalgono l'urgenza clinica e l'esigenza di preservare la salute e la sicurezza del paziente; una volta risolta l'acuzie, l'équipe clinico-assistenziale, oltre a rivalutare il caso al fine di revocare la contenzione, fornirà al paziente tutte le informazioni utili a comprendere quello che gli è accaduto ed il piano terapeutico consigliato.
- Il mantenimento della relazione di cura con il paziente è l'obiettivo che tutti i professionisti sanitari devono perseguire, a maggior ragione quando sono costretti a disporre un intervento contenitivo, ricercando in tutte le fasi della presa in carico, un contatto positivo, empatico, efficace.
- Coinvolgimento della famiglia: secondo le indicazioni della letteratura, i familiari sono coinvolti in molti programmi terapeutici volti al superamento/limitazione della contenzione attraverso:
 - Una chiara ed esaustiva informazione da parte dell'équipe alla famiglia;
 - Il coinvolgimento diretto dei familiari (laddove possibile), come supporto all'équipe curante nei casi in cui si ritenga necessario personalizzare il programma dell'assistito/a, incrementando momenti di vicinanza con familiari a fini terapeutici.
 - La discussione sulla decisione di applicare e/o di rimuovere la contenzione qualora sia stato necessario ricorrervi.

 <p>Azienda USL Toscana nord ovest</p> <p>Servizio Sanitario della Toscana</p>	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 188 SA Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021_ Pag. 9 di 15
--	--	---

4.9 Modalità operative

Fase 1. Formazione	Funzione Responsabile DirDip DirUO RespUF PosOrg Coord	Risultato atteso Formazione e mantenimento delle competenze utili per prevenire la contenzione e gestirla correttamente quando necessaria
	Funzione coinvolta UOF	
<p>Azione 1. Compete al Direttore UO/RespUF/Coord valutare i bisogni formativi e proporre iniziative di formazione/aggiornamento ai rispettivi Direttori di Dipartimento. Compete ai Direttori di Dipartimento prevedere nel Piano Annuale di Formazione eventi formativi volti a diffondere la cultura della prevenzione della contenzione, la conoscenza delle strategie alternative, le competenze tecnico-professionali e relazionali utili a mantenere una efficace relazione di cura e a gestire il provvedimento contenitivo quando necessario.</p>		
Fase 2. Organizzazione e mezzi	Funzione Responsabile: DirDip DirUO RespUF PosOrg Coord	Risultato atteso Organizzazione, disponibilità di mezzi
	Funzione coinvolta	
<p>Azione 1. Compete ai Direttori/Responsabili e ai Coordinatori coinvolti, sulla base delle direttive impartite dal Direttore di Dipartimento, diffondere al personale la presente procedura, fornire indicazioni professionali ed organizzative, acquisire e rendere prontamente disponibili in reparto, in caso di necessità, i mezzi di contenzione previa valutazione delle tipologie prevedibilmente utilizzabili.</p>		
Fase 3. Interventi per evitare la contenzione	Funzione Responsabile Medico Infermiere	Risultato atteso Limitazione e valutazione della contenzione
	Funzione coinvolta Oss	
<p>Azione 1. L'èquipe effettua una valutazione multidisciplinare e multidimensionale del paziente e, se possibile, applica soluzioni alternative volte a evitare la contenzione.</p> <p>La valutazione di soluzioni alternative, ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni, quindi il problema che determina la necessità dell'intervento e gli obiettivi dell'intervento stesso, dovranno essere accuratamente esplicitati nella documentazione sanitaria e nella Relazione sulla Contenzione.</p>		
Fase 4. Valutazione intervento di contenzione e prescrizione	Funzione Responsabile Medico	Risultato atteso Prescrizione appropriata della contenzione
	Funzione coinvolta Infermiere	
<p>Azione 1. Per l'applicazione della contenzione (come già anticipato al paragrafo 4.8) sono necessarie la prescrizione di un medico e la registrazione in cartella delle informazioni contenute negli allegati 2 e 3. E'</p>		

 <p>Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI</p>	<p>PRO AZ 188 SA Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021_ Pag. 10 di 15</p>
--	---	---

finalizzata a proteggere il paziente, gli operatori e gli altri assistiti dal rischio attuale, non altrimenti evitabile, di un grave danno alla persona.

La disposizione di un intervento di contenzione è preceduta da un'attenta e tracciabile valutazione da parte dell'équipe curante rispetto alle cause che la rendono assolutamente necessaria e alle possibili soluzioni alternative.

La contenzione deve avere una durata limitata nel tempo e deve essere tracciabile: in cartella clinica devono essere registrati l'inizio e la fine (data e ora) dell'intervento contenitivo.

Fase 5. Contenzione e TSO	Funzione Responsabile Medico	Risultato atteso Attivazione TSO nei pazienti eligibili
	Funzione coinvolta	

Azione 1. Nei casi in cui lo stato di alterazione psichica per il quale sia stato adottato, nell'immediato, un provvedimento di contenzione sia di entità grave e non episodico, e il medico ritenga necessarie terapie che il paziente rifiuta, ricorrendo tutte le circostanze previste dall'art. 34 della Legge 833/78, si valuterà l'attivazione del TSO.

Fase 6. Applicazione contenzione per autonoma iniziativa del personale di assistenza	Funzione Responsabile Infermiere Medico	Risultato atteso Adozione provvedimenti cautelari indifferibili in mancanza del medico
	Funzione coinvolta Oss	

Azione 1. Nei casi in cui il personale di assistenza adotti il provvedimento di contenzione, necessario e non differibile, autonomamente (ad esempio stato di agitazione e/o aggressività incontenibili con pericolo immediato per lo stesso paziente o per terzi) perché il medico è impegnato su altro paziente o temporaneamente impossibilitato a valutare il caso, è necessario che non appena possibile questi venga informato, possa visitare e valutare il paziente e registrare la sua valutazione/prescrizione in cartella clinica. L'infermiere registrerà nel diario assistenziale l'intervento e le sue motivazioni.

Fase 7. Attuazione e monitoraggio	Funzione Responsabile Medico Infermiere	Risultato atteso Monitoraggio contenzione
	Funzione coinvolta Oss	

Azione 1. Si raccomanda che durante il periodo di contenzione il paziente venga "controllato/a", in modo tracciabile, a cadenza ravvicinata e, comunque, ogni qualvolta il medico e l'infermiere, sulla base dei propri riscontri, lo ritengano necessario. Negli SPDC e nelle strutture dove è praticata la contenzione, potrà essere attivata una assistenza intensiva personalizzata nelle situazioni in cui viene ritenuto necessario dal medico.

