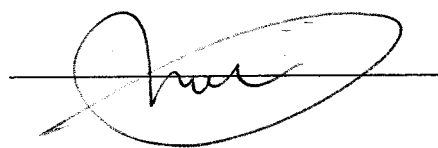


PUBBLICAZIONE

Copia della presente Deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Roma 5 in data: 18 MAG. 2017

L'addetto alla Pubblicazione



Il Direttore ad Interim
UOS Affari Generali
(Dott.ssa Nicoletta Carboni)

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore ad Interim
UOS Affari Generali
(Dott.ssa Nicoletta Carboni)

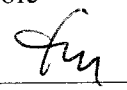
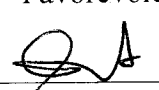
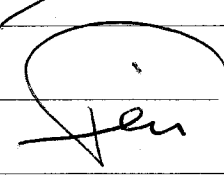
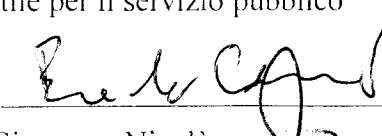
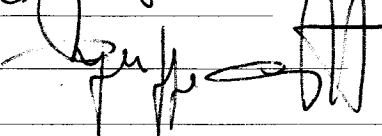
Tivoli,

REGIONE LAZIO
Azienda Sanitaria Locale Roma 5
TIVOLI

DELIBERAZIONE N. 000419 del 18 MAG. 2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
PATOLOGICHE

OGGETTO: Istruzioni operative sulla Contenzione Meccanica.

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO		Dott. Francesco Malatesta
☒ Favorevole	☐ Non favorevole	(vedi motivazione allegata)
		data <u>16-5-17</u>
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO		Dott.ssa Simona Amato
☒ Favorevole	☐ Non favorevole	(vedi motivazioni allegata)
		data <u>16/5/2017</u>
Atto trasmesso al Collegio Sindacale		
☐ Senza osservazioni	☐ Con osservazioni (vedi allegato)	
Il Presidente _____		data _____
Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.		
Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____		
Registrazione n. <u>2017RAG00436</u> del <u>18052017</u>		
Il Direttore UOC Bilancio e Contabilità Dott. Fabio Filippi 		
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico		
Il Responsabile del Procedimento 		
Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale Dott. Giuseppe Nicolò 		

La presente Deliberazione è composta da n. 4 pagine e n. 1 allegato composto da n. 10 pagine

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche

PREMESSO che con deliberazione n. 240 del 26 marzo 2015 è stato adottato l'Atto Aziendale di diritto privato, che delinea e formalizza l'autonomia imprenditoriale e le funzioni organizzative e di governo dell'Azienda, nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione, così come pubblicato sul supplemento ordinario n. 2 al BURL n. 32 del 21 aprile 2015;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n. 1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'arch. Giovanni Bissoni quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n. 18, e successive modificazioni recante "Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali"

VISTO il decreto legge c.d. "Balduzzi" 13 settembre 2012, n. 158 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'art. 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

CONSIDERATO il D.G.R. 419/07 che individua un percorso assistenziale del paziente affetto da disagio psichico che tiene conto dell'offerta assistenziale esistente nel territorio;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il Piano di azioni nazionale per la salute mentale che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

- 3) Di affidare al Dipartimento Di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della ASL Roma 5 il mandato di assumere tutte le iniziative possibili per ridurre al minimo la pratica della contenzione meccanica
- 4) Di pubblicare annualmente sul sito Aziendale nei dati di attività del DSMDP il numero, la percentuale e la durata media delle contenzioni meccaniche effettuate nei servizi del DSMDP
- 5) Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell' Albo Pretorio On Line aziendale ai sensi dell' art. 32, comma 1, della Legge 18.09.2009 n. 69.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco MALATESTA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Simona AMATO

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vitaliano DE SALAZAR

CONSIDERATO che l'accordo concernente il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24/1/2013)" impegna Regioni e Province Autonome a recepirne i contenuti con provvedimenti propri nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

