

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

DELIBERAZIONE N° 000574 DEL 21 MAR 2023

OGGETTO : Procedure per la prevenzione e la corretta gestione della Contenzione meccanica nelle strutture di ricovero del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Velia Bruno

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data _____

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. _____ del 21-03-2023

Il Dir. UOC Bilancio e Contabilità (Dr. Fabio Filippi)

PROPOSTA IN DATA 21 03 2023

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Estensore
Dott.ssa Debora Abbafati

Debora Abbafati

Responsabile del procedimento
Dott. Giuseppe Nicolò

Giuseppe Nicolò

Il Direttore e/o Dirigente Struttura
Dott. Giuseppe Nicolò

Giuseppe Nicolò

La presente deliberazione è costituita da n. 7 pagine
Da n 1 allegato composto da un totale di 37 pagine

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n. 933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n. 1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n. 84 del 17/10/2019, e della Deliberazione n. 933 del 07/06/2022, con la quale sono state proposte modifiche all'Atto aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n. 56, suppl. I, del 05/07/2022;

PRESO ATTO dell' Art. 60 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615, 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"*. [...], che è ritenuto unico riferimento normativo certo per la contenzione meccanica;

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"*

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

VISTO il Regolamento regionale del 6 settembre 2002, n. 1, avente ad oggetto *"Organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale"* e il successivo regolamento regionale di modifica 19 marzo 2021, n. 4, e successive modificazioni ed integrazioni;

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

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;

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;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento *"Piano di Azioni Nazionale per la salute Mentale (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24/1/2013)"*, sancito nella seduta del 24 gennaio 2013;

CONSIDERATO che il suindicato 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 13/1/2014"*.

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".

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, avente ad oggetto "Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021" (Rep. Atti n. 153/CSR)", la quale prevede nell'allegato sub A lettera "o) 60 milioni destinati a finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, che sarà successivamente oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni, per il superamento della contenzione meccanica in tutti i luoghi di cura della salute mentale, per la qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014, e per l'effettuazione degli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza, anche previsti dal Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013";

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 28 aprile 2022, sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali", con cui si conviene che le Regioni, in relazione a quanto rilevato dai documenti tecnici "Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema Informativo per la salute mentale (SISM) anno 2019" e "Tavolo tecnico salute mentale del Ministero della Salute", maggio 2021, intraprendono delle azioni programmatiche volte principalmente al superamento della contenzione meccanica;

VISTA la Deliberazione della Regione Lazio n. 865 del 18/10/2022, recante il "Recepimento dell'Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, ai sensi dell'allegato Sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR -, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali". Assegnazione alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse stanziare, pari a 6.516.874,00 euro, per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale", pubblicata sul BURL n. 88 Ordinario del 25/10/2022;

VISTA la citata intesa n.58/CSR del 28 aprile 2022 sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali", in forza della quale le Regioni sono invitate a sviluppare dei progetti che rafforzino i Dipartimenti di Salute Mentale;

RILEVATO CHE la Costituzione Italiana sancisce:

- **Articolo 3, "Principio di uguaglianza"**: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla Legge, senza distinzione di sesso, di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

- **Articolo 13, "Libertà personale"**: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla Legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà..."

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

PRESO ATTO che la Legge 833 del 23 dicembre 1978 prevede:

- **Articolo 33**: Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla

libera scelta del medico e del luogo di cura. [...] Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. [...]

- **Articolo 34:** (...) Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. [...]

CONSIDERATO altresì il Codice Penale ai seguenti articoli:

- **Articolo 40, "Rapporto di causalità":** Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla Legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

- **Articolo 52, "Difesa legittima":** Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa. (...)

- **Articolo 54, "Stato di necessità":** Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

- **Articolo 571, "Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina":** Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni.

- **Articolo 590, "Lesioni personali colpose":** Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239. (...)

- **Articolo 591, "Abbandono di persone minori e incapaci":** Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. (...) La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte.

- **Articolo 605, "Sequestro di persona":** Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.

Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni.

- **Articolo 610, "Violenza privata":** Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. (...)

ESAMINATA la Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina: Consiglio d'Europa 1997 e, per quanto di specifico interesse:

- **Articolo 2, "Primato dell'essere umano":** L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza.

- **Articolo 5, "Consenso: Regola generale":** Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue

conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

- Articolo 6, "Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso":

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.

2. Quando, secondo la legge, il ricovero dei minori in reparti di psichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), come per tutti gli altri, è autorizzato dai genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.

3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.

4. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l'informazione menzionata all'articolo 5.

5. L'autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell'interesse della persona interessata.

- Articolo 7, "Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale": La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso.

- Articolo 8, "Situazioni d'urgenza": Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.

- Articolo 9, "Desideri precedentemente espressi": I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.

TENUTO CONTO, altresì, del Codice di Deontologia Medica del 2014 e successive modificazioni ai seguenti articoli:

- Articolo 18, trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica: I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.

- Articolo 21, competenza professionale: Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

- Articolo 32, doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente. 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.

- Articolo 33, informazione e comunicazione con la persona assistita: Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza. Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria. Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

- Articolo 34, informazione e comunicazione a terzi: L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso dalla persona assistita, fatto salvo quanto previsto agli artt. 10 e

12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri. Il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie gli eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

- **Articolo 51, Soggetti in stato di limitata libertà personale:** Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti. Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge.

CONSIDERATA la posizione della Presidenza del consiglio dei Ministri: "La contenzione: Problemi Bioetici"; Comitato Nazionale di Bioetica, 23 Aprile 2015.

CONSIDERATO, inoltre, il Codice di Deontologia dell'Infermiere del 2019:

- **Articolo 2, Azione:** L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

- **Articolo 3, rispetto e non discriminazione:** L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

- **Articolo 4, relazione di cura:** Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

- **Articolo 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.

TENUTO CONTO della "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; raccomandazione n. 8 del 19 novembre 2007 del Ministero della Salute;

PRESO ATTO della Sentenza penale della Corte di Cassazione Sez. 5 n. 50497 del 20/06/2018: "Sentenza Mastrogiovanni", secondo cui:

- la contenzione non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica, non ha una finalità di carattere terapeutico;
- la contenzione deve comunque essere prescritta dal medico in quanto ha natura "assistenziale prescrittiva" che richiede la "valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica";
- la contenzione è una pratica eccezionale che può essere giustificata solo con il ricorso allo stato di necessità, ex art. 54 cp;
- compete al medico prescrivere la contenzione e compete ai medici che si alternano nei turni e nelle guardie riconfermare la contenzione dopo valutazione e procedere all'annotazione in cartella clinica che serve (anche) per la dimostrazione degli elementi che portano allo stato di necessità;
- la prescrizione della contenzione non è da considerarsi un "ordine gerarchico" rivolto agli infermieri dal medico;
- compete agli infermieri la verifica della correttezza della contenzione come obbligo giuridico e deontologico autonomo e diverso da quello del medico.

STABILITO che, in assenza di questi presupposti, la contenzione diventa abusiva e integra gli estremi del reato di sequestro di persona.

PRESO ATTO che i presupposti per l'applicazione dello stato di necessità sono riconducibili alla:

- 1) Imminenza ed attualità del pericolo;
- 2) Non evitabilità del "danno grave" con altri mezzi;
- 3) Rispetto del principio di proporzionalità

E che ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità, accanto alla sussistenza del pericolo attuale del danno grave è necessario che non vi sia altra concreta possibilità di salvezza priva di disvalore penale Cass., Sez. 3, Sentenza n. 17592 del 12/01/2006

CONSIDERATA, altresì, la Determinazione 24 giugno 2022, n. G08249 Regione Lazio, avente ad oggetto "*Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero*"

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

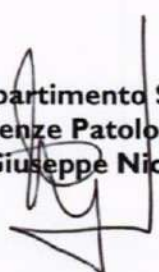
PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate, di adottare il presente provvedimento e, nello specifico:

- 1) Di recepire le Istruzioni operative sulla Contenzione meccanica che sono allegare e fanno parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- 2) Di considerare queste istruzioni operative sulla corretta applicazione e strategie di prevenzione della contenzione meccanica come riferimento procedurale per la ASL Roma 5;
- 3) Di affidare al Dipartimento Di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della ASL Roma 5 il mandato di implementare al massimo tutte gli strumenti per ridurre al minimo la pratica della contenzione meccanica dando mandato ai direttori del Dipartimento delle professioni sanitarie e del DEA di partecipare attivamente a tale progettualità;
- 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 affidare al Dipartimento di Salute Mentale il compito di dare alle strutture aziendali massima diffusione della procedura oggetto del presente provvedimento;
- 6) Di dare mandato alla UOS Risk Management qualità dei processi ed auditing di pubblicare il presente atto sui siti aziendali.

Attesta altresì che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

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



SULLA PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere

Favorevole

Data

21 MAR. 2023

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro

Filippo Coiro

Parere

Favorevole

Data

21 MAR. 2023

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Velia Bruno

Velia Bruno

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, con i poteri di cui al decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00096 del 11 luglio 2022.

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

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta:

DELIBERA

Di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dott. Giuseppe Nicolò - Direttore del DSM DP.

Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

Filippo Coiro

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Velia Bruno

Velia Bruno

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Giorgio Giulio Santonocito

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: _____

21 MAR. 2023

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

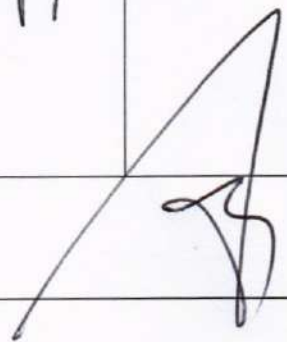
**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

Tivoli, _____

PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2024
Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01
Pagine 52

Procedure per la prevenzione e la corretta gestione della Contenzione meccanica nelle strutture di ricovero del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Revisione	Data	Causale	Elaborazione	Verifica	Approvazione
R_01	Marzo 2023	P.O.A. (Procedura Operativa Aziendale)	Gruppo di Lavoro Aziendale: Dott. Giuseppe Nicolò Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Dott. Enrico Pompili Dott. Agostino Manzi Dott. Francesco Riggio Dott. Giovanni Marino Dott.ssa Maria Ilaria Scardigli Dott.ssa Raffaella Catapano Dott. Augusto Pugliesi Dott. Cristiana Silvestrini Dott.ssa Barbara Proscio Dott. Corrado Villella Dott.ssa Alessia D'Andrea Dott.ssa Marisa Bucci Dott. Mario Del Villano Dott. Beniamino Leone	Risk Management CCICA – Comitato per il Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (Dott. F. Lauria) 	Direttore Sanitario Aziendale (Dott.ssa V. Bruno)  

LISTA DI DISTRIBUZIONE:

- 1) Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.
- 2) Dipartimento Professioni Sanitarie
- 3) Dipartimento di Emergenza Urgenza
- 4) Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri



La Procedura per la prevenzione e la corretta gestione della contenzione meccanica nelle strutture di ricovero del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è visionabile e scaricabile dalla Home Page ASL Roma 5 e nella sezione Risk Management.

<http://intranet.aslroma5.it/newintra/risk-management/> alla sezione: Procedure aziendali

**PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**



Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01
Pagine 52

**Procedure per la Prevenzione e la corretta gestione della
contenzione meccanica nelle strutture di ricovero del
Dipartimento Salute Mentale & Dipendenze Patologiche
ASL Roma 5**

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

INDICE

1.	PREMESSA	3
2.	DEFINIZIONI	3
3.	FINALITÀ ED OBIETTIVI	4
4.	STRATEGIE DI RIDUZIONE DELL'AGGRESSIVITÀ. PREVENZIONE E GESTIONE NON COERCITIVA DELLE URGENZE	6
5.	ANALISI DI NORME E RIFERIMENTI	17
6.	BUONE PRASSI PER LA CONTENZIONE FISICA	20
7.	CASI PARTICOLARI	27
8.	MATRICE DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ	28
9.	COMPLICANZE DELLA CONTENZIONE FISICA E LORO GESTIONE	32
10.	INTENSIFICAZIONE DI VIGILANZA/ASSISTENZA E CONTENZIONE	35
11.	INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL FENOMENO CONTENZIONE	35
	ALLEGATO 1	37
	ALLEGATO 2	43
	ALLEGATO 3	46
	ALLEGATO 4	47
	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	48
12.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	51

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>

1. 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'équipe multidisciplinare. Infatti non c'è cura senza il riconoscimento dell'altro come persona, titolare di dignità e di diritti. Non c'è cura se non all'interno di un rapporto di reciproco rispetto pur nella differenza dei ruoli, delle situazioni e dei contesti. La tutela dell'altro non può mai determinare l'abolizione o la riduzione dei diritti. L'accoglienza di una persona in crisi, fortemente sofferente, in una situazione di emergenza o urgenza, necessita di una valutazione della situazione di rischio ambientale e della persona, ed è opportuno adottare tutte le strategie atte a rendere la permanenza nel contesto di cura sicura e tutelante, anche avviando adeguate azioni finalizzate alla diminuzione del rischio per la persona in cura e per gli operatori.



La contenzione meccanica è una procedura eccezionale che può essere applicata in contesti di ricovero. 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 benché eccezionale deve essere eseguita in condizioni di assoluta sicurezza e garanzia per il paziente e per gli operatori.

2. 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

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

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.



3. FINALITA' ED OBIETTIVI

Gli interventi di **messa in sicurezza mediante contenzione meccanica** sono finalizzati a preservare l’integrità del paziente e di altre persone. Il personale sanitario dovrebbe ricorrere a tale pratica in situazioni eccezionali, di immediato pericolo per l’incolumità fisica o la vita di una persona, o di un danno grave alla salute, quando altri strumenti relazionali o farmacologici, impiegati nella gestione clinica del caso, abbiano fallito nel raggiungimento dello scopo.