Nel caso in cui vengano applicati mezzi di contenzione fisica sul corpo del paziente, il controllo effettuato dal personale infermieristico in collaborazione con il personale di supporto (Oss) non sarà limitato ad una semplice osservazione del paziente, ma dovrà di volta in volta valutare le condizioni cliniche generali (stato di vigilanza, respiro, polso/pressione arteriosa, motilità, sensibilità, T°C e termotatto delle estremità eventualmente

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI</p>	<p>PRO AZ 188 SA Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021_ Pag. 11 di 15</p>
--	---	---

“contenute”, tono dell’umore, saturazioneO2), eventuali bisogni espressi dal paziente, sintomi lamentati, il corretto posizionamento, eventuali danni-lesioni correlabili ai mezzi di contenzione fisica.

Durante il periodo di contenzione è necessario garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.

Tutte le osservazioni, valutazioni e rivalutazioni del personale medico e infermieristico in turno e dei consulenti eventualmente chiamati a valutare il paziente devono essere puntualmente registrate in cartella clinica.

Fase 8. Rivalutazione	Funzione Responsabile Medico Infermiere	Risultato atteso Rivalutazioni e rimozione contenzione
	Funzione coinvolta Oss	

Azione 1. Le valutazioni effettuate dal medico durante il periodo in cui il paziente è contenuto hanno lo scopo di monitorare il paziente dal punto di vista clinico, rilevando di volta in volta il perdurare delle condizioni che hanno reso necessario il provvedimento e/o il manifestarsi di complicanze legate alla contenzione, al fine di decidere in merito alla prosecuzione dell’atto contenitivo ovvero alla sua revoca. Il medico dovrà riportare in cartella clinica le motivazioni che sottendono alla decisione di proseguire o eventualmente di rimuovere la contenzione.

Ad ogni cambio turno del medico in servizio è necessaria una rivalutazione per la verifica del perdurare dell’indicazione e, ad ogni cambio turno infermieristico, è necessario un passaggio di consegne circa lo stato di benessere del paziente, con puntuale registrazione in cartella clinica.

Compete al personale infermieristico segnalare immediatamente al medico e registrare in cartella clinica ogni eventuale modifica dello stato psico-fisico ivi compreso il venir meno delle condizioni per le quali la contenzione è stata disposta.

Fase 9. Valutazione appropriatezza e monitoraggio	Funzione Responsabile DirDip, DirUO, RespUF, PosOrg, Coord, Medico, Infermiere	Risultato atteso Sicurezza e appropriatezza delle cure
	Funzione coinvolta Oss	

Azione 1. Compete al Direttore/Responsabile e al Coordinatore della struttura dove viene messa in atto la contenzione darne comunicazione immediata al Direttore del Dipartimento/PosOrg competente per una sua valutazione di appropriatezza.

Azione 2. Compete ai Direttori/Responsabili e Coordinatori/PosOrg vigilare sulla corretta attuazione della presente procedura nelle strutture aziendali, sulla uniformità ed appropriatezza dei comportamenti riguardo al tema della contenzione.

Azione 3. A tal fine, i FQS e gli RQS, in collaborazione con i responsabili delle strutture coinvolte, promuovono e organizzano attività di approfondimento e analisi di singoli casi oppure di dati aggregati sulle contenzioni mediante gli strumenti della gestione del rischio clinico (segnalazione su SI-GRC, M&M, audit), segnalando alla UOC Sicurezza del Paziente ogni eventuale criticità del percorso che richieda l’intervento delle competenze di Staff.

Azione 4.
I Direttori di UO, i Responsabili di UF e i Coord delle strutture in cui è occorsa la pratica contenitiva devono



PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI

PRO AZ 188 SA
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021_
Pag. 12 di 15

produrre semestralmente e inviare al Direttore di Dipartimento competente un resoconto schematico che riporti i seguenti 12 punti (Allegato 4).

- N° di contenzioni meccaniche
- La durata della contenzione per singolo caso
- I criteri del ricorso alla contenzione
- Gli obiettivi raggiunti con la contenzione
- Le eventuali conseguenze negative fisiche e psichiche della contenzione
- N° contenzioni manuali
- N° di pazienti non contenuti che hanno subito lesioni o si sono allontanati dalla struttura subendo lesioni
- N° di pazienti che sono rimasti vittima dei comportamenti violenti di altri pazienti
- N° operatori che hanno subito atti di violenza, minacce, lesioni
- N° audit clinici / N° contenzioni

Il report complessivo verrà sottoposto ad analisi critica nell'ambito di riunioni generali ad hoc, indette dalla Direzione Sanitaria Aziendale insieme ai Dipartimenti interessati e alla UOC Sicurezza del Paziente. In caso di trend in aumento o ad andamento costante si procede ad un approfondimento mediante gli strumenti della gestione del rischio clinico. La Direzione Sanitaria Aziendale, di concerto con i Dipartimenti interessati e con la UOC Sicurezza del Paziente, programma audit civici (a cadenza annuale) sui report relativi ai punti precedenti.

5. Matrice delle responsabilità

Professionisti Fasi/Attività	DirDip	DirUO/ RespUF	PosOrg	Coord	RUOF	Medico	Infermiere	OSS	RQS/ FQS	UOC SIC- PAZ	DSA
Fase 1/Attività 1	R	R	R	R	C						
Fase 2 /Attività 1	R	R	R	R							
Fase 3 /Attività 1		I		I		R	R	C			
Fase 4 /Attività 1		I				R	C				
Fase 5 /Attività 1		I				R					
Fase 6 /Attività 1		I		I		R	R	C			
Fase 7 /Attività 1		I		I		R	R	C			
Fase 8 /Attività 1		I		I		R	R	C			
Fase 9 /Attività 1	R	R	R	R							
Fase 9 /Attività 2	R	R	R	R		R	R	C			
Fase 9 /Attività 3	R	R	R	R					R	C	
Fase 9 /Attività 4	R	R	R	R						C	R

R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato

6. Documenti sostituiti o aggiornati

Il presente documento sostituisce la PRO AZ 142 Gestione della contenzione negli SPDC aziendali che verrà rimossa dal sito della qualità contemporaneamente alla pubblicazione della presente.