PRESO ATTO del DCA U00094 del 17/03/2017 avente come oggetto: recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i Disturbi Schizofrenici, i Disturbi dell' Umore e i Disturbi Gravi di Personalità, sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13/11/2014". Allegato alla presente di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

CONSIDERATA la legge 24 del 8 Marzo 2017 pubblicata su GU Serie Generale n.64 del 17/3/2017) avente come oggetto: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

PRESO ATTO che la complessità dei quadri clinici in psichiatria in ambito di acuzie possono presentare ed evidenziare situazioni di pericolo sia per gli operatori che per gli stessi utenti

CONSIDERATI i dati epidemiologici disponibili sulla contenzione meccanica nell'ambito della Regione Lazio da cui si desume che tale pratica benché eccezionale è comunque necessaria e diffusa

PRESO ATTO che l'art. 11 della legge 180/78 abroga solo specifiche norme: " *Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni.*" e non l'art.60 del RD n° 615 del 1909

VISTO L'Art. 60 Del Regio Decreto. n 615 del 1909 che recita " *Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una sanzione amministrativa ...omissis.....senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale*".

VISTO L'Art. 32 del Codice di Deontologia medica (CDM 2014) che recita "[...] 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".

CONSIDERATO l' Art. 13 della Costituzione che sancisce l'inviolabilità della libertà personale

CONSIDERATO l' Art. 32 della Costituzione che sancisce la Tutela della salute come bene collettivo e individuale

PRESO ATTO dell'art. 54 del Codice Penale che norma il cosiddetto Stato di necessità:

CONSIDERATO l'art Art. 40 del Codice Penale che stabilisce "[...] non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo"

CONSIDERATO l'Art. 3 del Codice di Deontologia Medica (CDM 2014) che novella "[...] Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica ...nel rispetto della dignità e della libertà della persona"

PRESO ATTO dell' Art. 18 del Codice di Deontologia Medica (CDM 2014) che stabilisce "[...] i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona"

PRESO ATTO dell'Art. 51 del Codice di Deontologia Medica (CDM 2014) che ribadisce "[...] Il medico, nel prescrivere ed attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge"

TENUTO CONTO dell'Art.30 del Codice Deontologico dell'Infermiere (2009) "[...] L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"

PRESO ATTO della sentenza Cass. Pen., 11.3.05: 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”

VISTE le Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica della Società Italiana di Psichiatria, (SIP 21.02.2009)

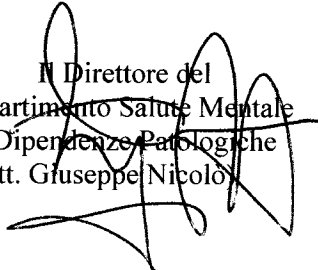
TENUTO CONTO di quanto raccomandato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione” (10/081/CR07/C7 29 Luglio 2010)

per le motivazioni indicate nella premessa, **propone al Sig. Direttore Generale:**

- 1) Di recepire le Istruzioni operative sulla Contenzione meccanica che sono allegate e fanno parte integrante e sostanziale della presente delibera
- 2) Di considerare queste istruzioni operative come riferimento per il DSMDP della ASL roma 5
- 3) Di affidare al Dipartimento Di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della ASL Roma 5 il mandato di assumere tutte le iniziative possibili per ridurre al minimo la pratica della contenzione meccanica
- 4) Di pubblicare annualmente sul sito Aziendale nei dati di attività del DSMDP il numero, la percentuale e la durata media delle contenzioni meccaniche effettuate nei servizi del DSMDP
- 5) Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell’ Albo Pretorior On Line aziendale ai sensi dell’ art. 32, comma 1, della Legge 18.09.2009 n. 69.

Si dichiara che il presente schema di deliberazione è stato istruito e proposto dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - nel rispetto delle procedure aziendali, della legislazione vigente e dei requisiti di utilità ed opportunità dell’attività Aziendale.