Cioè può essere praticata solo in casi estremi, in mancanza di alternative, per il tempo strettamente necessario alla risoluzione delle condizioni che l’hanno motivata, secondo il principio di proporzionalità rispetto alla situazione reale e attuale.

La pratica stessa della contenzione fisica non è scevra di complicità di natura biologica, psicologica e sociale, pertanto è una tecnica che richiede formazione e monitoraggio:

“La contenzione fisica e meccanica non è una procedura appannaggio della psichiatria ma della medicina in generale: disposta dal medico, non va intesa come “atto medico” (sentenza Mastrogiovanni, 2018, pp. 44-51) in quanto non ha una finalità terapeutica (nel senso che non produce di per sé un miglioramento delle condizioni cliniche), ma come una procedura clinica che trova indicazione quando la necessità è quella di salvaguardare l’integrità fisica del paziente e di chi viene a contatto con il paziente stesso, in una situazione di immediato concreto pericolo. È dunque finalizzata alla tutela del paziente che, nel suo complesso, si compie con atti medici propriamente detti”. La contenzione non è un atto medico ma uno strumento estremo per consentire l'erogazione di un atto medico.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

L'immobilizzazione del paziente è di per sé una procedura che, se non applicata a norma espone a rilevanti responsabilità penali e sanitarie, nonché deontologiche, e necessita di una dovuta attenzione e formazione, oltre che di direttive condivise. Questa pratica risulta applicata dalla stragrande maggioranza dei SPDC del territorio nazionale, la regolamentazione è diversificata da Regione a Regione.

In ambito sanitario, la prescrizione, della contenzione riguarda frequentemente i reparti di pronto soccorso, psichiatria, medicina interna ed altri reparti specialistici medico-chirurgici, nonché contesti extraospedalieri come per esempio le ambulanze o i servizi territoriali. Il personale di tutti i reparti interessati dovranno acquisire una sufficiente formazione rispetto a questa pratica evitando di delegare in toto al consulente psichiatra la valutazione e gestione del caso. A fronte di tale problema, una adeguata procedura ospedaliera della contenzione fisica dovrebbe includere anche tutte le condizioni di competenza non psichiatrica e diversificate per età del paziente e fragilità individuali, con indicazioni e controindicazioni.



Per ciò che riguarda il contesto psichiatrico, ogni SPDC e/o reparto di neuropsichiatria infantile della Regione Lazio ha provveduto a dotarsi di protocolli, di strumenti idonei per una corretta applicazione e di monitoraggio intensivo, in accordo con le strutture nosocomiali.

La stesura del seguente documento risponde, dunque, alla necessità di delineare delle buone prassi procedurali e cliniche per la valutazione, l'attuazione e la riduzione della contenzione fisica nei servizi dedicati alla gestione delle urgenze psichiatriche per l'età adulta e per l'età evolutiva, al fine di analizzare le strategie alternative di contenimento del paziente e di gestione delle urgenze comportamentali e fornire un programma di azioni che permettano di attuare la pratica della contenzione fisica con appropriatezza, congruità e professionalità, limitando i rischi per l'incolumità del paziente e degli altri soggetti coinvolti.

Per tali ragioni, come parte attuativa di queste procedure, gli operatori di ogni reparto ospedaliero, incluse le REMS e pronto soccorso (non solo di ogni degenza psichiatrica) devono ricevere, anzitutto, una opportuna formazione sia sulle tecniche di de-escalation dell'aggressività, sia sul corretto uso della contenzione, a partire dal piano normativo, fino a quello applicativo.

Pertanto, la Azienda sanitaria attraverso la UOS Formazione deve organizzare percorsi formativi per tutto il personale e dotare il reparto stesso di strumenti idonei, come il Registro delle Contenzioni (vedi Allegato 3) dove verranno annotati i dati più salienti dell'evento, avendo l'accortezza di decodificare il nome annotazione che viene effettuata in primo luogo nel diario della cartella clinica del paziente.

Nel complesso, quanto di seguito argomentato, si predispone ad essere completato con informazioni specifiche che andranno previste e redatte da medici di altre specialità, per pazienti con altri disturbi non di tipo psichiatrico e potrebbe configurarsi come integrazione del *"Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero"* della Regione Lazio del 24/06/2022.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Come accennato in precedenza, l'obiettivo principale di questo documento è di descrivere come prevenire l'instaurarsi di condizioni di aggressività non gestibile (prevenendo, ad esempio, eventi trigger), riconoscendone i prodromi e attivando procedure di riduzione dell'aggressività stessa e secondariamente di definire i campi di applicazione, descrivere le tempistiche e le modalità di attuazione e di monitoraggio della contenzione fisica.

4. STRATEGIE DI RIDUZIONE DELL'AGGRESSIVITÀ. PREVENZIONE E GESTIONE NON COERCITIVA DELLE URGENZE



Il ricorso alla contenzione fisica potrebbe essere scongiurato in determinati casi da una adeguata prevenzione degli eventi trigger e dal riconoscimento delle fasi iniziali del ciclo dell'aggressività, onde poter agire tempestivamente con una efficace de-escalation emotiva o eventualmente con altre strategie non coercitive. Di fondamentale importanza risulta, anzitutto, una corretta gestione/organizzazione dell'ambiente di lavoro e il contesto onde prevenire sul nascere l'insorgenza di fenomeni trigger e limitare l'accesso del paziente a luoghi pericolosi o a strumenti con cui potrebbe danneggiare sé stesso o altri. Verranno analizzati tutti i seguenti aspetti relativi all'aggressività e alla contenzione non coercitiva, rimandando ad altre strategie coercitive solo ed esclusivamente in caso di fallimento di queste.

Formazione e aggiornamento del personale

Per una corretta gestione dell'ambiente e della relazione con il paziente, è fondamentale che il personale di reparto nel suo complesso sia adeguatamente formato ed addestrato rispetto alla capacità di confrontarsi con l'aggressività e nel saper attivare il contenimento relazionale dei comportamenti disturbanti o aggressivi, con aggiornamenti frequenti anche attraverso la verifica e revisione di episodi occorsi (Audit).

Anche se è improbabile che tutti gli operatori siano chiamati a effettuare in prima persona un intervento è altresì certo che prima o poi vi si troveranno coinvolti e devono essere in grado di decodificare rapidamente "quanto sta accadendo", di valutare se l'intervento sta avendo un buon esito o se è necessario predisporre a un successivo step.

In particolare è importante che tra gli operatori che verificano l'emergere di una situazione di aggressività prevedibile o espressa, sia da subito chiara la divisione dei ruoli: chi "guida l'intervento e si relaziona con il paziente", chi "verifica rapidamente la messa in sicurezza ambientale" (ad es. altri degenti ed eventuali familiari che vanno fatti allontanare con discrezione), chi "valuta la necessità di allertare le varie figure intra o extra ospedaliere deputate alla gestione dell'Ordine in spazi Privati o Pubblici" (Servizio di Vigilanza, Polizia Locale, FF. OO.), chi "individua lo spazio più adeguato dove condurre una negoziazione efficace col paziente".

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

Attualmente, il personale maggiormente formato ed esperto nella gestione delle urgenze rispetto al “rischio per l’integrità del paziente o di altri”, è il personale sanitario in servizio presso i reparti a maggior rischio di aggressione, ovvero il SPDC e il DEA.

Risulta dunque fondamentale promuovere e favorire la formazione e l’aggiornamento in qualsiasi contesto medico-chirurgico ospedaliero e non, indipendentemente dalla esposizione o meno ad un maggior rischio per l’incolumità. La formazione è necessaria per stabilire la necessità della contenzione fisica, laddove siano fallite le strategie e le procedure di negoziazione col paziente auto ed aggressivo e/o violento.

Da alcuni studi di evidence-based medicine, si evince che un team di personale sanitario adeguatamente istruito ed aggiornato nella pratica della contenzione fisica tende a ricorrervi meno frequentemente se paragonato ai team di colleghi meno esperti ed aggiornati in tale materia.



Cura ed organizzazione del contesto ambientale e delle modalità relazionali

La prima prevenzione degli episodi di agitazione psicomotoria e aggressività consiste in un’adeguata cura del personale e dell’ambiente di reparto.

Rientrano in questo punto i vantaggi che derivano dal rispetto di un proporzionato numero delle varie figure professionali in servizio, una turnazione che faciliti il recupero psicofisico, dalla qualità architettonica e degli arredi degli ambienti (luce, ventilazione, spazi di relax, spazi aperti ecc.), dal mantenimento in buone condizioni delle suppellettili (con manutenzione continua).

È rilevante, l’atteggiamento e i toni utilizzati dal personale nel corso del turno di lavoro, che devono essere calmi, empatici e professionali, evitando reazioni di disinteresse e abnormi, simmetrie relazionali e atteggiamenti francamente oppositivi o provocatori.

L’accesso a farmaci, ad oggetti contundenti o taglienti (a parte alcuni effetti personali dei pazienti e per consentire i pasti) è riservato al personale di reparto: spesso eventi auto ed eteroaggressivi sono facilitati dall’accesso a oggetti “utili” a questo fine oppure è possibile un’attivazione dell’aggressività secondaria ad un furto di beni personali subito (o supposto). Le ragioni della custodia degli oggetti personali e di tutte le limitazioni presenti in reparto vanno chiarite ed esplicitate nella carta dei servizi fornita al momento del ricovero.

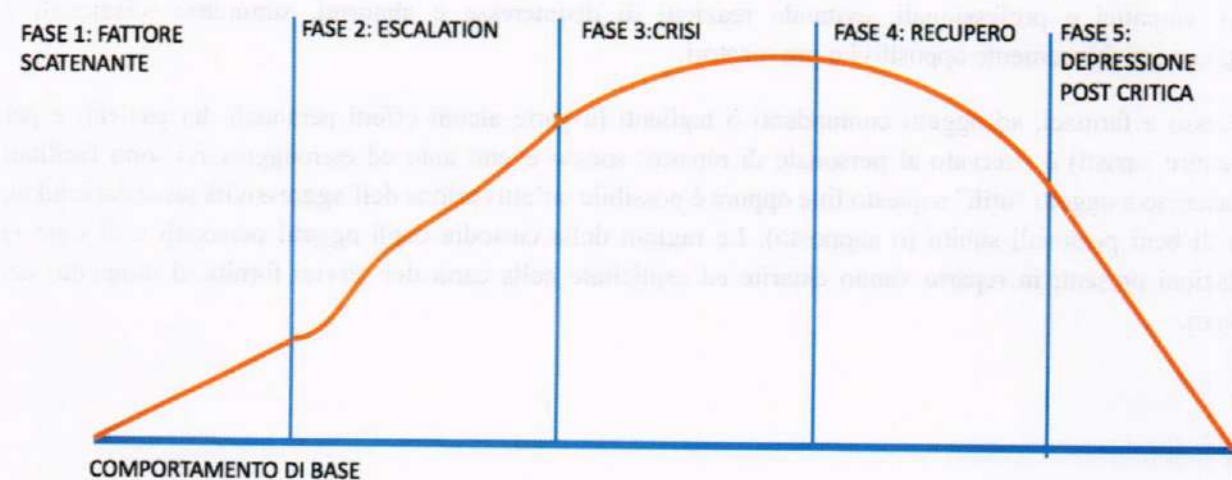
	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52



Ciclo dell'aggressività

CICLO DELL'AGGRESSIVITA'

Il ciclo dell'aggressività è descritto in letteratura scientifica al fine di declinare nella realtà clinica tutti gli interventi più efficaci. La sua conoscenza implica l'acquisizione di due concetti chiave:

- **L'AROUSAL.** È un'attivazione psicomotoria con cambiamenti emotivi, fisici, psicologici; è caratterizzato da attivazione dell'apparato cardiocircolatorio, del Sistema Nervoso Centrale e Periferico, della muscolatura scheletrica, rimodulazione delle abituali capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi (focalizzate sul qui e ora); spostamento del focus attentivo percependo se stessi al centro del contesto. L'organismo a seguito di tale attivazione si prepara all'attacco o alla fuga, in risposta ad un'emozione di allarme che potrà esitare in paura;
- **IL CICLO DELL'AGGRESSIONE E FASE DI ESCALATION.** Il ciclo dell'aggressione è caratterizzato da cinque fasi, la prima prevede la presenza di fattori scatenanti; la seconda, detta fase di *escalation* (in cui si raggiunge progressivamente il punto di non ritorno); la terza, propriamente detta della crisi; una quarta fase di recupero, nella quale l'aggressività tende a ridursi ma è sempre possibile l'innesco di ulteriori crisi, e infine una quinta fase di depressione post critica. Gli interventi terapeutici di *de-escalation* sono tutti mirati a prevenire o a invertire la fase di *escalation*. Se si raggiunge la fase di crisi questo tipo di interventi sono inefficaci. Nei casi di crisi gli interventi sono di tipo psicofarmacologico definiti con il nome di tranquillizzazione rapida. È importante precisare che quest'ultima segue sempre gli interventi di *de-escalation* e vede la sua totale applicazione solo quando gli stessi sono falliti (vedi paragrafi successivi).