7. Documenti di riferimento interni

Procedura AZI 041 Gestione dei farmaci e prevenzione degli errori in terapia farmacologica

Procedura AZI 091 Handover

Procedura AZI 092 La riconciliazione della terapia farmacologica

IOP AZ 002 Segnalazione e monitoraggio delle cadute nelle strutture aziendali

PRO AZ 141 Gestione episodi di aggressività in SPDC (NB Questa procedura che a breve verrà rimossa dal sito della qualità e sostituita da una procedura aziendale dal titolo "Gestione delle segnalazioni atti di violenza nei confronti dei lavoratori")

8. Documenti di riferimento Esterni

1. Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd007546.pub2
2. Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
3. Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations. Preventing restraint deaths, Sentinel Event Alert;1998. Report No.: Issue 8.
4. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H Fatalities related to medical restraint devices asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int*. 2008 Jul 4;178(23):17884. Epub 2008 May 1 22.
5. Scott TF, Gross JA. Brachial plexus injury due to vest restraints. *New England Journal of Medicine* 1989;320:598
6. Mc Lardy Smith P, Burge PD, Watson NA. Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint. *Journal of Hand Surgery* 1986;11:657.
7. Dube A, Mitchell E. Accidental strangulation from vest restraints. *JAMA* 1986;256:27256.
8. Langslow A. Safety and physical restraint. *Australian Nurses Journal* 1999;7(2):345
9. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *Journal of the American Geriatric Society* 1997;45(7):797802.
10. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist* 1992;32(6):7626.
11. Tinetti ME, Liu W, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine* 1992;116(5):36974.
12. Park M., Hsiao Chen Tang J Adams S., Titler MG: Evidence Based Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care Gerontological Nursing 2007; 33 (2):917.
13. Tinetti ME, Liu W, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine* 1992;116(5):36974.

14. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing*. 2008 Jul;37(4):368-78. doi: 10.1093/ageing/afn112. Epub 2008 May 20. PMID: 18495686.
15. Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 23-04-2015 "La contenzione: problemi bioetici".
16. Documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione", approvato dalla Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010.
17. Benci L. "Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione", *Quotidiano Sanità*, 5 maggio 2019.
18. Società Italiana di Psichiatria "Raccomandazioni inerenti la contenzione", *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2012;31(2):42-45
19. Ricci A.1, Ferrara L.2, Postacchini D.3, Vallorani S.4, David S.5 "Il corretto utilizzo dei mezzi di contenzione fisica: problemi organizzativi e medico-legali" *Geriatrics 2015 Vol. XXVII; n. 1/2 Gennaio/Giugno*.
20. Piras P. "Quando non resta che legare il paziente: la Gelli-Bianco impone l'addio allo stato di necessità" *Atti del Congresso: Agli esordi psicopatologici. Cambio di strategie, di intervento, nuovi percorsi nei cicli della vita*, tenutosi a Bormio dal 4 al 7 aprile 19.
21. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (2015) NICE guideline NG10.
22. The CMS Restraint Training Requirements Handbook, published by HCPro, 2016.
23. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion/ Nonviolent Crisis Intervention® Training Program, 2009 <https://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>.
24. Circolare Ministero Sanità del 21-09-1992.
25. Delibera della Giunta n. 1080 del 30.11.2009, come Presa d'atto del documento "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (Artt. 33-34-35 Legge 23 Dicembre 1978, n. 833)".
26. M. Massa, Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche, «Rivista italiana di medicina legale», 2013.
27. L. Fornari, La posizione di garanzia del medico, in S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto. La responsabilità in medicina*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 838.

9. Distribuzione

Il presente documento viene pubblicato nel Repository Aziendale presente su IGEA - sezione qualità e accreditamento e diffuso periodicamente tramite info aziendale a tutti i dipendenti titolari di email. Localmente i Direttori, il gruppo di lavoro, i FQS e RQS, a pubblicazione avvenuta si assicureranno che i professionisti interessati dall'applicazione ricevano l'informazione, anche mediante mail list, lista di distribuzione, riunioni verbalizzate con firma dei partecipanti.

10. Gruppo di redazione/verifica

Referente del documento: Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Dott. Roberto Sarlo, roberto.sarlo@uslnordovest.toscana.it, telefono lavoro 0583/449600-1;



**PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CONTENZIONE DEL
PAZIENTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI**

PRO AZ 188 SA
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021_
Pag. 15 di 15

Altri redattori: Giuseppina Terranova, Tommaso Bellandi, Massimo Ughi, Alessandro Nassimbeni, Moira Borgioli, Michela Maielli, Valentina Gelmi.

Fondamenti giuridici

La contenzione è un tema molto difficile da affrontare poiché tale atto comprime un diritto fondamentale costituzionalmente tutelato (art. 13 Costituzione): il diritto alla libertà personale. Trattando questo argomento, pertanto, è necessario far riferimento a due criteri giuridici altrettanto fondamentali per guidare le scelte clinico-assistenziali in un ambito così delicato: il principio di proporzionalità e il principio del bilanciamento tra diritti fondamentali.

In base al primo (proporzionalità) l'intervento che comprime la libertà individuale deve essere giustificato da una situazione di grave pericolo per la salute del paziente o di terzi, ossia l'intervento deve essere "proporzionato" rispetto al rischio concreto, attuale, di lesione di un altro diritto fondamentale: quello alla salute (del paziente oppure degli operatori, accompagnatori, caregivers ecc), anch'esso costituzionalmente tutelato (art. 32 della Costituzione).

In base al secondo principio (bilanciamento dei diritti), un diritto fondamentale (libertà personale) può subire limitazioni solo se entra in conflitto con un altro diritto fondamentale (diritto alla salute della persona assistita o di terzi) a causa di una grave situazione clinica (l'esempio tipico è quello del paziente psichiatrico che presenta una crisi pantoclastica ingestibile). La limitazione di un diritto fondamentale è pertanto giustificata dalla necessità di ristabilire una situazione di equilibrio che consenta la convivenza e l'armonizzazione dei due diritti fondamentali, *temporaneamente* in conflitto. Un altro esempio tipico è quello dell'intervento chirurgico salvavita eseguito in emergenza-urgenza su paziente in stato di incoscienza, nel quale il diritto all'autodeterminazione viene sacrificato per tutelare il diritto alla salute.