Il Direttore del
Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche
(Dott. Giuseppe Nicolo)



IL DIRETTORE GENERALE

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00251 del 4.12.2015;

VISTA la relazione contenuta nella presente proposta di deliberazione inoltrata dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche:

DELIBERA

- 1) Di recepire le Istruzioni operative sulla Contenzione meccanica che sono allegate e fanno parte integrante e sostanziale della presente delibera
- 2) Di considerare queste istruzioni operative come riferimento per il DSMDP della ASL Roma 5

DISPOSIZIONI SULLA CONTENZIONE MECCANICA

Istruzione operativa

Dipartimento Salute Mentale & dipendenze Patologiche
ASL Roma 5

INDICE

PREMESSA	2
1. DEFINIZIONI	2
2. MATRICE DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ	3
3. LEGITTIMAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA	4
4. INDICAZIONI ALL'APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA	4
5. PROCEDURA ED INTERVENTI DURANTE LA CONTENZIONE MECCANICA	5
6. ANNOTAZIONE IN CARTELLA	6
7. DECONTENZIONE	6
8. CASI PARTICOLARI	7
9. RIFERIMENTI	7
DIAGRAMMA DI FLUSSO	9
ALLEGATO	10

PREMESSA

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSMDP) è composto da strutture territoriali e Ospedaliere. Declina la propria attività clinica nelle varie fasi ovvero, prevenzione, trattamento, gestione emergenza/urgenza/ crisi/ricovero in acuzie, in uno stile di lavoro rispettoso dei diritti e della dignità della persona, specialmente se malata e sofferente, in un lavoro d'èquipe multidisciplinare.

La contenzione meccanica è una procedura eccezionale che può essere applicata nelle strutture pubbliche sia in contesti di ricovero che in situazioni di stato di necessità extraospedaliera (REMS, CCSSMM ecc). L'obiettivo generale del Dipartimento è quello di ridurre al minimo il ricorso a tale pratica attraverso il miglioramento delle attività cliniche in ambito territoriale e ospedaliero.

Per raggiungere tale finalità è necessaria anche la collaborazione della rete complessiva di tutte le strutture del DSMDP e un'azione di prevenzione su tutte quelle condizioni, interne ed esterne, che possano attivare situazioni di difficile gestione.

D'altra parte, a tutela della salute del paziente, e delle altre persone, operatori compresi, si possono determinare evenienze cliniche eccezionali in cui, fallito ogni tentativo di contenimento, è indispensabile procedere, sempre nell'obiettivo della beneficiabilità per il paziente, a pratiche di contenzione anche meccanica. Tale pratica benchè eccezionale deve essere eseguita in condizioni di assoluta sicurezza e garanzia per il paziente e per gli operatori.

1. DEFINIZIONI

- **Contenimento:** si intende per contenimento (ambientale, relazionale, fisico o farmacologico) quell'insieme di interventi, dotati di valenza terapeutica, in grado di garantire al paziente la percezione della dimensione di accoglimento e protezione della struttura in cui è ricoverato e di limitarne i comportamenti patologici e le angosce che possono esserne alla base.
- **Contenzione:** si intende per contenzione l'insieme delle pratiche, dotate di valenza terapeutica, che limitano la piena libertà del soggetto, alterata dal suo stato psicopatologico, attraverso mezzi coercitivi farmacologici, fisici o meccanici, applicabili solo in casi eccezionali e come "extrema ratio" qualora gli interventi di contenimento siano falliti o non siano possibili e, d'altra parte, le circostanze cliniche e di sicurezza per il paziente, per tutti i degenti e per gli operatori impongano un intervento immediato anche attraverso la contenzione meccanica (Art. 60 R.d. n 615 del 1909; art. 32 CDM 2014). Il fine "sanitario" dei suddetti provvedimenti è sempre il *primum movens* del ricorso alla contenzione, nel rispetto dei dettati costituzionali degli artt. 13 e 32 della Cost. e delle norme contenute nel Codice di Deontologia Medica (Art 3, 18, 32, 51, CDM del 2014) e del Codice Deontologico dell'Infermiere (Art. 30, Gennaio 2009).