	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

Ciclo dell'aggressività: sistema predittivo di un comportamento

Lo stato di attivazione psico-fisica (arousal) che conduce all'agitazione psicomotoria o ad un comportamento francamente aggressivo e/o violento del paziente, può essere descritto come un ciclo contraddistinto da fasi, in cui l'aggressività del paziente aumenta progressivamente, fino a raggiungere uno stato di plateau, cui corrisponde la vera e propria aggressione fisica a danni di un'altra persona. Alla fase di plateau segue poi un progressivo decremento dell'eccitamento e dell'aggressività, fino alla risoluzione dell'agitazione e all'instaurarsi di una fase di down depressivo, cui di solito sussegue il ritorno allo stato basale di quiete. Il seguente andamento descritto è noto come "ciclo dell'aggressione" di Maier e Van Rybroeck. Si riconoscono 5 differenti fasi, cui devono corrispondere differenti strategie di gestione dell'urgenza etero aggressiva:

- ✓ *Fase del trigger* - Uno o più trigger specifici si presentano, alterando lo stato di quiete del paziente e rendendolo irrequieto e più pronò alla polemica. Questi trigger possono essere in parte dipendenti dalle cause del ricovero ed in parte dipendenti dall'ambiente di ricovero in cui il paziente è inserito (es: stato di intossicazione o di astinenza da una sostanza di abuso; smarrimento di un oggetto personale; effetto collaterale iatrogeno mal tollerato; ambiente troppo chiassoso o scenario di pregressi atti di violenza; ideazione delirante a sfondo persecutorio; eccitamento psicomotorio con note disforiche, ecc.). In tali circostanze, il personale infermieristico o il paziente stesso possono sollecitare il contatto del medico con l'assistito. Il medico non deve esimersi da tale responsabilità, né ritardare l'ascolto ed il confronto con il paziente. L'approccio più funzionale è l'ascolto assertivo e la comprensione delle difficoltà del paziente, che dovrebbero essere indirizzate, ove possibile, alla risoluzione dei trigger o alla negoziazione di soluzioni più adeguate. Al paziente deve essere garantito il rispetto dovuto e deve essere valutata e considerata la volontà espressa, in quanto il mancato soddisfacimento delle sue necessità può complicarsi con il passaggio alla fase di escalation. Potrebbe essere necessario l'allontanamento del paziente, ove possibile, dall'evento trigger fino a risoluzione con ritorno alla fase di quiete.
- ✓ *Fase dell'escalation*. Il paziente mostra un incremento progressivo dell'eccitazione, fino al raggiungimento dello stato di agitazione psicomotoria, con alta partecipazione emotivo-affettiva e incremento del rischio di agiti etero/auto aggressivi, volontari e involontari. Compaiono spiccati segni di iper-arousal, come tono di voce alto, aumentata motricità afinalistica, iperidrosi e variazioni nella distanza interpersonale con l'interlocutore. Il paziente mostra un vissuto di sé ipertrofico e atteggiamenti minacciosi o terrorizzanti nei confronti del personale di reparto. Il personale sanitario deve necessariamente mantenere la calma ed il controllo, evitando di dare le spalle al paziente. Il medico/psichiatra, o il personale sanitario entrato in empatia con il paziente, deve attuare la strategia della de-escalation emotiva, contenendo l'agitazione ed il carico emotivo del paziente nel contesto della relazione. Può essere necessario anche in questa fase, se possibile, l'allontanamento del paziente dall'evento trigger. Data l'alta partecipazione emotiva del paziente, potrebbe essere preso in considerazione il contenimento farmacologico non coercitivo del paziente, che può avere anche lo scopo di fornire una soluzione all'evento trigger causale della fase di escalation (es: terapia benzodiazepinica per os nella gestione dell'agitazione psicomotoria in un paziente con sintomi da astinenza alcolica).
- ✓ *Fase della crisi* - La fase della crisi corrisponde al raggiungimento del plateau del ciclo di aggressione, ove la partecipazione affettiva e motoria del paziente è massima ed il paziente può procurare lesioni a sé stesso e ad altri, oppure tentare di allontanarsi dal contesto in cui si sta effettuando l'intervento. Questa



è la fase in cui altre strategie contenitive non coercitive hanno fallito nel prevenirne l'insorgenza. In caso di immediato pericolo per l'incolumità fisica o la vita del paziente, o di un danno grave alla sua salute, vengono attuate misure coercitive di contenimento farmacologico e/o fisico dei pazienti in Stato di necessità, indipendentemente dal regime di ricovero volontario o obbligatorio. Una strategia di contenimento emotivo che può essere presa in considerazione in questa fase è la tecnica dell'*holding*, in cui il paziente viene contenuto dall'abbraccio stretto degli operatori, fino a risoluzione dello stato di agitazione e/o alla somministrazione di una terapia farmacologica in estemporanea.

- ✓ *Fase del recupero* - In questa fase, l'eccitamento emotivo e motorio del paziente va progressivamente incontro a risoluzione, con tempistiche variabili e differenti da caso a caso. Il paziente non ha raggiunto lo stato di quiete e può tendere ad interpretare malevolmente le intenzioni degli operatori col rischio di un re-innesco dell'agitazione psicomotoria, anche in risposta a rielaborazioni/riesposizioni all'evento trigger. Il paziente deve essere osservato con attenzione, ma mantenendo le dovute distanze e limitando la stimolazione eccessiva. Nel caso di una evoluzione negativa ove, secondo la logica "*ubi maior minor cessat*" (riferito alla situazione), è stato necessario disporre la contenzione fisica, è indispensabile lavorare precocemente nel senso di una nuova e salda relazione terapeutica, in quanto la contenzione fisica come già accennato, potrebbe avere come conseguenza la compromissione della relazione terapeutica stessa: il paziente dovrà essere informato della natura straordinaria, necessaria e temporanea della contenzione fisica, tentare di negoziare il consenso, prospettando una visione ottimistica di ripresa e informandolo, in maniera semplice e, se è in grado di comprenderli, sui criteri in base ai quali si può prendere in considerazione il termine dell'evento contenitivo. Il contatto con il paziente deve essere, tuttavia, chiaro e limitato onde evitare tentativi di manipolazione, rielaborazioni o analisi complesse, visto che una riattivazione può ritardare la risoluzione dell'aggressività.
- ✓ *Fase della depressione post-critica* - A seguito della risoluzione del ciclo dell'aggressività, frequentemente compare una fase che precede il ritorno allo stato di quiete, in cui il paziente va incontro a deflessione del tono dell'umore, una fase reattiva post-critica, in genere con vissuti di colpa, vergogna e rimorso. In questa fase, è fondamentale riconsiderare la relazione terapeutica, e proporre iniziali tentativi di rielaborazione dell'evento accaduto, onde comprendere la necessità della contenzione ed analizzare eventuali vissuti negativi del paziente, come la vergogna o la colpa. La contenzione fisica non elaborata può compromettere l'outcome e ritardare i tempi di guarigione.

4.4 DE-ESCALATION

Il termine *de-escalation* indica e include una serie di interventi di desensibilizzazione allo scopo di contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività. Affinché la *de-Escalation* risulti efficace è indispensabile avere buone capacità d'ascolto, comprensione empatica, capacità di *problem solving*, assertività e capacità di mantenere la calma e il controllo. Talvolta iniziare una conversazione con toni pacati e neutrali può giovare al ritardo dell'*escalation*.

Può essere utile un approccio alla conversazione sdrammatizzante (**strategie di sdrammatizzazione**) ma che deve essere utilizzato con attenzione al fine di non sembrare banalizzante o svilente le istanze della persona.

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

È utile apparire fiducioso, mostrare calma, creare uno spazio di ascolto (anche fisico), parlare lentamente, con dolcezza e chiaramente, abbassare la voce, mantenere un contatto oculare adeguato e mai persistente, non discutere ma saper ascoltare manifestando reale interesse alla risoluzione del problema. Il linguaggio utilizzato deve essere in linea con quello dell'interlocutore per cultura e capacità di comprensione. Non è conveniente l'utilizzo di domande dirette e, in alcuni contesti, si può creare un clima accogliente anche offrendo acqua o cibo.

Per esercitare nella maniera migliore le strategie di sdrammatizzazione sono fondamentali le tecniche comunicative sia di tipo verbale che non verbale. In questo genere di intervento sono considerate estremamente rilevanti quelle non, ma ovviamente un errore nella comunicazione verbale può risultare fatale nella riuscita dell'intervento.

Nelle tabelle nelle pagini successive sono rappresentate schematicamente le regole della comunicazione verbale e non verbale e le principali tecniche ad esse sottese.

Per mettere in atto una corretta *de-escalation* sono necessari cinque steps che riguardano l'operatore nel suo stato emozionale e le sue capacità di gestione dello stesso e undici tecniche da impiegare in modo bilanciato con la persona.

4.5 GLI STEP DELLA DE-ESCALATION



STEP 1: Riconoscere la rabbia. La rabbia consiste nella scelta di un range di comportamenti messi in atto in situazioni di emergenza; implica comportamenti che possono dare benefici a chi li mette in atto (ricevere attenzioni da parte degli altri, evitare ciò che non si desidera, avere il controllo degli altri o della situazione);

STEP 2: Riconoscimento del proprio stato d'animo da parte dell'operatore. La persona del team scelta per parlare con il paziente dovrà essere consapevole costantemente delle proprie emozioni;

STEP 3: Controllare il proprio stato emotivo. Qualora l'operatore dovesse provare rabbia, deve essere a conoscenza di tecniche di gestione della stessa e essere pronto a chiedere sostegno qualora le stesse risultino inadeguate;

STEP 4: Effettuare un rapido *self assessment* ponendosi le seguenti domande:

- *Posso evitare di criticare e di evidenziare errori con la persona arrabbiata?*
- *Posso evitare di essere giudicante?*
- *Posso evitare il conflitto?*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

- *Posso provare a mettermi nei panni della persona arrabbiata e provare ad assumere il suo punto di vista, comprendendone i bisogni?*
- *Ho chiaro che il mio dovere è innanzitutto mantenere la calma e tutelare la sicurezza di pazienti e personale?*

STEP 5: Riconoscere i segnali di allarme attraverso i cambiamenti comportamentali dell'interlocutore. È utile far capire di aver riconosciuto l'imminente cambiamento comportamentale e riuscire a parlarne apertamente, in modo da ridurre lo stress e la frustrazione che possono conseguire dalla sensazione dell'altro di sentirsi non compreso.



4.6 LE TECNICHE DELLA DE-ESCALATION

Le tecniche di *de-escalation* sono efficaci a diminuire il livello di tensione, di energia e quindi, anche dell'emozione del momento.

Necessitano di una buona capacità d'ascolto, comprensione empatica, effettiva capacità di *problem-solving*, assertività, capacità di mantenere la calma e il controllo.

Le principali tecniche sono:

- **TECNICA 1. *Talk down*.** Il *talk down* è una tecnica semplice e intuitiva, che consiste nel diminuire progressivamente il proprio tono di voce, questo induce spontaneamente nell'altro una riduzione del proprio tono di voce adeguandosi inconsapevolmente all'interlocutore. La riduzione del tono di voce può avere un effetto di disinnesco della rabbia/aggressività. Il principio di questa tecnica è l'opposto delle interazioni di tipo agonistico e simmetrico, nelle quali la persona contrasta il team e la struttura che rispondono "a tono", con l'unico risultato di un peggioramento della tensione complessiva.
- **TECNICA 2. *Time out*.** Ha il fine di interrompere i comportamenti negativi e aggressivi. Il *time out* deve essere considerato un modo per invitare il soggetto a riflettere, a riprendere il controllo delle proprie emozioni ed evitare ulteriori situazioni disfunzionali. La persona è allontanata dalla situazione in cui ha manifestato il comportamento problematico, in modo da essere isolata da qualunque fonte di rinforzo e si invita a permanere in un luogo più tranquillo e privo di stimoli, dove potrà rimanere fino a quando il segnale di un timer indicherà la fine del periodo (*time out*). Nel mettere in atto tale tecnica è importante mostrarsi sicuri, essere fermi e coerenti e non mostrare intenti punitivi ma solo rivolti alla risoluzione del problema. Di particolare importanza durante il *time out*, è il soffermarsi insieme alla persona sullo stato emotivo sperimentato, così da delineare al meglio quali tipo di stimoli, interni o esterni, hanno contribuito alla messa in atto del comportamento indesiderato. È necessario, successivamente, far

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p align="right">REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="right">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>

comprendere che l'intero team ripone fiducia nella persona e che si è certi sulle sue capacità di gestire diversamente la crisi.

- **TECNICA 3. Semplice ascolto.** Consiste nel dedicare tempo di ascolto ad una persona arrabbiata per sfogare le tensioni e le frustrazioni (es. ascoltare quello che sta dicendo, dando feedback tramite espressioni come “uh-uh ...”, “sì ...”, “vai avanti ...”, ecc.).
- **TECNICA 4. Ascolto attivo.** Un ascolto attivo prevede una posizione dell'interlocutore improntata all'empatia, alla capacità di ascolto e di leggere gli eventi dalla prospettiva dell'altro. È evidente che oltre agli elementi meramente contenutistici influiscono alla sua determinazione anche gli aspetti non verbali. Il clima nel quale si svolge è di fattivo desiderio di collaborazione lontano dalla modalità asettica di una consulenza. Rispetto alle tecniche di ascolto attivo risultano importanti cinque punti: i) introdursi, ii) “I” Statements, iii) ribadire, iv) rispecchiare e v) riflettere, parafrasare e riassumere.

Alcuni esempi:

1. *Introdursi* promuove la comunicazione:

- *“Buongiorno”/“Buon pomeriggio”; “Io sono ...”*
- *“Come si chiama / come ti chiami?”*
- *Essere preparati a spiegare le motivazioni per cui si è lì.*

2. *“I” Statements:* esplicitare chiaramente con brevi affermazioni cosa si sta vedendo e sentendo. Tale tecnica promuove l'ascolto, la partecipazione, la comprensione e l'interessamento.