Da quanto affermato sinora si comprende che la situazione in cui ci si veda costretti a comprimere un diritto fondamentale a garanzia di un altro è da ritenersi eccezionale, una *extrema ratio*, in presenza di situazioni di eccezionale gravità nelle quali sussista un pericolo grave e attuale di condotte autolesive e/o eterolesive non altrimenti evitabili e gestibile.

A fronte del silenzio normativo, è stata la giurisprudenza a delineare i principi giuridici e le condizioni di liceità e di illiceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione. La Cassazione (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497) si è pronunciata in merito alla contenzione meccanica con riferimento al caso di un paziente ricoverato in un reparto di psichiatria ospedaliero e contenuto per 87 ore continuative. La Suprema Corte ha affermato che la contenzione non è un "atto medico" (in quanto non cura) ed essendo un presidio di restrizione della libertà personale con funzione cautelare può essere giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale. Quanto alla qualifica della contenzione quale atto "non medico" o "non sanitario", non sono mancate osservazioni critiche che riportano la tematica nella sfera – l'unica – nella quale operano i professionisti sanitari: quella della tutela della salute, non essendo il professionista autorizzato a mettere in atto provvedimenti di natura cautelare che non abbiano, quale fine ultimo e sostanziale, quello di tutelare la salute della persona assistita o di terzi.

Rientrando nella sfera clinico-assistenziale, più congeniale alla riflessione e alla operatività dei professionisti sanitari, possiamo affermare che la contenzione è un atto estremo che viene messo in atto quando le strategie alternative, sulla base della valutazione multidimensionale e multidisciplinare effettuata dall'equipe, siano impraticabili nella specifica situazione clinica o si siano dimostrate inefficaci, al fine di garantire il diritto alla sicurezza, alla incolumità fisica e, in ultima analisi, il diritto alla salute del paziente o di terzi.

Principi deontologici

Le professioni che, ad oggi, hanno inserito il tema della contenzione nei loro Codici Deontologici sono ben quattro: i fisioterapisti, i medici, gli educatori professionali e gli infermieri. I primi a inserirla in un loro Codice sono stati gli infermieri.

Il Codice Deontologico dei fisioterapisti (Aifi, 2019) all'articolo 28 recita: *"La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione"*.

Il Codice di Deontologia medica (Fnomceo, 2014) dedica l'articolo 32, ultimo comma alla contenzione:

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

Gli Educatori professionali nel loro Codice (Anep, 2015) intervengono, nella sezione dedicata alla "Responsabilità nei confronti dell'utente" all'articolo 2 con il seguente articolo:

Art. 2. *"Non deve utilizzare tecniche che risultino di costrizione o manipolative. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona è auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non danneggino la dignità dell'utente"*

In questo caso il termine usato è "costrizione", ma dal contenuto del secondo comma è da considerarsi sinonimo di contenzione.

Interviene sul tema anche Codice Deontologico delle professioni infermieristiche (Fnopi, 2019) dedicando l'articolo 35 alla contenzione:

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

Il recente Codice Deontologico della Fnopi risulta in linea con gli indirizzi della Cassazione relativi allo stretto perimetro della liceità dei mezzi di contenzione fisica/meccanica. Non entra nel merito della contenzione manuale, di quella farmacologica e di quella ambientale.

Il **Comitato Nazionale di Bioetica**, nel Parere del 23-04-2015 "La contenzione: problemi bioetici" ribadisce la necessità del superamento della contenzione, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili, e condanna l'applicazione estensiva della contenzione. Anche se la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta, il CNB sostiene che tale provvedimento dovrebbe essere interpretato come una cautela, rispetto a eventuali situazioni estreme di

APPROFONDIMENTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE

pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Si tratterebbe pertanto di una situazione interpretabile quale soccorso o intervento di emergenza, che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà.

La contenzione come provvedimento cautelare

La natura della contenzione è di tipo esclusivamente o prevalentemente cautelare, quale misura che attiene direttamente all'esercizio e al concetto professionale di presa in carico. Prendere in carico un paziente significa, tra l'altro, garantirne la sicurezza e l'integrità fisica. La presa in carico ha il suo corrispettivo giuridico nella "posizione di garanzia e protezione" (art. 40 CP), che ha lo scopo di preservare "determinati beni giuridici" da tutti i pericoli che possono minacciarne l'integrità.

Trattenere un paziente confuso in un reparto con una contenzione manuale attuata con "brevis et modica vis" (Corte di cassazione, sentenza 119/1998) attiene alla presa in carico e ai contenuti obbligatori di questa; impedire la violenta dislocazione di un device (catetere vescicale, tubo endotracheale, drenaggio toracico solo a titolo esemplificativo) tramite una contenzione fisica/meccanica attiene alla presa in carico in un classico rapporto di proporzionalità; impedire l'allontanamento dal reparto di un paziente confuso o di un bambino attraverso sistemi di ritenuta di porte e finestre fa parte della presa in carico [3]. In questi casi, non trovano applicazione i principi costituzionali di autodeterminazione dal momento che si tratta di condizioni nelle quali il soggetto in pericolo non è in grado di autodeterminarsi, ossia non è in grado di manifestare la propria volontà (un paziente demente, un paziente confuso, sotto l'influsso di farmaci che ne riducono enormemente la volontà).

La Cassazione V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497 ha affermato che *"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"*.

Tali valutazioni dovranno essere fatte dal medico, *"anche sinteticamente"*, e motivate in cartella clinica *"fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo"*.

La Cassazione sposa quindi la tesi della contenzione come atto soggetto a prescrizione medica – ancorché sprovvisto di qualunque finalità di carattere terapeutico – da confermarsi di volta in volta al cambio del medico in servizio per la verifica dei requisiti sotto riportati e indicanti lo stato di necessità.

La prescrizione deve essere dettagliata, per dare conto dei motivi che hanno portato alla scelta di "prescrivere tale presidio". Il termine "presidio", è evidente, non ha natura tecnica e indica tutti gli strumenti della contenzione meccanica.