La contenzione meccanica consiste nell'immobilizzazione parziale o completa del corpo del paziente mediante l'uso di appositi strumenti in grado di ottenere tale risultato indipendentemente dall'intervento attivo di persone, e tali da massimizzare la sicurezza d'impiego, in particolare per il paziente stesso.

La contenzione meccanica, se applicata correttamente, quindi in presenza di presupposti legittimanti e nelle modalità consentite, senza mai surrogare l'eventuale carenza di personale di assistenza, ha la finalità di favorire o consentire in prospettiva altre forme d'intervento terapeutiche.

2. MATRICE DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ

CHI	COSA	INDICATORE DI PROCESSO
Medico	- Adotta la decisione di procedere all'applicazione dei mezzi contenitivi consultando l'infermiere e coinvolgendo, se possibile, il paziente e la sua famiglia (consenso informato) - Prescrive in cartella clinica la contenzione riportando le ragioni per cui è stata adottata; il periodo di contenzione con la data del termine ed il tipo di dispositivi utilizzati. - Verifica la sussistenza di fattori di rischio aggiuntivi (ad esempio condizioni di ipo- o ipercoagulabilità, deficit circolatori sistemici e/o locali, danni osteoarticolari e/o altre condizioni che potrebbero essere aggravate dalla contenzione) adottando i provvedimenti clinici necessari - Sottopone il paziente contenuto ad osservazione ogni quattro ore e comunque ogni qualvolta il personale infermieristico lo ritenesse necessario - Ogni volta che rivaluta il paziente considera la necessità di reiterare la contenzione o la sua sospensione - Si assicura che al paziente venga sempre garantito il soddisfacimento di tutti i fabbisogni umani di base	Evidenza in documentazione clinica
Infermiere	- Sottopone il paziente contenuto ad osservazione infermieristica ogni 15-45 minuti in funzione delle specifiche condizioni cliniche del paziente - Monitora almeno ogni ora i parametri vitali (frequenza respiratoria, cardiaca, pressione arteriosa, saturazione, temperatura corporea), la idratazione e l'alimentazione del paziente - Garantisce al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni due ore con esclusione delle ore notturne - Valuta il comfort del paziente - Controlla ogni 3-4 ore che la contenzione non arrechi danni al paziente (ad esempio abrasioni, ulcere da decubito, edemi agli arti, ematomi), e che provochi il minor disagio possibile - Si assicura che al paziente venga sempre garantito il soddisfacimento di tutti i fabbisogni umani di base - Registra puntualmente le osservazioni sulla documentazione infermieristica e, se necessario, informa il medico	Evidenza in documentazione assistenziale
Operatore Socio Sanitario (OSS)	- Controlla frequentemente il paziente, e comunica le osservazioni all'infermiere - Si assicura che al paziente venga sempre garantito il soddisfacimento di tutti i fabbisogni umani di base	

3. LEGITTIMAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA

- a) Sicurezza del paziente, dell'operatore o di terze persone, quando il sanitario ravvisa lo "stato di necessità" (art. 54 c.p.) applicabile in presenza imminente ed attualità del pericolo; non evitabilità del "danno grave" con altri mezzi e tenendo conto del principio di proporzionalità;
- b) Assunzione del medico della "posizione di garanzia" (art. 40 c.p.; Art. 3 Codice 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. , 11.3.05);
- c) L'eccezionalità della applicazione (Art. 60 R.d. n 615 del 1909; Società Italiana di Psichiatria 21.02.2009) della contenzione meccanica, presuppone la necessità di evitare e prevenire tale pratica attraverso interventi formativi specifici (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 10/081/CR07/C7 del 29 Luglio 2010) sulla gestione del comportamento violento attraverso:
 1. contenimento emotivo con presenza di almeno 2 operatori ed utilizzazione di tecniche quali de-escalation, time-out volte alla riduzione del comportamento violento e alla ricerca di una fattiva alleanza per l'acquisizione di un consenso alle cure;
 2. Mobilitazione di tutte le energie e risorse disponibili in reparto per effettuare un adeguato contenimento del paziente (è indispensabile il coinvolgimento di tutti gli operatori presenti, indipendentemente da qualifica e grado).
 3. Solo qualora gli interventi di cui al punto 1 e 2 fossero falliti e fosse impossibile o controindicato procedere a tranquillizzazione farmacologica, si procede alla contenzione meccanica.
- d) Se il pericolo è immediato per comportamenti violenti etero ed autodiretti in condizioni susseguenti una patologia nella quale è alterata la volontà del soggetto il Sanitario ha 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 di un reato (Art 51 CP Adempimento di dovere, Art 54 CP Stato di necessità, Art 93 CP Omissione di soccorso, TULPS Art. 1 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).

4. INDICAZIONI ALL'APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio in regime di degenza ospedaliera, come normato dagli articoli 33, 34, 35 della Legge 833/78, non è fonte giuridicamente valida del dovere, per il medico, per praticare la contenzione. Si possono infatti determinare circostanze nelle quali l'imminente pericolo di agiti auto ed etero aggressivi, causati da gravi alterazioni psichiche, possano riguardare persone che, pur accettando gli interventi terapeutici necessari, non sono in grado di controllare il pericolo di mettere in atto tali agiti. Pertanto la contenzione meccanica e il TSO non rispondono alla stessa normativa e soddisfano finalità diverse:

- la contenzione ha la finalità di limitare il pericolo di agiti incontrollabili;
- il TSO di somministrare trattamenti (di solito farmacologici) che il soggetto rifiuta a causa della propria alterazione psichica.

Le indicazioni alla contenzione meccanica sono le seguenti:

1. Concreto pericolo imminente di violenza auto ed etero diretta, con compromissione della

1. Concreto pericolo imminente di violenza auto ed etero diretta, con compromissione della relazione, in condizioni di emergenza psicopatologica a tutela, quindi, della salute fisica e psichica del paziente;
2. Pericolo per l'incolumità dello stesso soggetto, sempre nel rispetto della persona. Il concreto ed imminente pericolo per l'incolumità della persona, deve essere interpretato in maniera estremamente rigorosa particolarmente quando si tratti di un minore;
3. Necessità di somministrare, nell'ambito di un Trattamento Sanitario Obbligatorio, una terapia farmacologica che il soggetto rifiuta, mettendo in atto agiti violenti e pericolosi per la propria e altrui incolumità. Ciò presuppone un'attenta ed accurata valutazione sanitaria della reale urgenza e dal carattere indispensabile della somministrazione.

La decisione dell'intervento di contenzione è di pertinenza del Dirigente Medico Responsabile (Art. 60 R.d. n 615 del 1909; art. 32 comma 4 Codice Deontologia Medica 2014), dopo consultazione con tutti gli operatori in servizio.

In assenza, a qualsiasi titolo, del Responsabile del reparto, la decisione spetta al Dirigente Medico di guardia.

5. PROCEDURA ED INTERVENTI DURANTE LA CONTENZIONE MECCANICA

L'intervento deve essere effettuato avendo cura di evitare effetti meccanici lesivi diretti e fornendo al paziente ogni informazione e spiegazione sull'intervento stesso. Il numero di operatori per attuare la contenzione, di norma, non deve essere inferiore a quattro.

Nei casi in cui il medico preveda una contenzione particolarmente difficoltosa ed impegnativa, o pericolosa anche per lo stesso personale del reparto, è preferibile che il numero degli operatori non sia inferiore a cinque (1 per ogni arto ed uno per la testa) ed opportuno richiedere l'ausilio delle guardie giurate dell'ospedale e, qualora non presenti/disponibili/sufficienti, quello delle Forze dell'Ordine (TULPS Art. 1 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).