- *“Noto che sei/è turbato/arrabbiato.”*
- *“Sento dalla tua/sua voce che sei/è _____.”*
- *“Sono qui per aiutarTi/La.”/“Voglio aiutarTi/La.”*
- *“Mi preoccupa per la tua situazione. . . Ho tempo. . . Sto ascoltando. . .”*
- *“Apprezzo il tuo/suo aiuto e la tua/sua collaborazione.”*
- **TECNICA 5. Riconoscimento.** L'ascoltatore tenta di individuare l'emozione sottostante, le parole che la persona usa e i commenti sull'emozione stessa. La comprensione e la condivisione di ciò che una persona sente, facilita la risoluzione dell'emozione stessa.
- **TECNICA 6. Tollerare il silenzio.** Il silenzio, elemento essenziale di ogni colloquio, permette alla persona arrabbiata di riflettere e pensare. Il silenzio non deve essere fonte di disagio per gli operatori che ne devono conoscere l'utilità e il significato.

**PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 52

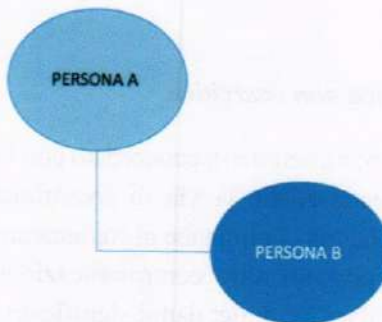
- **TECNICA 7. Accordarsi.** In un colloquio non è difficile individuare, nonostante la rabbia, un punto in cui si concorda con la persona. Condividerlo e enfatizzarlo può porre le basi per un'interazione costruttiva.
- **TECNICA 8. Scusarsi.** Qualora ci sia stato qualcosa di "ingiusto" o incomprensioni, è utile scusarsi. Le scuse, se sincere, testimoniano una predisposizione senza pregiudizi ed empatica dell'ascoltatore.
- **TECNICA 9. Invitare alla critica.** Chiedere alla persona arrabbiata cosa ritenga di sbagliato e per quale motivo è arrabbiato con l'ascoltatore (es. "cosa sto facendo di male che ti rende così arrabbiato con me? Dimmi pure tutto ciò per cui sei arrabbiato ..."). In una prima fase questo invito può, a volte, intensificare la rabbia, ma successivamente, se rinnovato, la persona tende a sfogarsi verbalmente e a ridurre il rischio di agiti violenti.
- **TECNICA 10. Sviluppare un piano.** Chi gestisce il colloquio è necessario che pianifichi diverse strategie in base alle variabili che emergono progressivamente. Arrivare sprovvisti di risorse in una fase di peggioramento dell'*escalation* può creare sviluppi negativi inattesi.
- **TECNICA 11. Quando tutto risulta inefficace.** In alcune circostanze la *de-escalation* non ha alcun risultato. In tali situazioni la sicurezza del personale e degli altri pazienti o altre persone, se presenti, è fondamentale. A questo punto si opta per un *ultimatum* che una volta dichiarato deve essere portato a compimento con risolutezza. A tale scopo deve essere "dichiarato" quando le forze in campo siano a pieno vantaggio degli operatori sanitari e, se presente, della forza pubblica. È evidente che si tratta, per le ricadute relazionali con la persona, di una *extrema ratio* che deve essere utilizzata solo in condizioni avverse.

Comunicazione Verbale	Comunicazione Non Verbale
<ul style="list-style-type: none"> • Presentarsi il prima possibile • Tono di voce calmo e chiare • Modulazione della prosodia • No domande dirette • Prediligere domande aperte • Dosare i riferimenti alla propria condizione personale • Non anticipare le risposte 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitare posture che possano suggerire un atteggiamento di chiusura o autorità • Comunicare allo stesso livello del paziente (es. seduti o in piedi) • Controllare la propria mimica facciale, assicurarsi che sia coerente con i contenuti espressi • Mantenere la distanza fisica ad almeno di 1 metro (può essere necessario aumentarla di 3 volte in risposta ad una aggressione verbale; al diminuire della risposta aggressiva potrà diminuire anche la distanza) • Evitare il contatto fisico con il paziente • Padroneggiare il contatto visivo (mantenere lo stesso contatto visivo che si avrebbe con una persona non aggressiva, evitare sguardi intimidatori)

- Talk down
- Negoziazione
- Ascolto attivo
- Enfatizzare l'impatto sociale che il comportamento del paziente ha avuto e definirsi come colui che è lì per aiutarlo e non per reprimerlo
- Individuare con la persona l'eventuale *trigger*
- Mostrarsi in grado di cambiare opinione

- Posizionare il proprio corpo ad un lato del paziente, in modo da formare con lui un angolo retto, rimanendo fuori dallo spazio personale (circa 3 metri), e tenendo le braccia rilassate lungo i fianchi e i piedi leggermente divaricati
- Essere caldi e accessibili, tono di voce tenue, espressioni facciali idonee (es. *sorridere, espressioni di cordialità e accettazione, etc.*), gesti di apertura e accoglienza, consentire alla persona di decidere la distanza spaziale (varia in base a differenze culturali e personali); un tale atteggiamento viene riassunto dalla cosiddetta posizione "SOLER":



- Sit squarely = Sedersi ad angolo retto
- Open Posture = Postura aperta
- Lean Forward = Inclinazione in avanti
- Eye Contact = Contatto visivo
- Relax = Tranquillità



Le regole della comunicazione verbale e non verbale

De-escalation dell'aggressività

La *de-escalation* è una tecnica di contenimento relazionale dell'aggressività che si prefigge l'obiettivo di ridurre l'agitazione psicomotoria del paziente attraverso una comunicazione calma e rispettosa, ascoltando le sue necessità/problematiche e tentando di porvi rimedio tramite soluzioni concrete o compromessi (talk down). Prevede l'accoglimento della agitazione e della frustrazione del paziente nella relazione, attraverso un processo

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

di negoziazione, con l'obiettivo di attenuare o risolvere la componente emotiva e allontanare, ove possibile, il paziente dall'evento trigger.

Frequentemente, gli operatori inesperti pongono maggiore attenzione alla comunicazione verbale, trascurando gli aspetti non verbali. Al contrario, non vanno trascurati:



- ✓ prossemiche, come una corretta postura e un utile posizionamento, un adeguato distanziamento interpersonale e l'evitamento del contatto fisico con il paziente, laddove non necessario;
- ✓ cinesiche aperte e rilassate, evitando di fissare il paziente negli occhi, senza comunque perderlo di vista o voltargli le spalle;
- ✓ la decodifica di segni naturali e artificiali del paziente per definire le possibilità e i limiti della negoziazione. In alcuni casi può risultare utile l'uso di oggetti di mediazione per favorire l'instaurarsi di un clima familiare (offrire cibo, bevande, invitare il paziente a fumare o a fare una passeggiata);

Sia sul piano verbale, sia sul piano non verbale va mostrata comprensione e accoglienza della componente emotiva del paziente, che il suo comportamento non rende facile il compito degli operatori nel fornirgli aiuto e non lo agevola nell'ottenimento dei suoi obiettivi. Le tecniche di *de-escalation* rappresentano l'architrave nelle strategie di gestione dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività e la formazione del personale sanitario è, talvolta, dirimente in situazioni in cui l'emotività può raggiungere livelli abnormi.

Somministrazione farmacologica non coercitiva

Il contenimento farmacologico non coercitivo, concordato con il paziente che riconosce la difficoltà nel gestire i suoi comportamenti, comprende anche la via di somministrazione per via orale, che dovrebbe essere privilegiata in un paziente con buona compliance al trattamento, che non presenti deficit organici o iatrogeni della deglutizione o che non presenti altre controindicazioni alla assunzione orale (es: intolleranza agli eccipienti contenuti nella formulazione orale; danni significativi all'apparato gastrointestinale in pazienti con tentato suicidio per ingestione di caustici; patologie gastrointestinali che ne controindichino la somministrazione, come il vomito; occlusioni di natura neoplastica; fobia relativa alla deglutizione delle compresse).

Una valida alternativa è la somministrazione intramuscolare, che amplia la tipologia di farmaci utilizzabile. La via intramuscolare è di più rapida somministrazione e non costringe il paziente ad attendere il termine della infusione; inoltre, non espone al rischio di dover gestire una eventuale ripresa della agitazione in un paziente con agocannula in sede, che potrebbe contaminare l'ambiente e/o contagiare gli operatori per fuoriuscita ematica dall'accesso venoso, oltre ad essere causa di lesioni. La via intramuscolare è dunque da preferire nei pazienti più aggressivi e dal comportamento meno prevedibile.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 52

Tenendo conto dei differenti effetti collaterali relativi ai singoli farmaci utilizzabili, la scelta del farmaco necessita l'analisi del quadro clinico del paziente. Fondamentale è l'osservazione dei pazienti e la pronta assistenza ove necessario, in quanto la sedazione indotta da farmaci aumenta il rischio cadute. Ove necessario, indicato e possibile, si procede, alla valutazione del tracciato ECG con QTc.

Uso di supporti meccanici con il consenso del paziente

La limitazione del movimento è considerata privazione della libertà personale solo quando il movimento limitato è un movimento volontario, compatibilmente con la capacità di movimento consentita dallo stato di coscienza del paziente. Se non si lede tale libertà, l'uso di supporti meccanici che limitano il movimento non va considerato alla stregua di una contenzione fisica; può anzi stabilizzare l'equilibrio del paziente (ad esempio, sulla carrozzina) e consentirgli maggiore libertà di azione, fungendo da piano d'appoggio (ad esempio, il tavolino da carrozzina utilizzato per consumare il pasto o scrivere). Tali supporti risultano dunque contenitivi e coercitivi quando vengono utilizzati per scopi diversi da quelli enunciati, limitando dunque la libertà di movimento del paziente, che non è in grado di rimuovere l'ostacolo posto e potersi spostare liberamente nell'ambiente di reparto.



L'uso di supporti meccanici per scopi non coercitivi può essere concordato con il paziente, e condiviso con familiari e/o care-givers.

5. ANALISI DI NORME E RIFERIMENTI

La contenzione meccanica è l'esempio di come un atto genericamente illecito può divenire consentito o, a volte, doveroso quando il sanitario ravvisa lo "stato di necessità" (art. 54 c.p.) applicabile in presenza di imminenza ed attualità del pericolo; non evitabilità del "danno grave" con altri mezzi e tenendo conto del principio di proporzionalità.

Anche l'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., 11.03.05) è di fondamentale importanza.

Dunque esistono casi eccezionali in cui il ricorso alla contenzione fisica è lecito in quanto previsto per disposizione di legge e casi eccezionali in cui il Codice Penale prevede cause di giustificazione: l'intervento per impedire un danno (art. 40), l'aver agito col consenso dell'avente diritto (art. 50) o per l'adempimento di un dovere (art. 51) o nello stato di necessità (art. 54) o, in caso di paziente aggressivo, anche per legittima difesa (art. 52) oltre che per stato di necessità.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

La normativa di riferimento è riportata nell'Allegato 1.

Il ricorso alla contenzione fisica in stato di necessità appare giustificato dalla necessaria presenza di alcuni requisiti e condizioni:



- va considerato un atto straordinario, eccezionale, e opportunamente motivato;
- è di durata limitata per il tempo strettamente necessario alla risoluzione delle condizioni che l'hanno motivato;
- è indicato solo in caso di necessità reale e solo quando altre opzioni di gestione del caso hanno fallito;
- deve esserci evidenza di un pericolo attuale e immediato
- il pericolo deve prevedere un danno alla vita o all'integrità personale, sia essa del paziente o di terzi;
- la gravità del possibile danno deve essere imminente ed oggettiva;
- la contenzione deve essere proporzionale al pericolo da evitare.

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 c.p., Adempimento di dovere, Art 54 c.p. Stato di necessità, Art 93 c.p. 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).

La contenzione fisica in Italia può aver luogo sia in pazienti maggiorenni che minorenni (alcune norme europee ne fanno divieto) ricoverati volontariamente che in TSO.

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 ha la finalità di somministrare trattamenti (di solito farmacologici) che il soggetto rifiuta a causa della propria alterazione psichica.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52



Le indicazioni alla contenzione meccanica, che va eseguita nel rispetto del principio di proporzionalità, sono le seguenti:

1. **Imminenza ed attualità del pericolo;**
2. **Non evitabilità del “danno grave” con altri mezzi;**
3. **ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità, accanto alla sussistenza del pericolo attuale del danno grave è necessario che non vi sia altra concreta possibilità di salvezza priva di disvalore penale Cass., Sez. 3, Sentenza n. 17592 del 12/01/2006**

La decisione dell'intervento di contenzione è di pertinenza del Dirigente Medico Responsabile

In assenza, a qualsiasi titolo, del Responsabile del reparto, la decisione spetta al Dirigente Medico di guardia. (Art. 60 R.d. n 615 del 1909; art. 32 comma 4 Codice Deontologia Medica 2014, Sentenza penale della Corte di Cassazione Sez. 5 n. 50497 del 20/06/2018) per cui:

- la contenzione non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica, non ha una finalità di carattere terapeutico;
- la contenzione deve comunque essere prescritta dal medico in quanto ha natura “assistenziale prescrittiva” che richiede la “valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica”;
- la contenzione è una pratica eccezionale che può essere giustificata solo con il ricorso allo stato di necessità, ex art. 54 cp;
- compete al medico prescrivere la contenzione e compete ai medici che si alternano nei turni e nelle guardie riconfermare la contenzione dopo valutazione e procedere all'annotazione in cartella clinica che serve (anche) per la dimostrazione degli elementi che portano allo stato di necessità;
- la prescrizione della contenzione non è da considerarsi un “ordine gerarchico” rivolto agli infermieri dal medico;
- compete agli infermieri la verifica della correttezza della contenzione come obbligo giuridico e deontologico autonomo e diverso da quello del medico.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

6. BUONE PRASSI PER LA CONTENZIONE FISICA

Contenzione fisica

La contenzione fisica consiste nella limitazione del movimento del paziente, ostacolando la piena libertà, attraverso l'uso di strumenti fisici che ne fissano parte del corpo ad una struttura rigida o che si frappongono tra il paziente e lo spazio circostante, ostacolando il movimento nella sua piena escursione.