Pertanto, riassumendo, pur non essendo ritenuto dalla Cassazione un atto avente finalità terapeutica, può essere attuato solo dopo una valutazione del paziente da parte del medico finalizzata a verificare:

- che non siano praticabili misure alternative,
- che la misura contenitiva non comporti esiti sfavorevoli per il paziente
- la necessità di prolungarla nel tempo solo se vi è la compresenza di (art. 54 c.p.):

- a) pericolo attuale di un danno grave alla persona (riferito sia al paziente stesso che a terzi);
- b) inevitabilità del pericolo stesso;
- c) proporzionalità dell'intervento contenitivo rispetto al pericolo.

Entro il perimetro dello stato di necessità indicato dalla Cassazione, ove il medico non sia immediatamente accessibile e le misure di contenimento non siano rinviabili, il personale di assistenza che ha in carico il paziente e pertanto assume la posizione di garanzia in seguito alla presa in carico, può di propria iniziativa contenere manualmente,



APPROFONDIMENTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE

All. 1
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021
Pag. 4 di 7

applicare mezzi meccanici o indicare misure di restrizione ambientale, fermo restando l'obbligo di avvertire tempestivamente il medico per le valutazioni e la prescrizione di competenza.

Atto medico e contenzione

La Cassazione V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497 afferma che la contenzione non ha finalità diagnostica, terapeutica o palliativa, ma ha invece finalità cautelare, cioè di tutela dell'integrità fisica del paziente o di coloro che con lui vengono a contatto, pertanto non gode della copertura costituzionale dell'art. 32 Cost., che è invece riservata all'atto medico. Ecco perché, senza lo stato di necessità, la contenzione è punibile.

Se per atto terapeutico s'intende solo un intervento sul corpo (farmaci o chirurgia) o sulla mente (psicoterapia), allora la contenzione meccanica non è un atto terapeutico, perché non interviene né sul corpo né sulla mente, ma sull'agito del paziente. Secondo alcuni commentatori, è invece un atto terapeutico se in questa nozione rientra qualunque intervento volto a contenere i sintomi della malattia [6].

Oltre a ciò, un significato ampio di atto medico può essere tratto anche dall'art. 3 del codice di deontologia medica, che prevede che dovere del medico è *la tutela della vita e della salute psicofisica*.

Altra conferma viene dal profilo soggettivo: solo il medico può disporre la contenzione, perché evidentemente è richiesta la relativa valutazione professionale, fatta di indicazioni, controindicazioni ed effetti collaterali, una valutazione strutturalmente affine a quella farmacologica.

Se un atto, pur non essendo ritenuto "atto medico" in senso stretto, viene comunque assoggettato alla valutazione e alla prescrizione del medico, evidentemente, di atto medico si tratta, diversamente si tratterebbe di atto di pubblica sicurezza. In merito, la disciplina prevista per il TSO, (circolare ministero sanità 21/09/1992) ha preso posizione negando, in sintesi, la medicalità degli atti di coercizione ed attribuendo alle forze dell'ordine la competenza di porle in essere *"...non competendo agli operatori sanitari l'adozione di mezzi coercitivi. In tal caso l'esecuzione del provvedimento può essere effettuato solo attraverso l'intervento della forza pubblica"*.

La contenzione implicita in alcune forme di terapia [3]

Vi sono contesti in cui la contenzione è terapia, o quanto meno, parte integrante dell'intervento terapeutico. Valga per tutti l'esempio dell'apparecchio gessato - o di altro materiale - utilizzato in ortopedia per sostenere e immobilizzare ossa e tessuti molli che hanno subito una lesione. Come tutte le contenzioni può essere più o meno invasiva (gesso intero, doccia gessata ecc.). Altra tipologia di contenzione terapeutica è data dalla immobilizzazione operata con la "barella cucchiaio" e con la "tavola spinale" che vengono utilizzate per immobilizzare e contenere i pazienti traumatizzati. Altra tipologia di contenzione terapeutica - o comunque connessa all'intervento terapeutico - è la contenzione utilizzata in sala operatoria per gli interventi chirurgici. Il posizionamento e la messa in sicurezza del paziente da operare sono attività inscindibili dall'intervento stesso, costituiscono parte integrante della prestazione sanitaria. I casi sopra riportati sono a titolo esemplificativo e se ne possono individuare altri. La titolarità a mettere in atto i suddetti provvedimenti è in capo alla figura professionale alla quale è affidato l'atto valutativo: nel caso dell'immobilizzazione su barella cucchiaio o tavola spinale, a seconda del contesto, il personale infermieristico, medico, o anche i soccorritori volontari sulla base di protocolli di soccorso; nel caso dell'immobilizzazione in gesso il medico; nel caso del posizionamento del paziente sul tavolo operatorio il personale infermieristico di sala sulla base dei protocolli infermieristici che definiscono il posizionamento in base alla tipologia di intervento.

**APPROFONDIMENTI NORMATIVI SULLA
CONTENZIONE**

 All. 1
 Rev. 0
 Pubblicato il 27/07/2021
 Prescrittivo dal 11/08/2021
 Pag. 5 di 7

Nel caso della contenzione implicita nella terapia, ovviamente, non valgono le regole della Cassazione relative al presupposto dello stato di necessità. E' una contenzione che trova la sua liceità nella terapeuticità (apparecchio gessato) e nelle buone pratiche clinico-assistenziali (immobilizzazione tramite barelle) e nelle prassi per quanto riguarda la sala operatoria; si realizza attraverso misure che si palesano come obbligatorie in quanto sono parte integrante del trattamento stesso. La contenzione implicita in alcune forme di terapia è nei fatti una contenzione ineliminabile. Il rifiuto del paziente a essere contenuto può determinare, nella stragrande maggioranza dei casi, l'impossibilità della prestazione per pericolosità della stessa; trovano pertanto applicazione i principi costituzionali di autodeterminazione in quanto il paziente di norma è in grado di autodeterminarsi e di aderire all'intervento proposto.

Per quanto concerne la contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia; è, indiscutibilmente, un atto medico e dunque vietato al personale di assistenza in assenza di prescrizione medica. Per quanto concerne l'adesione al trattamento, non sempre il paziente è in grado di autodeterminarsi e di manifestare la propria volontà; in tal caso, il consenso sarà prestato dal legale rappresentante/fiduciario del paziente, oppure, in mancanza del legale rappresentante/fiduciario, qualora la terapia sia necessaria dal punto di vista clinico, il medico la prescriverà nell'interesse del paziente, motivando in cartella clinica.