Uno degli operatori assume il ruolo di starter e gli altri devono agire in modo sincrono e coordinato per:

1. immobilizzare il paziente
2. metterlo a letto
3. applicare le fasce di contenzione.

Durante la contenzione gli operatori presenti rimangono vicino al paziente per stabilire o mantenere una relazione, assicurando lo stesso circa la temporaneità del provvedimento e le motivazioni che lo hanno determinato.

Durante il periodo della contenzione il paziente deve:

- a) essere sottoposto ad osservazione infermieristica ogni 15-45 minuti in funzione delle specifiche condizioni cliniche del paziente e almeno
- b) ad osservazione medica ogni quattro ore e comunque ogni qualvolta il personale infermieristico lo ritenesse necessario. Ad ogni valutazione il medico è tenuto a valutare la possibilità di porre termine alla contenzione meccanica, effettuando un risk assessment sulle condizioni cliniche del paziente.

Si assicura almeno ogni ora il monitoraggio dei parametri vitali (frequenza respiratoria, cardiaca, pressione arteriosa, saturazione, temperatura corporea), della idratazione e dell'alimentazione.

Si assicura sempre il soddisfacimento di tutti i fabbisogni umani di base.

Durante il periodo della contenzione si garantisce al paziente la possibilità di movimento ed esercizio di un arto per volta per non meno di 10 minuti ogni due ore con eventuale esclusione della notte. In tale circostanza (mobilizzazione di un arto), per ragioni di sicurezza devono essere presenti due operatori.

La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione (abrasioni, ulcere da decubito..) deve essere fatta ogni tre, quattro ore.

Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione.

È necessario provvedere alla prevenzione della trombosi venosa profonda mediante idoneo trattamento anticoagulante preventivo (eparina) da praticare entro le 12 ore dalla contenzione e ripetere giornalmente fino alla conclusione della contenzione.

6. ANNOTAZIONE IN CARTELLA:

- **Applicazione:** L'intervento della contenzione meccanica viene trascritto nella Cartella clinica (Cass. Pen. 16.06.2005 n. 22694) dove deve essere specificata la motivazione e l'eccezionalità delle circostanze che la rendono necessaria. Deve essere esplicitata la scelta del tipo di contenzione (fasce di sicurezza per letto, bracciali di immobilizzazione v. appendice).
- **Durata:** La contenzione deve essere limitata nel tempo. Non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda una documentata condizione del soggetto. La prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità.
- Oltre che sulla cartella clinica e infermieristica (specificando ora di inizio e motivazioni) la contenzione meccanica viene annotata su:
 - ▶ Scheda di contenzione condivisa compilata dal medico e dall'infermiere (e acclusa alla cartella clinica alla dimissione).
 - ▶ Registro di monitoraggio delle contenzioni e dovrà essere oggetto di discussione nell'incontro settimanale di reparto.

7. DECONTENZIONE

La decisione relativa alla decontenzione risponde agli stessi criteri della decisione della contenzione: dopo consultazione con tutti gli operatori in servizio, la decisione è di pertinenza del Dirigente Medico Responsabile; in assenza, a qualsiasi titolo, del Responsabile del reparto, la decisione spetta al Dirigente medico di guardia.

In considerazione della delicatezza della procedura, è preferibile attuarla in presenza di un numero di operatori non inferiore a cinque.

La decontenzione deve essere annotata con le stesse modalità sugli stessi strumenti di reparto indicati per la contenzione.

È necessario effettuare un debriefing con la persona che ha ricevuto l'intervento di contenzione.

La contenzione non può essere mai differita per ragioni meramente organizzative.

Entro la giornata successiva alla decontenzione, viene effettuato un briefing al quale prendono parte tutti gli attori della procedura (paziente, personale infermieristico e medico) durante il quale viene spiegata e ridefinita la necessità di tale temporaneo intervento restrittivo a tutela della incolumità del paziente stesso, degli altri degenti e degli operatori del reparto.