La contenzione adottata può quindi ostacolare l'allontanamento del paziente dalla carrozzina o dal letto (spondine e tavolini) o impedire il completo movimento di una o più parti del corpo (fasce di contenzione), specifiche per paziente allettato e per il paziente in carrozzina.

La contenzione fisica con fasce di contenzione al letto è una strategia che può essere utilizzata in urgenza, come alternativa alla contenzione farmacologica, o in ausilio a questa e spesso è il presupposto per poter effettuare terapie farmacologiche di tranquillizzazione rapida.

Le differenti tipologie di contenzione e la descrizione del materiale, dei dispositivi e delle attrezzature sono riportate nell'Allegato 2.

L'atto della contenzione fisica è un procedimento complesso, che non si limita esclusivamente al mero atto di contenere il paziente. Al fine di praticare tale procedura con precisione, prevenendo eventuali rischi e complicanze, occorre approcciare la contenzione fisica in ogni aspetto che a questa sia direttamente o indirettamente correlato.



Occorre gestire adeguatamente l'ambiente di Reparto, prevenendo l'insorgenza di ostacoli o complicazioni durante l'atto della contenzione.

Occorre inoltre eseguire delle adeguate valutazioni relativamente alla durata della contenzione, che dovrà limitarsi alla remissione dell'urgenza che ne ha richiesto l'attuazione.

Occorre infine definire un protocollo del monitoraggio del paziente contenuto, relativamente al periodo della sua contenzione, così come al periodo successivo alla de contenzione.

Gestione dell'ambiente di Reparto

L'ambiente di Reparto va adeguatamente gestito ed organizzato anche in previsione della procedura della contenzione fisica; eventuali visitatori o familiari presenti in quel momento andrebbero allontanati dal Reparto quanto prima, preferibilmente sin dalla fase di escalation (nel caso in cui l'urgenza fosse una crisi di agitazione psicomotoria). Gli operatori sanitari devono allontanare gli altri pazienti dalla scena, onde evitare

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

coinvolgimenti o eccessive stimolazioni sensoriali per il paziente. L'ambiente di Reparto dovrebbe essere sempre adeguatamente mantenuto in ordine, evitando che oggetti o mobili ostacolino le operazioni del personale sanitario nella normale routine; nell'eventualità in cui fossero presenti ostacoli temporaneamente posizionati in sede, questi vanno rimossi quanto prima. Bisogna porre attenzione a eventuali liquidi o soluzioni dispersi sul pavimento, che potrebbero causare scivolamenti e traumatismi.

Il medico/psichiatra presente, o eventualmente un operatore sanitario con cui il paziente fosse entrato in empatia, cerca di interloquire col paziente usando la procedura di *de-escalation* dell'aggressività.

Possibilmente su indicazione medica, e solo se necessario, uno o più operatori iniziano a predisporre il letto (preferibilmente non dove si sta interloquendo col paziente per evitare che questa operazione sia un ulteriore trigger di aggressività) con le fasce di contenzione per i quattro arti; è necessario che parte del personale monitori costantemente il paziente, garantendo totale assistenza. Se nella stanza del paziente fosse presente un eventuale compagno, questi va allontanato, nel rispetto della sua incolumità.

Procedura della contenzione

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 (varie figure professionali) per attuare la contenzione fisica a letto del paziente, di norma, non deve essere inferiore a quattro.



Tutti gli operatori dovranno indossare dispositivi di protezione individuale, quali mascherine, guanti, e camici.

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 (uno 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).

La responsabilità della prescrizione della contenzione fisica è del medico che la dispone e collabora con gli altri operatori, in primis gli infermieri, per la sua attuazione.

Il medico e gli operatori hanno la responsabilità del monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Uno degli operatori assume il ruolo di starter e gli altri devono agire in modo sincrono e coordinato per l'immobilizzazione del paziente, e per posizionarlo a letto ed applicare le fasce di contenzione.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Il primo compito, ove possibile, consiste nel convincere il paziente ad allontanarsi dallo scenario della urgenza, recandosi con lo starter in un luogo più sicuro e riservato dove potersi confrontare sulle problematiche lamentate dal paziente; lo starter dovrà cercare di convincere il paziente a raggiungere la propria stanza; gli operatori del team dedicato alla contenzione dovranno accompagnare lo starter, seguendo il paziente. Una volta raggiunta la stanza del paziente, lo starter esporrà al paziente la necessità di praticare in via straordinaria e temporanea la contenzione fisica e cercherà di ottenerne il consenso e la collaborazione; nel farlo, gli dovrà mostrare rispetto e dovrà mantenere un atteggiamento calmo ed empatico, come previsto dalla tecnica della *de-escalation*.

All'atto della contenzione, ciascun infermiere dovrà praticare il contenimento sincrono di uno dei quattro arti e l'applicazione delle fasce (o sincrona o in sequenza, dipendentemente dal grado di irrequietezza del paziente), limitando le possibilità di movimento del paziente e prevenendo tentativi di fuga o di aggressione. Nell'immobilizzare l'arto si avrà premura di non traumatizzare le articolazioni. Durante il contenimento, si dovrà mantenere un colloquio con il paziente quanto più possibile finalizzato a rasserenarlo, fornirgli informazioni sulla procedura ridefinendone la condizione di necessità e la durata limitata.

Se si è nel numero di cinque operatori, chi dirige la contenzione controlla, in maniera adeguata, i movimenti della testa e del tronco.



L'immobilizzazione va eseguita sempre con la mano a palmo, esercitando una pressione sulla guancia del paziente, con il collo del paziente rivolto verso il lato opposto rispetto al posizionamento dell'operatore, ponendo attenzione a non cagionare distorsioni/distrazioni del tratto cervicale o ferite al volto del paziente. L'immobilizzazione del capo ha lo scopo di limitare eccessive escursioni del tronco, prevenire contaminazioni con la saliva espettorata dal paziente ed evitare lesioni da morso.

Se il paziente si mostrasse aggressivo e oppositivo fino al punto di rifiutare aprioristicamente di interloquire con gli operatori (ad es. per raggiunge un ambiente idoneo al colloquio), potrebbe risultare necessario praticare una immobilizzazione temporanea effettuata bloccando il paziente e avvalendosi nell'immediato di un trattamento farmacologico con somministrazione di farmaci per via intramuscolare; tale immobilizzazione può essere protratta fino alla iniziale riduzione della aggressività/agitazione per effetto del farmaco. In casi particolari, può essere necessario avere il supporto del personale di Agenti della Vigilanza interna o delle FF.OO.. È compito di ogni ASL disciplinare contrattualmente l'intervento della Vigilanza per quanto attiene il supporto del personale nella gestione di comportamenti aggressivi dei pazienti.

La procedura di contenzione non va presa in considerazione se non si dispone di risorse sufficienti.

L'intervento della contenzione meccanica del paziente deve essere registrata, indicando:

- la motivazione e l'eccezionalità delle circostanze che la rendono necessaria;

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52



- orario e data della contenzione;
- tipo di contenzione utilizzata;
- personale sanitario che ha partecipato alla contenzione fisica (medico prescrittore, operatori);
- strategie utilizzate per prevenire il ricorso alla contenzione fisica.

La registrazione viene effettuata da entrambe le figure coinvolte: Il medico registra la contenzione sul diario clinico e nel registro delle contenzioni del reparto, gli infermieri registrano la contenzione nella scheda di monitoraggio della contenzione e nella cartella infermieristica. La scheda di contenzione condivisa compilata dal medico e dall'infermiere si include alla cartella clinica alla dimissione.

A seguito dell'episodio di contenzione fisica, va organizzato un briefing per valutare gli aspetti del paziente, le dinamiche della contenzione ed i fattori scatenanti/causali, ponendo attenzione all'analisi del comportamento del personale coinvolto e di eventuali conseguenze/complicazioni insorte durante o dopo l'atto della contenzione. Andrà dunque disposta una strategia da seguire per monitorare le condizioni cliniche e valutare la prosecuzione della contenzione, programmando nuovi briefing giornalieri in caso si prolungasse la contenzione oltre i termini ideali.

Durata

La contenzione fisica non dovrebbe protrarsi oltre le 12 ore consecutive; quando necessario, può essere prolungata ma solo per il tempo necessario (e non oltre) alla risoluzione della condizione che ne ha richiesto la messa in atto. Ad episodio di contenzione in atto, qualunque intervento che interrompa a vario titolo, l'utilizzo dei dispositivi di restrizione meccanica, anche per brevissimi periodi (si citano ad esempio la decontenzione per raggiungere i servizi igienici, per alimentarsi, per igiene personale), deve essere considerato quale interruzione dell'episodio stesso; va pertanto registrata la data e l'orario di fine. Ove il medico decida di proseguire la contenzione fisica oltre le 12 ore, tale disposizione va registrata in diaria, nella cartella infermieristica e sul registro delle contenzioni, specificando le motivazioni che hanno richiesto la prosecuzione della contenzione fisica. Nel caso in cui la contenzione duri per più di 24 ore, bisogna fare riferimenti alle linee guida per la prevenzione di episodi trombo-embolici nel paziente allettato (38, 39). *Oltre le 12 ore di immobilizzazione comunque è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda. Il medico di guardia valuterà l'opportunità di predisporre un idoneo trattamento farmacologico preventivo, anche avvalendosi di specifica consulenza internistica. A riguardo di tale raccomandazione si ribadisce, come riportato in altre parti della presente procedura, che circa la tempistica di tali valutazioni ed interventi va posta particolare attenzione ai pazienti affetti da patologie cardio-vascolari*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

e cardiorespiratorie (compresa l'obesità) in quanto potrebbero richiedere l'avvio immediato di tale trattamento.

In ogni caso, ad ogni cambio guardia, il medico montante o il responsabile di reparto se presente deve riconfermare o interrompere la contenzione prescritta, dandone evidenza sulla documentazione clinica (cartella clinica, registro contenzioni, ecc.)



Monitoraggio ed assistenza

Il paziente contenuto va adeguatamente monitorato nel tempo: mantenendo una osservazione infermieristica a vista frequente (ogni 15-30 minuti in funzione delle specifiche condizioni cliniche del paziente); con misurazioni periodiche dei parametri vitali a intervalli di tempo predefiniti; adottando adeguate misure per la gestione dei rischi, del comfort e delle necessità fisiologiche del paziente.

Il controllo medico del paziente deve essere eseguito almeno ogni 2 ore, e deve essere garantito sempre nel caso in cui l'infermiere lo sollecitasse o il quadro clinico del paziente lo richiedesse. Il controllo medico va comunque ripetuto ad ogni cambio turno del personale. I controlli medici di pazienti con contenzione parzialmente restrittiva (ad es. sponde per il letto; fascia addominale/pubica di fissaggio del tronco alla carrozzina; tavolino per carrozzina) sono disposti in base alle necessità cliniche del paziente e a discrezione del medico prescrittore, così come la frequenza dei controlli del personale infermieristico e delle misurazioni dei parametri vitali.

L'infermiere ha la responsabilità dell'atto pratico della assistenza e del monitoraggio. Il controllo visivo del paziente deve avvenire almeno ogni quindici minuti; l'uso di telecamere a circuito chiuso non sostituisce il monitoraggio e l'assistenza diretta al paziente, il medico può disporre un'assistenza più assidua, in base al quadro clinico emerso. Il monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa; frequenza cardiaca; temperatura corporea; saturazione dell'ossigeno) va praticato ogni ora durante il turno diurno del personale infermieristico, ed ogni due ore durante il turno notturno. In caso di contenzione fisica con fascia toracica, risulta necessario monitorare la frequenza respiratoria, con intervalli tra le misurazioni disposti a discrezione del medico prescrittore, onde identificare precocemente un eventuale quadro di asfissia da compressione della gabbia toracica. Massima attenzione, si ribadisce, va dedicata ai pazienti in condizione di importante sovrappeso.

Vanno controllate le superfici di sfregamento con i bracciali e la fascia toracica di contenzione almeno quattro volte al giorno, onde rilevare e medicare eventuali lesioni insorte in sede. Onde prevenire il rischio di trombosi venosa profonda ed atrofizzazione dei muscoli, bisogna eseguire la mobilizzazione passiva degli arti a rotazione, per la durata di almeno dieci minuti ogni due ore.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

La frequenza dei controlli può essere intensificata su indicazione del medico prescrittore o se le condizioni cliniche del paziente lo richiedano (ad es. controllo della frequenza respiratoria e della saturazione dell'ossigeno in paziente con polmonite o con BPCO; controllo visivo intensificato per paziente in grave stato di agitazione; controllo intensificato dei parametri cardiaci in paziente con insufficienza cardiaca cronica). I controlli eseguiti vanno registrati immediatamente dal personale infermieristico nella scheda di monitoraggio della contenzione fisica, custodita nella cartella infermieristica, con indicazione della data e dell'orario del controllo. Gli esiti delle valutazioni a vista – previste espressamente dal protocollo – vanno annotate sulla cartella infermieristica esplicitando l'orario e, sinteticamente, quanto osservato.