La contenzione in ambito psichiatrico e geriatrico

La pratica della contenzione è stata adottata in ambito psichiatrico, dove è da sempre oggetto di discussione [11] e tradizionalmente individuata, nella normativa manicomiale, quale provvedimento grave da riservare a casi eccezionali (Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909), previa specifica autorizzazione del medico con indicata la natura e la durata dei mezzi di "coercizione". Dopo la chiusura dei manicomi operata con la legge 180/1978 sono stati di fatto eliminati gli unici riferimenti normativi all'unica tipologia di contenzione regolamentata nel nostro ordinamento: la contenzione fisica o meccanica in ambito psichiatrico, prevista nel Regio Decreto sopra citato.

Dall'ambito psichiatrico il tema della contenzione approda in geriatria in tempi più recenti con caratteristiche di utilità proprie, legate alla prevenzione dei comportamenti autolesivi, alla protezione di presidi medicali, applicati al paziente e necessari per il trattamento terapeutico [5].

L'art. 5 della legge Gelli-Bianco (l. 24/2017), prevede l'obbligo per gli esercenti le professioni sanitarie, di attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità o in mancanza di esse alle buone pratiche clinico-assistenziali.

La Società Italiana di Psichiatria ha elaborato raccomandazioni sulla contenzione meccanica, pubblicate nel 2012, successivamente riprese e contenute nei lavori della Commissione Straordinaria del Senato per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani [4]. Le suddette raccomandazioni sono un utile riferimento per lo specialista, riportando il tema della contenzione nella sfera della tutela della salute e dell'integrità della persona, che è quello proprio dei professionisti sanitari. In diversi paragrafi sono indicate le circostanze atte a giustificare la contenzione meccanica, i luoghi, le alternative, la prevenzione della contenzione, i modi e i tempi di essa. Anche se le raccomandazioni ancora non sono state pubblicate nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità, esse possono essere valutate quantomeno quali buone prassi clinico-assistenziali.

La contenzione e il rischio di caduta

APPROFONDIMENTI NORMATIVI SULLA CONTENZIONE

All. 1
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021
Pag. 6 di 7

La questione se le sponde di protezione al letto siano o meno un mezzo di contenzione è dibattuta; le definizioni di contenzione fisica riportate in letteratura fanno propendere per una loro inclusione se utilizzate per limitare i movimenti volontari del paziente. Non sono di norma considerati mezzi di contenzione le sponde che proteggano metà o tre quarti del letto ma non mancano documenti nei quali le semi-sponde modulabili sono considerate equivalenti alle sponde integrali nel caso in cui queste vengano mantenute entrambe sollevate, poiché diventano completamente occlusive. (cfr. documento Regione Emilia Romagna, Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Ospedaliera "Buone Pratiche per la prevenzione della contenzione in Ospedale", ultimo aggiornamento febbraio 2021).

Una equiparazione tout court tra spondine di protezione e strumenti quali le polsiere, le cavigliere ecc pare una estremizzazione, dal momento che nel primo caso il paziente è in grado di muoversi, pur nell'ambito di un perimetro ristretto (il letto), oppure è in grado di scendere dal letto (se le spondine non sono del tipo a tutta lunghezza) mentre nel secondo caso è del tutto impedito il movimento degli arti quindi la limitazione è maggiore e l'efficacia contenitiva è più pervasiva della libertà della persona.

La letteratura di riferimento sul tema della contenzione evidenzia la duplice interpretazione sull'uso delle sponde:

- come contenzione: le sponde integrali sono considerate una forma di contenzione se usate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto. Gli studi hanno evidenziato che tale utilizzo delle sponde non riduce la possibilità di alzarsi nel paziente con mobilità conservata, in quanto possono essere scavalcate e le conseguenze della caduta in loro presenza tendono ad essere peggiori (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. 2002).

- come ausilio: quando, in presenza di un operatore sanitario impegnato nello svolgimento di pratiche assistenziali, sono utilizzate per favorire la mobilitazione autonoma nel letto della persona assistita o per proteggerla da un potenziale rischio di scivolamento, rotolamento e conseguente caduta accidentale dal letto.

Se la persona si trova su una barella o durante il trasporto su letto/barella, le sponde integrali rappresentano un mezzo di protezione e devono essere utilizzate. Le spondine di protezione vengono spesso utilizzate nella fase post-chirurgica, durante il trasporto di pazienti o lo stazionamento del paziente in Pronto Soccorso, o per prevenire la caduta dal letto nell'anziano con problemi di adattamento all'ambiente e al letto ospedaliero (accade sovente che le spondine siano richieste specificamente dal paziente stesso). Fondamentale è la valutazione clinica e multidimensionale del paziente e la personalizzazione dell'assistenza al fine di individuare l'intervento/i più adatto/i alle sue specifiche esigenze, tenendo conto del rischio di scavalciamento connesso con l'utilizzo di spondine in caso di agitazione psicomotoria.

La specificità dei presidi anti-caduta rispetto alla contenzione meccanica applicata sul corpo del paziente, merita una trattazione dedicata in apposita procedura aziendale, alla quale si fa riferimento.

Per quanto concerne l'informazione e l'adesione al trattamento, deve essere distinta la situazione del paziente collaborante al quale vengano applicate spondine di protezione in fase post-chirurgica, dal paziente incapace naturale, nel quale vi sia la necessità di adottare provvedimenti preventivi nel suo interesse, per evitare che si procuri lesioni, ma di fatto questi non sia in grado di aderire consapevolmente al percorso di cura perché non collaborante e psichicamente compromesso. In quest'ultimo caso, l'informazione è dovuta al legale rappresentante o al fiduciario, che deve essere opportunamente informato dei rischi connaturati con le condizioni cliniche del paziente, dei provvedimenti intrapresi e del relativo rapporto rischio/beneficio, in modo formalizzato e tracciabile. Per gli aspetti inerenti l'informazione e il consenso si faccia riferimento alle Linee di indirizzo aziendali sul consenso informato.