8. CASI PARTICOLARI

Un accenno a parte necessita invece il tema della "protezione" del paziente, che deve essere attuata con l'utilizzo di specifici mezzi, nei casi di disturbi mentali persistenti (disturbi mentali organici, in specie) con scopo esclusivamente protettivo e preventivo.

Tali provvedimenti di protezione, più soft rispetto a quelli della contenzione, sono regolati dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) secondo un protocollo di applicazione personale dettagliante la presa in carico del paziente da parte dell'equipe e sottoposto a periodiche verifiche da parte del medico (Riv. It. Med. Leg., 2, 383-395, 2010).

Ne sono indicazioni:

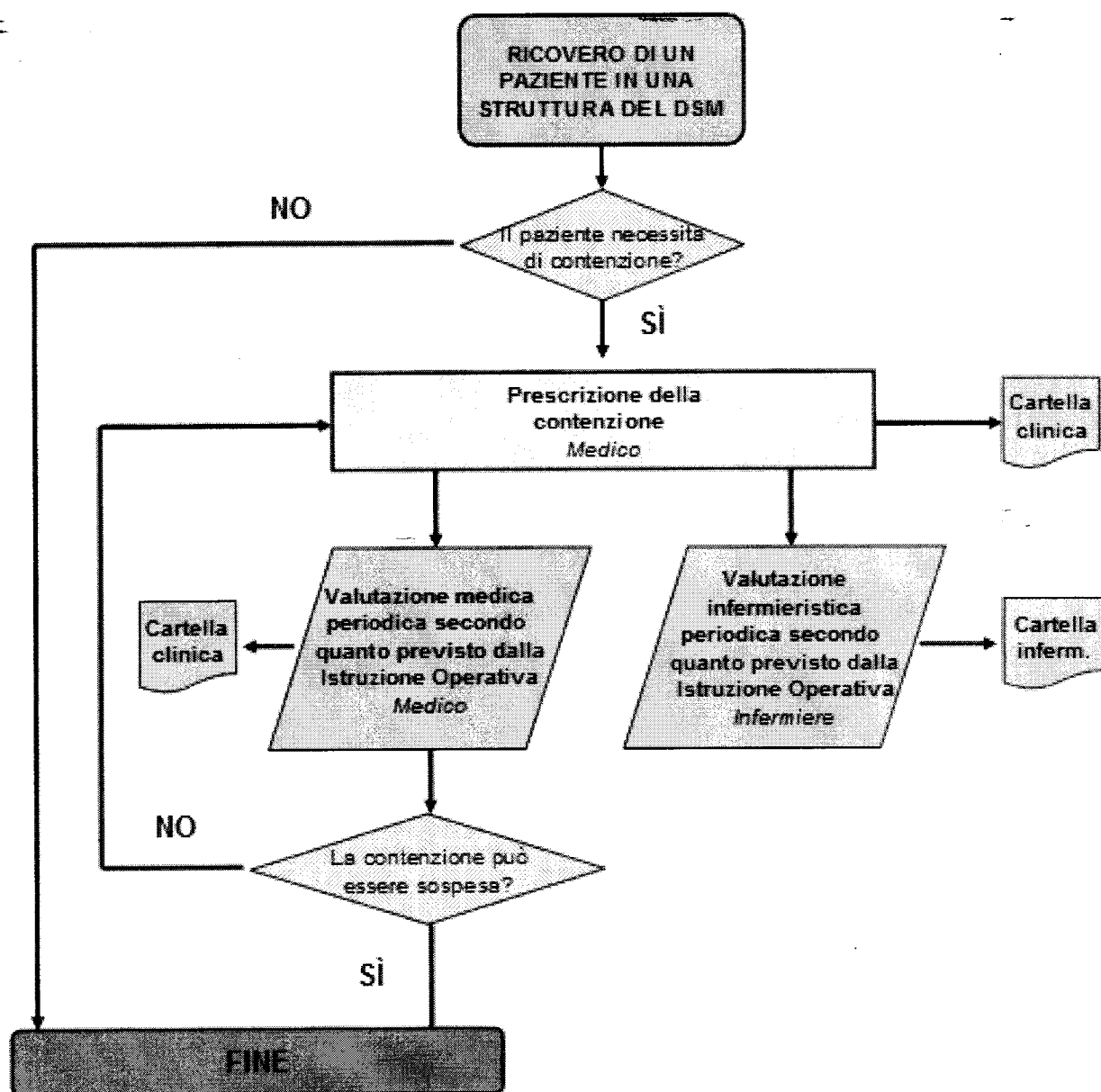
- pericolo per la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi o camminare, oppure in stato di incoscienza od ebbrezza od intossicazione da sostanze stupefacenti;
- grave disturbo organico con compromissione dello stato di coscienza e necessità di interventi internistici urgenti (idratazione, cateterizzazione, esami ematochimici e strumentali ecc.) per i quali non c'è collaborazione da parte del paziente.