Ogni variazione significativa delle condizioni cliniche del paziente deve essere tempestivamente comunicata al medico, che valuterà se proseguire la contenzione o interromperla.



Al paziente va garantito rispetto ed assistenza per i suoi bisogni. L'uso di cateteri urinari e pannoloni, permette di ovviare all'impossibilità di usufruire dei servizi igienici. Il cambio del pannolone è giornaliero e, comunque, da praticarsi ogni qualvolta fosse necessario.

Particolare attenzione va posta al controllo visivo del catetere urinario, in quanto frequentemente viene manomesso dal paziente, con intenzionalità o meno; occorre, inoltre, svuotare la sacca del catetere ogni giorno (o più volte, se venisse riempita rapidamente), tenendo il conto della diuresi nelle 24 ore. Alvo e diuresi vanno dunque strettamente controllati, onde eseguire i dovuti approfondimenti clinici in caso di alterazioni biochimico-strumentali.

Altri aspetti assistenziali fondamentali sono la cura e la pulizia del paziente e la nutrizione: ove le condizioni cliniche e la compliance lo rendessero possibile, bisogna praticare l'igiene del paziente, curandone l'aspetto e prevenendo l'insorgenza di patologie da scarsa igiene.

Per quanto riguarda la nutrizione, è possibile contenere temporaneamente il paziente a tre arti, permettendo che si alimenti autonomamente con il braccio dominante, a patto che sia sufficientemente compliant, sotto controllo visivo diretto di almeno due operatori e che non abbia alterazioni significative della deglutizione.

L'infermiere o l'OSS che assistono il paziente devono porre particolare attenzione a che non rimanga cibo non deglutito, onde prevenire il rischio di soffocamento da corpo estraneo o polmonite ab ingestis. Nel caso in cui fosse controindicata l'alimentazione autonoma, è possibile alimentarlo per via enterale con sondino naso gastrico o per via parenterale, impostando una dieta preferibilmente a seguito di consulenza nutrizionistica. Va assicurata adeguata idratazione al paziente e ove fosse in grado, e con assistenza dell'infermiere/OSS, deve essere aiutato a bere e motivato dal personale di reparto ad assumere acqua nelle quantità adeguate rispetto al fabbisogno giornaliero; in caso di impossibilità o controindicazione, va garantita adeguata idratazione per via endovenosa con soluzione fisiologica e/o glucosata.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Monitoraggio del pz rispetto al rischio di subire agiti aggressivi da parte di terzi.

La terapia psicofarmacologica/internistica del paziente va proseguita durante la fase della contenzione fisica, con variazioni della posologia a discrezione del medico prescrittore. Sarebbe consigliabile convertire la via di somministrazione farmacologica da enterale a parenterale, onde evitare complicazioni da deficit temporanei della deglutizione.

Decontenzione fisica

La decisione relativa alla decontenzione risponde agli stessi criteri della decisione della contenzione: dopo consultazione con tutti gli operatori in servizio, considerando eventuali altri fattori che la controindichino 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 registrata sul diario clinico, nella cartella infermieristica e sul registro delle contenzioni del reparto, indicandone data e orario, personale sanitario coinvolto nella decontenzione e motivazione (risoluzione delle condizioni che ne hanno disposto l'attuazione o insorgenza di condizioni cliniche che ne abbiano controindicato la prosecuzione).

Fondamentale è la valutazione della remissione del quadro clinico-comportamentale che ha richiesto in origine la contenzione fisica. Va inoltre valutata: l'integrità senso-motoria del paziente; l'equilibrio e la coordinazione motoria; lo stato di coscienza e l'eventuale stato di sedazione (37). Si valuta il rischio di caduta o di lesioni involontarie secondario allo stato del paziente e si definisce il rapporto rischio/beneficio della libertà di movimento.

A seguito della decontenzione, il paziente deve essere assistito ed osservato con attenzione, al fine di riconoscere tempestivamente episodi di riattivazione dell'aggressività e/o per il rischio cadute. Il paziente con equilibrio precario deve essere supportato in base alle proprie necessità, eventualmente con l'assistenza diretta di un operatore sanitario che lo aiuti a recuperare dell'autonomia nelle funzioni quotidiane. Il medico a discrezione propria può disporre l'assistenza più intensiva del paziente.

Nel caso in cui il medico valuti la permanenza di rischi per l'incolumità del paziente, per condizioni che sconsiglierebbero fortemente la libertà di movimento, è possibile ritardare la decontenzione fino alla riduzione completa delle condizioni di rischio, o ricorrere a mezzi di contenzione fisica parziale, per favorire la libertà di movimento/auto-mobilizzazione e per una maggiore stabilizzazione posturale e dell'equilibrio. Nel disporre

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>

tale tipologia di contenzione, il medico deve tentare di ottenere il consenso del paziente e/o dei caregivers/familiari/amministratore di sostegno/tutore.

Una volta avvenuta la decontenzione è necessario effettuare un debriefing con la persona che ha ricevuto l'intervento di contenzione.

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

Entro la giornata successiva alla decontenzione, viene raccomandato un briefing al quale prendono parte tutti gli attori della procedura (paziente, personale infermieristico, OOSS, coordinatore 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.



7. 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, sindromi psico-organiche) 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'équipe 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, ebbrezza o intossicazione da sostanze stupefacenti;
- Grave disturbo organico con compromissione dello stato di coscienza e necessità di interventi medici urgenti (idratazione, cateterizzazione, esami ematochimici e strumentali ecc.) per i quali non c'è collaborazione da parte del paziente.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

8. MATRICE DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ

Matrice dei ruoli e delle responsabilità

CHI	COSA					Altro (Farmacia - Uffici ASL)	Indicatori di Processo	
		Medico	Coord. Inf.	Infer.	Oss			
MEDICO	Adotta la decisione di procedere alla contenzione, coinvolgendo paziente e famiglia (se possibile) e vi collabora.	R	C	C			EVIDENZA IN DOCUMENTAZIONE CLINICA	
	Prescrive in cartella clinica la contenzione riportando con chiarezza le ragioni per cui è stata adottata; aggiorna la cartella sull'esito dei vari monitoraggi e ne scrive il tempo della decontenzione con descrizione delle condizioni cliniche generali e le ragioni che la hanno resa possibile. Compila i campi del Registro Contenzioni e la parte di sua competenza nella Scheda Monitoraggio.	R						
	Verifica la sussistenza di fattori di rischio aggiuntivi (ad es. condizioni di ipo/ipercagulabilità, deficit circolatori sistemici e/o locali, danni osteoarticolari ecc.) e adotta i provvedimenti conseguenti.	R	C	C	C			
	Sottopone il paziente contenuto ogni 2 ore a osservazione e comunque ogniqualvolta il personale sanitario lo ritenga necessario. Ad ogni valutazione decide la prosecuzione o la sospensione della contenzione	R	C	C	C			
	Si assicura che l'assistenza sia adeguata, anche per quanto attiene il soddisfacimento dei bisogni di base.	R	C					
	Organizza il debriefing successivo all'evento contenzione e, periodicamente, garantisce che venga effettuata la formazione sulle tecniche di <i>de-escalation</i> e di contenzione meccanica	R	C					

R = Responsabile
 C = Coinvolto

**PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01
Pagine 52

CHI	COSA						Indicatori di Processo
		Medico	Coord. Inf.	Infer.	Oss	Altro (Farmacia - Uffici ASL)	
INFERMIERE	Partecipa all'effettuazione della contenzione.	C	C	R	C		CARTELLA INFERMIERISTICA E SCHEDA MONITORAGGIO CONTENZIONE
	Sottopone il paziente contenuto a osservazione ogni 15-30 minuti in funzione delle specifiche condizioni cliniche	C	C	R	C		
	Monitora almeno ogni ora - ogni 2 ore nel turno notturno - i parametri vitali (frequenza respiratoria, cardiaca, pressione arteriosa, saturazione, temperatura corporea), idratazione e alimentazione del paziente.		C	R	C		
	Garantisce al paziente la possibilità di movimento e esercizio per non meno di 10 minuti ogni due ore con esclusione delle ore Notturne		C	R	C		
	Valuta il comfort		C	R	C		
	Controlla ogni 3 - 4 ore che la contenzione non arrechi danni al paziente (ad esempio: abrasioni, ulcere da decubito, edemi, ematomi ecc.)		C	R	C		
	Garantisce assistenza per il soddisfacimento dei bisogni di base (alimentazione, idratazione, cura dell'igiene, colloquio, ascolto dei bisogni ecc.)	C	C	R	C		
	Informa il medico e il coordinatore di eventi salienti sia in senso peggiorativo che migliorativo delle condizioni del paziente.	C	C	R			
Registra l'esito del suo operato sulla cartella infermieristica e sulla Scheda di Monitoraggio della Contenzione			R				



R = Responsabile
C = Coinvolto

**PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 52

CHI	COSA						Indicatore di Processo
		Medico	Coord. Inf.	Infer.	Oss	Altro (Farmacia - Uffici ASL)	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	Controlla frequentemente il paziente e comunica le osservazioni all'infermiere			C	R		
	Garantisce assistenza per il soddisfacimento dei bisogni di base (alimentazione, idratazione, cura dell'igiene, colloquio, ascolto dei bisogni ecc.)			C	R		
COORD. INFERMIERISTICO	Collabora al debriefing successivo all'evento Contenzione e, periodicamente, collabora affinché venga effettuata la formazione sulle tecniche di de-escalation e di contenzione meccanica	R	R	C	C		
	Garantisce la buona tenuta dei presidi di contenzione, la loro igienizzazione, ne ordina di nuovi se necessario ed eventuali integrazioni	C	R			C	

R = Responsabile
C = Coinvolto

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

9. **COMPLICANZE DELLA CONTENZIONE FISICA E LORO GESTIONE Complicanze meccaniche (Dirette)**



Lesioni cutanee: Il paziente contenuto può comunque agitarsi mentre è contenuto: Questo, unitamente a quanto siano stati stretti i bracciali intorno agli arti o la fascia intorno al tronco, può determinare l'insorgenza di lesioni e piaghe, che vanno prontamente riconosciute, deterse e medicate.

Lesioni nervose: Le fasce di contenzione sono imbottite, onde prevenire quanto possibile lesioni alle strutture muscolo-scheletriche, vascolari e nervose del tratto del corpo che è assicurato alla struttura rigida. Ciò nonostante, lesioni alle tre strutture su menzionate sono comunque possibili, nonché relativamente frequenti. La lesione nervosa più frequente è la lesione del plesso brachiale nella sua porzione distale, secondaria alla compressione del plesso stesso ad opera della fascia toracica; ciò avviene in genere in caso di scivolamento del paziente e spostamento della fascia toracica arrotolata in sede ascellare, spesso in pazienti contenuti con kit di contenzione completo e con schienale del letto troppo rialzato. Tale situazione è prevenibile prediligendo, quando possibile, la contenzione ai quattro arti alla contenzione altamente restrittiva.

Lesioni vascolari: Bracciali di contenzione troppo stretti o eventuali incarceramenti involontari nelle fasce possono provocare ischemia dell'arto coinvolto. Inoltre, è possibile la lesione ischemica con contrattura dei muscoli intrinseci delle mani, in caso di contenzione delle stesse lungo il bacino con cinta unica; non si dà dunque indicazione a praticare contenzione congiunta del tronco e degli arti superiori tramite l'utilizzo della fascia di contenzione toracica o pubica.

Lesioni Muscolo-scheletriche ed articolari: La lotta contro resistenza e la distrazione dell'arto possono causare lesioni articolari e dei suoi annessi, come lussazioni e sublussazioni; contratture e strappi muscolari; raddomiolisi da compressione, per posizione errata delle fasce o del corpo del paziente. Alcune lesioni non sono causate direttamente dalle fasce di contenzione, bensì indirettamente dalla caduta per scivolamento del paziente su un lato, mentre il suo corpo è fissato in punti diversi alla struttura rigida del letto. In caso di raddomiolisi, vanno eseguite misurazioni degli indici di mio-necrosi (troponine; creatinasi; mioglobina) e monitorata la diuresi, disponendo una idratazione per via parenterale congrua al quadro clinico in questione. Una complicanza indiretta è l'atrofia/ipotrofia dei muscoli, secondaria all'immobilizzazione prolungata.

Asfissia: La fascia toracica può comprimere il petto del paziente, riducendo l'escursione respiratoria della gabbia toracica e causando asfissia. Altre condizioni di asfissia sono secondarie allo strangolamento involontario del paziente a seguito di incarceramento nelle fasce di contenzione, nel caso in cui fossero state fissate al letto con gioco troppo lungo consentendo al paziente una eccessiva mobilità. Spesso tali eventi sono correlati a tentativi di allontanarsi dal letto o a fenomeni di agitazione, dunque vanno prevenuti regolando bene

	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

il fissaggio delle fasce di contenzione al letto e praticando osservazione a vista del paziente alla frequenza adeguata.

Morte improvvisa: Vengono descritti in letteratura episodi di morte improvvisa secondari alla lotta prolungata ed intensa contro i dispositivi di contenzione fisica.



Complicanze organiche/psicologiche (Indirette)

Aumento del rischio di cadute e compromissione dell'outcome clinico: La contenzione fisica aumenta il rischio di cadute, per fenomeni secondari alla contenzione stessa e/o alla terapia psicofarmacologica praticata durante la contenzione. Risulta necessario applicare un adeguato protocollo per la prevenzione e la gestione delle cadute. L'outcome clinico risulta inoltre compromesso: Il tempo di degenza si prolunga. Aumenta inoltre la frequenza dell'invio del paziente a cliniche di degenza a seguito della dimissione, con riduzione della dimissione a domicilio.