Riferimenti bibliografici

1. Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 23-04-2015 "La contenzione: problemi bioetici".
2. Documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione", approvato dalla Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010.
3. Benci L. "Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione", *Quotidiano Sanità*, 5 maggio 2019.
4. Società Italiana di Psichiatria "Raccomandazioni inerenti la contenzione", *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2012;31(2):42-45
5. Ricci A.1, Ferrara L.2, Postacchini D.3, Vallorani S.4, David S.5 "Il corretto utilizzo dei mezzi di contenzione fisica: problemi organizzativi e medico-legali" *Geriatrics 2015 Vol. XXVII; n. 1/2 Gennaio/Giugno*.
6. Piras P. "Quando non resta che legare il paziente: la Gelli-Bianco impone l'addio allo stato di necessità" *Atti del Congresso: Agli esordi psicopatologici. Cambio di strategie, di intervento, nuovi percorsi nei cicli della vita*, tenutosi a Bormio dal 4 al 7 aprile 2019.
7. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (2015) NICE guideline NG10.
8. The CMS Restraint Training Requirements Handbook , published by HCPro, 2016.
9. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion/ Nonviolent Crisis Intervention® Training Program, 2009 <https://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>
10. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda, La contenzione fisica in ospedale, Evidence based Guideline, 2006 (revisionato nel 2008), pp. 4-10.
11. G. Dodaro, L. Ferrarini, Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus, «Rivista italiana di medicina legale», 1, 2013, p. 190 ss.
12. Regione Emilia Romagna, Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Ospedaliera "Buone Pratiche per la prevenzione della contenzione in Ospedale", ultimo aggiornamento febbraio 2021
13. Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.

N° (corrisponde alla Relazione Contenzione) _____ Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Motivo della contenzione:

- /// Comportamenti autoaggressivi
- /// Comportamenti eteroaggressivi
- /// Comportamenti aggressivi verso gli oggetti
- /// Alterazioni comportamentali su base allucinatoria e/o delirante
- /// Agitazione psicomotoria, anche da intossicazione da sostanze: // alcol
 /// stupefacenti // farmaci
- /// Confusione e/o delirium con rischio per l'incolumità fisica
- /// Comportamenti con rischio per l'incolumità fisica
- /// Altro:

Misure alternative già prese e fallite:

- /// Collocazione del paziente in prossimità delle zone lavoro del personale
- /// Interventi sugli arredi (es.: abbassamento del letto)
- /// È stata favorita la presenza di familiari e caregiver
- /// Incremento delle osservazioni infermieristiche
- /// Altro (specificare)

Data ___/___/___ **Ora Inizio contenzione** ____:____ **Tipo di contenzione prescritta** _____ **Medico Prescrittore** _____

Data e ora										
CONTROLLO VISIVO										
Posizionamento mezzo di contenzione*										
Stato di coscienza**										
Colore cute segmento corporeo contenuto***										
PARAMETRI										
Pressione arteriosa										
Frequenza cardiaca										
Frequenza respiratoria										
Temperatura corporea										
SPO ₂										
Mobilizzazione degli arti (almeno ogni 2 ore)										
Sigla operatore										

Legenda:

- *Posizionamento mezzo di contenzione: **N** nella norma, **S** stretto, **A** allentato
- **Stato di coscienza: **V** vigile, **S** soporoso, **SE** sedato, **A** agitato, **MA** molto agitato
- ***Colore cute: **R** rosea, **P** pallida, **C** cianotica

**RELAZIONE SULLA CONTENZIONE**

All. 3
 Rev. 0
 Pubblicato il 27/07/2021
 Prescrittivo dal 11/08/2021
 Pag. 1 di 3

Data _____ Ora _____

N° (tratto da Scheda di registrazione e monitoraggio per la contenzione) _____

Medico _____

E' IN CORSO O E' STATO ATTIVATO TSO?

- SI, ERA GIA' IN CORSO
- NO, NON SUSSISTONO LE CONDIZIONI DEL TSO
- IL TSO E' STATO ATTIVATO DOPO L'EVENTO DI CONTENZIONE

E' STATO POSSIBILE PORRE IN ATTO TUTTE LE STRATEGIE ALTERNATIVE, LE TECNICHE E LE RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE?

- SI, MA NON SONO STATE SUFFICIENTI
- NO IN QUANTO LO STATO DEL PAZIENTE SI E' MANIFESTATO IN MODO IMPROVVISO E IMPREVEDIBILE

IL PAZIENTE HA AGGREDITO O MINACCIATO IL PERSONALE O GLI ALTRI PAZIENTI?

- SI
 (SPECIFICARE) _____

- NO

CIRCOSTANZE, MOTIVAZIONI DETTAGLIATE E OBIETTIVI DELLA CONTENZIONE.

LA CONTENZIONE HA RICHIESTO LA PRESENZA DELLE FORZE DELL'ORDINE?

- SI
 (SPECIFICARE) _____

- NO

	RELAZIONE SULLA CONTENZIONE	All. 3 Rev. 0 Pubblicato il 27/07/2021 Prescrittivo dal 11/08/2021 Pag. 2 di 3
---	------------------------------------	--

NELL'EFFETTUARE LA CONTENZIONE IL PERSONALE HA SUBITO DANNI O LESIONI?

- SI

(SPECIFICARE) _____

- NO

TIPOLOGIA DI CONTENZIONE.

- CONTENZIONE AGLI ARTI SUPERIORI
- CONTENZIONE AI QUATTRO ARTI
- CONTENZIONE AI QUATTRO ARTI E FASCIA TORACICA
- CONTENZIONE INTERMITTENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI ESCRETORIE E L'IGIENE PERSONALE
- CONTENZIONE IN SEDIA A ROTELLE

MISURE ASSISTENZIALI E MEDICHE PRESCRITTE – PROFILASSI DELLE COMPLICANZE.

IL MEDICO DI GUARDIA (FIRMA E TIMBRO)



RELAZIONE SULLA CONTENZIONE

All. 3
Rev. 0
Pubblicato il 27/07/2021
Prescrittivo dal 11/08/2021
Pag. 3 di 3

RELAZIONE DI CONTENZIONE

Data _____ Ora _____

STATO CLINICO DEL PAZIENTE AL MOMENTO DELLA SCONTENZIONE. SPECIFICARE EVENTUALI MISURE PRESE PER EVITARE IL RIPETERSI DEL PROVVEDIMENTO

IL MEDICO DI GUARDIA (FIRMA E TIMBRO)

IL DIRETTORE DI UOC (FIRMA E TIMBRO)

Fac simile report

REPORT SEMESTRALE DELLE CONTENZIONI MECCANICHE/MANUALI

DIPARTIMENTO:					UO/UF:			SETTING:				
n° evento	tipologia (meccanica/ manuale)	durata	criteri	obiettivi	eventuali conseguenze fisiche/psichiche	N° di pazienti non contenuti che hanno subito lesioni o si sono allontanati dalla struttura subendo lesioni						
1						N° di pazienti che sono rimasti vittima dei comportamenti violenti di altri pazienti						
2						N° operatori che hanno subito atti di violenza, minacce, lesioni						
3						N° audit clinici / N° contenzioni						
4												
5												
6												

Nota del Comitato per l'Etica Clinica dell'Az.USL Nord Ovest

Sul tema “Contenzione”

La presente nota del Comitato per l'Etica Clinica ha lo scopo di riaffermare principi ormai consolidati nel nostro paese e nella regione Toscana in merito ad una materia tanto complessa e “divisiva”.