9. RIFERIMENTI

1. Ricorso alla contenzione: art. 60 R.d. n 615 del 1909
2. Art. 32 CDM (2014) "[...] 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".
3. Inviolabilità della libertà personale: Art. 13 della Costituzione
4. Tutela della salute: Art. 32 della Costituzione
5. Stato di necessità: Art. 54 c.p.
6. 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) "[...] Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica ...nel rispetto della dignità e della libertà della persona"
 - Art. 18 CDM (2014) "[...] i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona"

- Art. 51 CDM (2014) “[...] Il medico, nel prescrivere ed attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge”
 - Art.30 Codice Deontologico dell’Infermiere (2009) “[...] L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”
 - Cass. Pen., 11.3.05: 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”
7. Società Italiana di Psichiatria, Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica (SIP 21.02.2009)
 8. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione” (29 Luglio 2010)
 9. “I mezzi di contenzione fisica nelle strutture residenziali per anziani: compiti e responsabilità dell’èquipe multidisciplinare” (Riv. It. Med. Leg., 2, 383-395, 2010)
 10. Normativa di disciplina del TSO: (Art. 32 e 33 della L. 833/78)
 11. Funzione di atto pubblico della cartella: (Cass. Pen., 16.06.2005 n. 22694)

DIAGRAMMA DI FLUSSO



ALLEGATO

MEZZI DI PROTEZIONE E DI CONTENZIONE CARATTERISTICHE TECNICHE E INDICAZIONI DI UTILIZZO

Protezione

- **Spondine per letto**

Ne esistono di diversi tipi, possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza, o essere asportabili da parte del personale. Sono destinate a persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente. Preferibile non utilizzarle se si intravede la possibilità che il paziente possa scavalcarle.

Contenzione

- **Fasce di sicurezza per il letto**

Consentono la libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta. Costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio. Alcune possono essere fornite di "imbragature ad Y" per le spalle per garantire una maggiore sicurezza e per evitare lo scivolamento della cintura dalle anche.

Sono destinate a pazienti particolarmente confusi o agitati che non sono in grado di alzarsi e dambulare autonomamente.

- **Bracciali di immobilizzazione**

Sono solitamente il gommaschiuma o poliuretano e rivestiti di materiali morbidi e traspiranti. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Sono indicati in pazienti che abbisognano di trattamenti sanitari strettamente necessari per l'immediato benessere, ma che non sono in grado di gestire autonomamente la situazione. Possono essere anche utilizzati in situazioni di emergenza in caso di auto/eterolesionismo.

Le cinghie di fissaggio non devono essere troppo lunghe, per non consentire al paziente particolarmente agitato e confuso di ribaltarsi e soprattutto è necessario contenere sempre il paziente ai quattro arti.

È possibile, sotto diretto controllo infermieristico (due operatori), decontenere il paziente ad un arto al momento dei pasti o per particolari necessità da valutare al momento.