Complicanze psico-patologiche: La relazione terapeutica può risultare fortemente danneggiata dall'atto della contenzione ed è importante essere attivi per mantenere il rapporto con il paziente.

La contenzione fisica è di per sé un evento traumatico, tanto nella sua attuazione, quanto nel suo mantenimento; può dunque causare un disturbo da stress acuto che può successivamente evolvere in un più stabile quadro di disturbo da stress post-traumatico. Il paziente può interpretare la contenzione fisica come una punizione per errori commessi, come un atto di ingiustizia o di discriminazione e può esperire vissuti di abbandono. La contenzione fisica può generare nel paziente sentimenti di vergogna e di rivalsa, che possono complicarsi in un vissuto ansioso-depressivo o nella interpretazione persecutoria dell'evento, con insorgenza o aggravamento di una ideazione delirante nei confronti del personale sanitario e del regime di ricovero. Una attenzione costante allo stato psicopatologico, un mantenimento della relazione verbale (oltre che dell'accudimento fisico), una rielaborazione graduale degli eventi che hanno determinato la contenzione e la condivisione dei miglioramenti in corso e di quelli attesi per porvi fine sono buone prassi per scongiurare questo tipo di complicanze.

Polmonite ab ingestis e soffocamento: Il paziente in decubito può soffocarsi con il cibo che ingerisce; inoltre, il contesto della contenzione fisica stessa e la terapia praticata possono alterare la deglutizione del paziente, predisponendo ad episodi di soffocamento o a polmoniti ab ingestis. La posizione in decubito per sua natura porta a maggior ristagno nell'ambiente alveolo-bronchiale ed a minore efficacia del sistema ciliare, aumentando il rischio di polmoniti.

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

Infezioni nosocomiali: Oltre alla polmonite, altre infezioni nosocomiali possono insorgere nei pazienti contenuti, secondariamente a lesioni cutanee per traumatismi/sfregamenti, o ad altre condizioni correlate a dispositivi applicati al paziente (es: aumento dell'incidenza di infezioni urinarie per contaminazione del catetere vescicale; proctiti per ridotta igiene dei genitali; vasculiti per manomissione degli accessi venosi e/o loro contaminazione; batteriemie ecc...).

Piaghe da decubito: Un decubito mantenuto per un tempo eccessivamente prolungato causa la formazione di piaghe a livello cutaneo, note come piaghe da decubito. In paziente sdraiato, queste compaiono con maggior frequenza in sede sacrale. Il personale infermieristico deve monitorarne l'insorgenza e praticare adeguata medicazione.



Osteoporosi: L'immobilizzazione per un periodo eccessivo, oltre a ridurre il tono ed il trofismo muscolare, riduce la densità e la mineralizzazione delle ossa, con aumento del rischio di cadute e di fratture patologiche.

Trombo-embolia del circolo venoso profondo ed embolia polmonare: La riduzione del movimento, associata o meno ad una eccessiva costrizione ad opera delle fasce di contenzione, può determinare l'insorgere di una condizione di aumentata coagulabilità ematica, maggiormente spiccata nelle regioni con emodinamica rallentata, ovvero in particolare a livello del circolo venoso, come insegna la triade di Virchow dei fattori coinvolti nel fenomeno trombotico:

- stasi del flusso ematico;
- iper-coagulabilità del sangue;
- danno endoteliale.

Malnutrizione e disidratazione: Il paziente deve essere adeguatamente nutrito ed idratato, onde evitare deperimento delle condizioni fisiche per malnutrizione e per disidratazione. Occorre dunque assistere il paziente nelle sue necessità ed impostare idratazione ed alimentazione per via parenterale, ove non fosse possibile utilizzare la via orale. Può risultare utile richiedere una consulenza nutrizionistica per pianificare adeguatamente il regime alimentare del paziente.

Eventuale sindrome d'astinenza da nicotina e craving: Il paziente contenuto non può allontanarsi dal letto, né fumare in stanza, dal momento che ciò sarebbe contrario alle norme per la prevenzione del rischio incendio ed alla salubrità dell'aria ambiente del reparto. Il paziente fumatore di tabacco può dunque mostrare sintomi da astinenza e craving per la sospensione del fumo di sigaretta, che potrebbe aumentare lo stress percepito e peggiorare lo status psicopatologico. Potrebbe risultare relativamente utile la somministrazione per via percutanea di cerotti a base di nicotina, alla posologia indicata per le necessità del caso clinico considerato. In piena sicurezza, ovvero con la presenza di almeno due operatori ove possibile, abbassando le serrande di modo che siano bloccate, o con finestre dotate di sbarre, si consentirà al paziente di fumare al letto avendo cura che

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

la cenere accesa non possa causare, e areando in sicurezza l'ambiente e avendo cura di verificare la chiusura della finestra.

COMPLICANZE PER OPERATORI

Traumatismi riportati durante la contenzione: l'operatore deve essere soccorso inviato al pronto soccorso e l'evento segnalato come infortunio sul lavoro

Contatto con liquidi organici durante la contenzione l'operatore, nonostante i presidi di protezione obbligatori indossati, può venire a contatto con sangue, saliva e/o altri liquidi organici del paziente. In questi casi va adottata la procedura di monitoraggio e in caso di positività nota dell'utente a malattie infettive contattare immediatamente il Polo di riferimento IRCSS Spallanzani di Roma per attivazione di percorsi preventivi o di screening



10. INTENSIFICAZIONE DI VIGILANZA/ ASSISTENZA E CONTENZIONE

Un paziente contenuto viene valutato dagli operatori con modalità e frequenza stabilite dal protocollo o comunque secondo indicazioni del medico.

La contenzione non è atto vicariante altre procedure come l'intensificazione della vigilanza (procedura adatta anche agli ambienti intensivi come il PS, l'OBI, la rianimazione) e l'assistenza continua: procedure che sono a carico del reparto dove ha luogo l'intervento; l'assistenza continua è normata dalle Direzioni Sanitarie Aziendali. In caso di paziente con rischio suicidario senza aggressività e senza messa in atto di comportamenti di difficile gestione e ad alta lesività, l'intervento di prevenzione risiede nella ottimizzazione dell'ambiente in cui è collocato (es. chiusura delle finestre a chiave, allontanamento da farmaci e presidi potenzialmente pericolosi ecc..) e nell'intensificazione della vigilanza/piantonamento effettuati da personale sanitario o di vigilanza (e non dai familiari).

11. INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL FENOMENO CONTENZIONE

Questo documento si prefigge l'obiettivo migliorare l'appropriatezza della contenzione fisica in ambito sanitario, relegandone l'utilizzo alle condizioni che lo necessitano come mezzo contenitivo proporzionale all'urgenza da trattare in campo clinico.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Indicatore A

A1) Numero di Contenzioni assolute e tassi sui ricoveri/annui



A2) Numero contenzioni prolungatesi oltre le 12 ore/Totale delle prescrizioni delle contenzioni nell'anno

A3) Eventi avversi occorsi in seguito alla contenzione nell'anno

S P D C	Numero contenzioni	N° Pazienti	M/F	% Contenzion i su ricoveri	Durata media in ore	Durata minima in ore	Durata massima in ore
------------------	-----------------------	----------------	-----	-------------------------------------	------------------------	----------------------------	-----------------------------

Allegati:

1. Allegato 1 Normativa di riferimento
2. Allegato 2 Tipologie di Contenzione Fisica e Descrizione del materiale, dei dispositivi e delle attrezzature
3. Pagina di Registro Contenzione, con campi di base ampi e a scrittura libera e campi vincolati per monitoraggio fine;
4. Pagina di Scheda Osservazione e Monitoraggio Assistenziale.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

ALLEGATO 1

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Non esiste una normativa specifica relativa alle pratiche di contenzione: esiste un perimetro di norme entro cui si colloca da un lato la legittimità dell'atto contenitivo, dall'altro l'illegittimità dei suoi eccessi o della sua mancata attuazione (omissione di intervento). Si evince che la normativa, nella sua non specificità, è carente.



Costituzione Italiana

Articolo 3, "Principio di uguaglianza": "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla Legge, senza distinzione di sesso, di razza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Articolo 13, "Libertà personale": "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla Legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà...".

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

Legge 833 del 23 dicembre 1978

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52

Articolo 33: “Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall’autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l’articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. [...] Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. [...]”

Articolo 34: “[...] Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. [...]”.



Codice Penale

Articolo 40, “Rapporto di causalità”: “Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla Legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.

Articolo 52, “Difesa legittima”: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un’offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all’offesa. [...]”

Articolo 54, “Stato di necessità”: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall’altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l’ha costretta a commetterlo.”

Articolo 571, “Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina”: “Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l’esercizio di una professione o di un’arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni”.

Articolo 590, “Lesioni personali colpose”: “Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239. [...]”

Articolo 591, “Abbandono di persone minori e incapaci”: “Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. [...]. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte”.

Articolo 605, “Sequestro di persona”: “Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.



Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni”.

Articolo 610, “Violenza privata”: “Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. [...]”

Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina: Consiglio d'Europa 1997

Articolo 2, “Primato dell'essere umano”: “L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza.”

Articolo 5, “Consenso: Regola generale”: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>



Articolo 6, “Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso”:

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.
2. Quando, secondo la legge, il ricovero dei minori in reparti di psichiatria dell’infanzia e dell’Adolescenza (NPIA), come per tutti gli altri, è autorizzato dai genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.
3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l’autorizzazione del suo rappresentante, di un’ autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.
4. Il rappresentante, l’autorità, la persona o l’organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l’informazione menzionata all’articolo 5.
5. L’autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell’interesse della persona interessata.

Articolo 7, “Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale”: “La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l’assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso.”

Articolo 8, “Situazioni d’urgenza”: “Allorquando in ragione di una situazione d’urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.”

Articolo 9, “Desideri precedentemente espressi”: “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell’intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.”

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Codice di Deontologia Medica

Articolo 18, trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica: “I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.”



Articolo 21, competenza professionale: “Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare nell’ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse.”

Articolo 32, doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili: “Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all’Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all’Autorità competente. 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.”

Articolo 33, informazione al cittadino: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.”

Articolo 34, informazione a terzi: “L’informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all’art. 10 e all’art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri. In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili”.

Articolo 51, obblighi del medico: “Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge”.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

Codice di Deontologia dell'infermiere



Articolo 2, Azione: “L’infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito della pratica clinica, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca.”

Articolo 3, rispetto e non discriminazione: “L’infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.”

Articolo 4, relazione di cura: “Nell’agire professionale l’infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l’ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell’interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.”

Articolo 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”.

Art. 60 del R.D. 16 agosto 1909, n. 615: “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. [...]”

	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

ALLEGATO 2

TIPOLOGIE DI CONTENZIONE FISICA



Si riconoscono differenti tipologie di contenzione fisica con fasce, dipendentemente dal numero di arti immobilizzati e/o dall'utilizzo di fasce addominali/pubiche per immobilizzare il tronco:

- ✓ *contenzione ai quattro arti* - generalmente utilizzata per la contenzione fisica del paziente a letto. Tra le contenzioni fisiche, è la più diffusa;
- ✓ *contenzione con kit completo di contenzione* - oltre che dalle fasce a bracciale di contenzione per gli arti, il paziente è fissato al letto anche a livello del tronco, con fascia toracica. Questa contenzione è indicata per livelli elevati di agitazione psicomotoria, al fine di limitare ulteriormente il movimento e l'escursione del tronco. Andrebbe prediletta la contenzione ai quattro arti quando possibile, dato che la contenzione altamente restrittiva pone maggiori rischi per l'incolumità del paziente;
- ✓ *contenzione a tre arti* - in genere si lascia libero il braccio dominante ed è utilizzata per permettere al paziente contenuto di alimentarsi autonomamente. Viene utilizzata anche nella mobilizzazione periodica degli arti durante il monitoraggio della contenzione. Può essere mantenuta temporaneamente e sotto stretta sorveglianza con osservazione diretta, fino a riavvenuta contenzione dell'arto;
- ✓ *contenzione a due arti* - controindicata per il rischio di lesioni, solitamente non viene utilizzata, in quanto permette al paziente una libertà di movimento eccessiva in condizioni in cui il rischio diventa lesivo per le parti vincolate; è, altresì, indicata come sopra se gestita dagli operatori e finalizzata solo alla mobilizzazione o alle cure igieniche;
- ✓ *contenzione ad un arto* - solitamente non utilizzata ed è **controindicata**;
- ✓ *contenzione con fascia per il tronco*: In genere, si usano gilet, fasce pubiche, fasce addominali o fasce ibride che combinino le caratteristiche di questi. Sono solitamente utilizzate per limitare la deambulazione autonoma del paziente in carrozzina e per stabilizzarne l'equilibrio. L'uso esclusivo delle fasce pubiche/addominali a letto non viene di solito praticato, in quanto il paziente è a maggior rischio di lesioni secondarie alla contenzione e cadute dal letto.

DESCRIZIONE DEI MEZZI DI PROTEZIONE E DI CONTENZIONE. CARATTERISTICHE TECNICHE ED INDICAZIONI SPECIFICHE

I dispositivi di contenzione fisica si dividono in dispositivi che fissano il paziente ad una struttura rigida e dispositivi che ne limitano l'escursione del movimento, frapponendosi fra il paziente e l'ambiente. Possiamo così suddividere mezzi di contezione e mezzi di protezione.

Al primo gruppo fanno capo le fasce di immobilizzazione, per letto o carrozzina (bracciali di contenzione; fascia toracica; fascia addominale per carrozzina; fascia pubica per carrozzina o per letto; gilet per carrozzina; altri eventuali dispositivi risultanti da una forma ibrida dei precedenti, in genere utilizzati per carrozzine).