A tal fine sono ripresi i principali riferimenti normativi, etici e di politica sanitaria.

Innanzitutto è bene ricordare, in questa sede, che in Italia il diritto alla salute è un diritto costituzionale la cui tutela implica, dal punto di vista etico, il rispetto della dignità e l'autodeterminazione personale. Questa ingiunge a tutti gli operatori sanitari il dovere di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale ha diritto all'informazione diagnostico-terapeutica e all'espressione del consenso inclusa la potestà del rifiuto delle terapie (anche salvavita, vedi L. 219/17, art.1 comma 4). Il riconoscimento del primato dell'autodeterminazione della persona, anche in caso di malattia mentale, è il segno del profondo rispetto dovuto all'autorealizzazione personale che trova nelle scelte autonome e nel consenso informato un fattore determinante il bene della persona e della società tutta.

In merito alla contenzione occorre ricordare e sottolineare che se ne fa ancora uso ben oltre il solo ambito psichiatrico (ne sono esempio le contenzioni nei confronti di anziani, specialmente in RSA), e soprattutto che “la contenzione meccanica nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è un fenomeno poco conosciuto e poco monitorato. I dati disponibili sono parziali, non confrontabili e talvolta non riportati in cartella clinica.”¹

Proprio per questo dobbiamo menzionare alcuni riferimenti imprescindibili.

La disciplina costituzionale sancisce l'inviolabilità della libertà personale, la cui limitazione può essere ammessa solo “*per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi previsti dalla legge*” e prevede la punizione di “*ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà*” (art. 13). Inoltre, l'art. 32 dispone che “*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*”.

In relazione all'orientamento giuridico, dobbiamo ricordare una importante sentenza della Corte di Cassazione del 2018 che riconosce che la contenzione non ha “*la dignità di pratica terapeutica o diagnostica*”. La Corte nel ribadire che la contenzione *non è un atto medico* ma un “*presidio restrittivo della libertà personale*” sostiene che si tratta di una pratica lecita solo “*al ricorrere delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., allorquando sussista una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza), non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità*”.²

Dal punto di vista etico non possiamo non menzionare il documento del Comitato Nazionale di Bioetica, “La contenzione: problemi bioetici” (2015), in cui si afferma che la contenzione è “*una violazione dei diritti fondamentali della persona*” il cui superamento deve essere considerato “*un tassello fondamentale*”

¹ Da “*Per il superamento della contenzione meccanica nei servizi di salute mentale*”. Il documento, firmato dal DG Rezza (Ministero della salute), è in bozza presso la Conferenza delle regioni. Dal documento emerge che diverse regioni, tra cui la Toscana, non si effettua monitoraggio.

I dati si evincono da: Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, La contenzione meccanica, 2017” <https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittumaniXVII/> e sono stati presentati dalla Conferenza delle Regioni nel 2017

² Cassazione penale, sez. V, sentenza 07/11/2018 n. 50497. <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/2833-cass-50497-18.pdf>

nell'avanzamento di una cultura della cura in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario”.

Alla luce di questi principi e riferimenti, ricordando che:

la Regione Toscana nel Piano Sanitario Regionale del 2015 conferma “il tassativo divieto di ogni forma di contenzione” e in una nota del 11.05.2016 raccomanda “la riduzione fino alla totale eliminazione del ricorso alla contenzione fisica”;

il Comitato per l’Etica Clinica dell’Az. USL Nord Ovest, premesso che la contenzione non può essere ritenuta lecita ma solo consentita in stato di necessità;

consapevole che:

“il superamento della contenzione nei servizi del DSM (e non solo) si configura come un processo necessario e urgente, ma complesso, che necessita di molteplici azioni a tutti i livelli istituzionali, così come a livello dei beneficiari dei servizi e della cittadinanza”³;

raccomanda:

- un confronto in ambito aziendale (anche oltre il dipartimento di salute mentale) e iniziative formative sul documento “*Per il superamento della contenzione meccanica nei servizi di salute mentale*”, quando sarà emanato, volte all’approfondimento e alla diffusione dei suoi contenuti e delle sue raccomandazioni;

- che in ambito aziendale siano individuate e definite in modo tassativo e puntuale le circostanze;

- che sia realizzata un’attività di monitoraggio quali-quantitativo delle contenzioni applicate a livello aziendale, con qualunque mezzo attuate, da cui risultino:

- i criteri del ricorso alla contenzione,
- il numero di casi effettivi di adozione della contenzione mettendo come risultato auspicabile un trend in costante diminuzione fino a tendere a zero⁴,
- la durata della contenzione per singolo caso,
- gli obiettivi raggiunti con la contenzione,
- le conseguenze negative (fisiche e psichiche nel breve e lungo periodo) della contenzione;

- la previsione di audit clinici in tutti i casi di ricorso alla contenzione come momento di confronto e di formazione del gruppo di lavoro, ancora più necessario nei casi di decessi o di altri problemi conseguenti al ricorso alla contenzione;

- costruzione di una sinergia e di un confronto permanente con i servizi socio-sanitari territoriali e le istituzioni locali preposte.

Si propone infine che annualmente venga prodotto un report relativo ai punti precedenti, che esso sia adeguatamente pubblicizzato e venga sottoposto al dibattito pubblico.

³ *Per il superamento della contenzione meccanica nei servizi di salute mentale*

⁴ L'indicatore potrebbe essere calcolato al livello aziendale e/o eventualmente di struttura operativa. Un trend in aumento o costante dovrebbe essere registrato come un *alert* importante di rischio e/o inappropriata con necessità prioritaria di intervento per migliorare la situazione.