	<p align="center">UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p align="center">PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p align="center">Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>

Al secondo gruppo fanno capo le spondine per il letto ed il tavolino di appoggio (eventualmente utilizzato per limitare i movimenti del paziente a letto o sulla carrozzina).

Il materiale, i dispositivi e le attrezzature utilizzate per la contenzione fisica devono essere registrati e fabbricati da un produttore riconosciuto, utilizzando materiali idonei e rispettando standard specifici. Altri dispositivi prodotti artigianalmente, o che non rispettano i canoni su esposti, non devono essere utilizzati nella pratica della contenzione fisica.

Bracciali di immobilizzazione: Sono in generale composti da materiale sintetico imbottito, ignifugo e resistente alle sollecitazioni meccaniche; solitamente sono in gommasciuma o poliuretano e rivestiti di materiali morbidi e traspiranti. Il materiale di cui sono costituiti permettono il lavaggio ed igienizzazione. I bracciali di immobilizzazione sono in numero di quattro (uno per arto) e presentano due estremità: una diretta ad avvolgere il polso/caviglia dell'assistito, fissata in sede da un sistema di chiusura a calamita; l'altra diretta a fissarsi sulla superficie rigida laterale del letto all'altezza che meglio garantisce il confort del paziente, che viene assicurata in sede da un ulteriore sistema di chiusura a calamita. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste fasce di fissaggio con fibbie.

Le fasce di fissaggio presentano lungo la loro lunghezza numerosi fori per regolare la lunghezza della fascia e la maggiore o minore aderenza al corpo del paziente, dipendentemente dal confort, dagli indici antropometrici del paziente e dalla escursione di movimento consentita.

Le fasce 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.



Fascia toracica: Presenta tre estremità, la prima si avvolge intorno al tronco del paziente e le altre due, con vettori a direzione opposta, si fissano da entrambi i lati a letto del paziente. Può o meno essere munita di bretelle, che assicurano la fascia al cingolo scapolo omerale e/o alla regione pubica.

Fascia pubica: Simile alla precedente, ma posizionata in sede pubica. Può essere utilizzata per contenere il paziente a letto o per la contenzione su carrozzina.

Fascia addominale: Generalmente utilizzata per la fissazione del tronco del paziente allo schienale della carrozzina. Viene posizionata in sede addominale ed è simile alle due fasce precedentemente descritte.

Gilet: Composto da fascia addominale e bretelle. Spesso viene utilizzata una combinazione di gilet e fascia pubica, per meglio stabilizzare la posizione del paziente sulla carrozzina.

Tavolino: Utilizzato per consentire al paziente un piano di appoggio, utile per consumare i pasti o per svolgere altre attività (ad es. scrittura e disegno). Può essere fissato sul letto del paziente o sulla carrozzina. Quando in

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52

sede, limita i movimenti del paziente e ne impedisce il passaggio alla stazione eretta e la deambulazione autonoma. Può dunque essere utilizzato dal personale sanitario a scopo contenitivo.

Spondine per il 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 supporti rigidi che si posizionano ai lati del letto, ostacolando la discesa del paziente ed aumentando l'altezza massima tra il suolo ed il limite laterale del letto. Possono ricoprire l'intera lunghezza del lato del letto o una sua frazione (ad es. sponde per il letto a 2/3). Sono destinate a persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente, utilizzate per impedire il passaggio del paziente alla posizione eretta e alla deambulazione autonoma in reparto, in particolare durante la notte. Preferibile non utilizzarle se però si intravede la possibilità che il paziente possa scavalcarle.

**PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2024
Codice: RM_05_P.O.A._R_01
Pagine 52

Allegato 3

Registro contenzioni annoSPDC.....

n.	a. anno	Nome, Cognome, paziente ¹	Entrata (gg/mm/aa)	Medico che dispone, gg/mm/aa ora inizio (specificare TSO e TSV) ²	Motivo Contenzione ³	Misure di assistenza e vigilanza, terapia. Condizioni cliniche ⁴	Medico che dispone continuazione, gg/mm, aa ora inizio (specificare se vi è stato passaggio da TSV a TSO) ⁵	Motivo Continuazione Contenzione ⁶	Medico che dispone la fine, gg/mm, aa ora inizio con valutazione finale	Condizioni che determinano la fine della contenzione
		1.a		2.a 3.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a	5.a 5.a 5.a 6A.a 6B.a	7.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a		
		1.a		2.a 3.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a	5.a 5.a 5.a 6A.a 6B.a	7.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a		
		1.a		2.a 3.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a	5.a 5.a 5.a 6A.a 6B.a	7.a	4.a 4.a 4.a 4Ac 4B.a		

¹ Definire: 1. paziente non conosciuto; 2. Paziente conosciuto e seguito dal CSM con continuità a ridosso del ricovero; 3. Paziente conosciuto e seguito dal CSM con discontinuità a ridosso del ricovero



² Definire per esteso, riportando il numero di categoria, se: 1. Paziente in TSV; 2. Paziente già in T.S.O.; 3. Paziente posto in T.S.O.

³ Specificare se: A. la contenzione ha avuto luogo in PS; B. il paziente è arrivato contenuto con il 118 su intervento diretto; C. trasferito da altro SPDC o altro PS contenuto.

⁴ Definire per esteso, riportando il numero di categoria se (anche più di una voce): 1. Autoaggressività; 2. Eteroaggressività; 3. Pericolo per gravi condotte autolesionistiche. Specificare inoltre se necessario: A. intervento vigilanza o B. forze dell'ordine.



⁵ Definire per esteso, riportando il numero di categoria, se il motivo è correlato a (anche più di una voce): 1. Disturbo psichiatrico (specificare); 2. Delirium (specificare causa se nota); 3. Condizioni mediche o neurologiche (specificare) 4. Intossicazione da sostanza/e (specificare).⁶ Definire se A. contenzione 4 arti + fascia addome; B. contenzione 4 arti.

⁷ Definire se variata condizione di ricovero: 4. Paziente posto in TSO al momento della continuazione o nel periodo intercorso tra inizio della contenzione in TSV e continuazione.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 5; "Disposizione sulla contenzione meccanica: Istruzione Operativa"; Deliberazione n. 419 del 18 Maggio 2017.
- 2) Giuseppe Nicolò; Enrico Pompili: "Psichiatria territoriale: Strumenti clinici e modelli organizzativi"; Capitolo 9: "Organizzare un SPDC ed un Day Hospital" Raffaello Cortina Editore, 2021.
- 3) Giuseppe Nicolò Enrico Pompili Psichiatria territoriale: Strumenti clinici e modelli organizzativi": Cap 22 Gestione dell'aggressività, tecniche di de-escalation e tranquillizzazione rapida Enrico Pompili, Federica Tarallo, Laura Bernabei, Brunella Lagrotteria, Giuseppe Nicolò Raffaello Cortina Editore, 2021.
- 4) L. Kalisova et Al.; "Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study"; Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2014) 49:1619–1629.
- 5) A. Fiorillo et Al.; "How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study"; European Psychiatry 26 (2011) 201–207.
- 6) Presidenza del consiglio dei Ministri: "La contenzione: Problemi Bioetici"; Comitato Nazionale di Bioetica, 23 Aprile 2015.
- 7) Sentenza penale della Corte di Cassazione Sez. 5 n. 50497 del 20/06/2018: "Sentenza Mastrogiovanni".
- 8) Regione Lazio: "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero" pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio N. 56 Supplemento n. 1 del 05/07/2022.
- 9) Ministero della Salute: "Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale"; raccomandazione n. 4 del Marzo 2008.
- 10) D.M. Taylor, T.R.E. Barnes, A.H. Young, Prescribing Guidelines in Psychiatry, The Maudsley (13th edition, 2018); con particolare riferimento ai Capitoli: 1. Schizophrenia and related psychoses (Acutely disturbed or violent behaviour, pg 54), 2. Drug treatment of other psychiatric conditions (Delirium, pg 672).
- 11) Ministero della Salute; "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; raccomandazione n. 8 del 19 novembre 2007.
- 12) Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 3 "principio di uguaglianza"; Articolo 13 "libertà personale"; Articolo 32 "diritto alla salute e consenso al trattamento".
- 13) Legge 833 del 23 dicembre 1978, articoli 33 e 34.
- 14) Codice Penale della Repubblica Italiana, Articolo 40 "Rapporto di causalità"; Articolo 52 "Difesa legittima"; Articolo 54 "Stato di necessità"; Articolo 571 "Abuso dei mezzi di correzione e di disciplina"; Articolo 590 "Lesioni personali colpose"; Articolo 591 "Abbandono di persone minori ed incapaci"; Articolo 605 "Sequestro di persona"; Articolo 610 "Violenza privata".
- 15) Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina: Consiglio d'Europa 1997; Articolo 2 "Primato dell'essere umano"; Articolo 5 "Consenso: Regola generale"; Articolo 6 "Protezione delle

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 52



persone che non hanno la capacità di dare consenso”; Articolo 7 “Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale”; Articolo 8 “Situazioni d’urgenza”; Articolo 9 “Desideri precedentemente espressi”.

- 16) Codice di Deontologia Medica; Articolo 18 “Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica”; Articolo 21 “competenza professionale”; Articolo 32 “doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili”; Articolo 33 “Informazione al cittadino”; Articolo 34 “Informazione a terzi”; Articolo 51 “Obblighi del medico”.
- 17) Codice di Deontologia dell’Infermiere; Articolo 2 “Azione”; Articolo 3 “Rispetto e non discriminazione”; Articolo 4 “Relazione di cura”; Articolo 35 “Contenzione”.
- 18) Regio Decreto n. 615 del 16 Agosto 1909, Articolo 60.
- 19) Len Bowers et Al.; “Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services”; Health services and delivery research, Vol.5, Issue 21, Giugno 2017.
- 20) Conferenza delle regioni e delle province autonome; “Contenzione fisica in psichiatria: Una strategia possibile di prevenzione”; 10/081/CR07/C7, 29 Luglio 2010.
- 21) Conferenza delle regioni e delle province autonome; “Documento da rappresentare alla commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani nell’ambito dell’indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nelle realtà internazionali, sulla contenzione meccanica”; 17/178/CR06a/C7, 6 Dicembre 2017.
- 22) Claudia Sale; “Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico”; Diritto penale contemporaneo, 2010-2014.
- 23) A. Siracusano, M. Balestrieri, C. Bellantuono, D. Berardi, M. Di Giannantonio, M. Rigatelli, R. A. Zoccali, C. Niolu, I. A. Rubino, A. Troisi; “Manuale di Psichiatria: Seconda Edizione”; Il Pensiero Scientifico Editore, Ottobre 2014, Capitolo 29, P. Brogna: “Le Urgenze Psichiatriche”.
- 24) Gary J. Maier, Larry J. Stava, Barbara R. Morrow, Gregory J. Van Rybroek, Karen G. Bauman; “A Model for Understanding and Managing Cycles of Aggression Among Psychiatric Inpatients”; Hospital and Community Psychiatry, Volume 38, n. 5, Maggio 1987.
- 25) Junrong Ye, Aixiang Xiao, Lin Yu, Jiangxiong Guo, Huawei Lei, Hongmei Wei, Wei Luo; “Staff Training Reduces the Use of Physical Restraint in Mental Health Service, Evidence-based Reflection for China”; Archives of Psychiatric Nursing, review article, Volume 32, Issue 3, P 488-494, 1 Giugno 2018.
- 26) Barnett R., Stirling C., Pandyan A. D. (2012). “A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death”. Medicine, Science and the Law, 52(3), 137-142.
- 27) Ministero della Salute: Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del SSN; “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”; Raccomandazione n. 13, novembre 2011, aggiornata a dicembre 2011.
- 28) Holger J. Schunemann, Mary Cushman, Allison E. Burnett, Susan R. Kahn, Jan Beyer-Westendorf, Frederick A. Spencer, Suely M. Rezende, Neil A. Zakai, Kenneth A. Bauer, Francesco Dentali, Jill Lansing, Sara Balduzzi, Andrea Darzi, Gian Paolo Morgano, Ignacio Neumann, Robby Nieuwlaat, Juan

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 52</p>

J. Yepes-Nuñez, Yuan Zhang, Wojtek Wiercioch; “American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients”; The American Society of Hematology, Blood Advances, 27 Giugno 2018, DOI 10.1182/bloodadvances.2018022954.

- 29) National Institute for Health and Care Excellence (NICE); “Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism”; linee guida NICE, 21 Marzo 2018; <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>.
- 30) H. Nijman, T. Palmstierra; “Measuring aggression with the staff observation aggression scale: revised”; Acta Psychiatrica Scandinavica n. 412, 2002.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PROCEDURE PER LA PREVENZIONE E LA CORRETTA GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA NELLE STRUTTURE DI RICOVERO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 52</p>

Elaborazione Documento

Gruppo di Lavoro Aziendale:

Dott. Giuseppe Nicolò

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Dott. Enrico Pompili
Dott. Agostino Manzi
Dott. Francesco Riggio
Dott. Giovanni Marino
Dott.ssa Maria Ilaria Scardigli
Dott.ssa Raffaella Catapano
Dott. Augusto Pugliesi
Dott. Cristiana Silvestrini
Dott.ssa Barbara Proscio
Dott. Corrado Villella
Dott.ssa Alessia D'Andrea
Dott.ssa Marisa Bucci
Dott. Mario Del Villano
Dott. Beniamino Leone

Per la parte grafica e impaginazione: Serena Perciballi, Debora Abbafati, Francesca Baschieri.

12. DIAGRAMMA DI FLUSSO

