

**CONTENERE LA CONTENZIONE  
PER IL BENESSERE DELLA PERSONA ASSISTITA**

	NOME E COGNOME	FUNZIONE
REDAZIONE  GRUPPO DI LAVORO	Dott.ssa Graziella Boi	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Sud
	Dott. Vito Leonardo Giuseppe La Spina	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Nord e Zona Centro*
	Dott.ssa Antonella Anna Virdis	Direttore SC Accreditemento, Controlli di Approprietezza, Qualità e Clinical Governance
	CPSS Silvia Maria Bavuli	CPSS SC Accreditemento, Controlli di Approprietezza, Qualità e Clinical Governance
	Dott.ssa Caterina Brundu	Dirigente Medico SC Accreditemento, Controlli di Approprietezza, Qualità e Clinical Governance
	Dott.ssa Rosangela Vacca	CPSI SC Accreditemento, Controlli di Approprietezza, Qualità e Clinical Governance
	Dott.ssa Simonetta Muzzu	Psichiatra DSMD Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Nord**
	Dott. Augusto Contu	Psichiatra Consulente DSMD Zona Sud
VERIFICA	Dott.ssa Graziella Boi	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Sud
	Dott. Vito Leonardo Giuseppe La Spina	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Nord e Zona Centro*
	Dott.ssa Antonella Anna Virdis	Direttore SC Accreditemento, Controlli di Approprietezza, Qualità e Clinical Governance
APPROVAZIONE	Dott. Giuseppe Dessì	Direttore Sanitario ARES
*Attualmente Direttore sanitario ASL1 Sassari		
**Componente del gruppo di lavoro, attualmente in quiescenza		

**Stato delle revisioni**

Indice rev.	Data	Par.n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione

**INDICE**

1. PREMESSA.....	2
1.1 Aspetti giuridici della contenzione .....	5
2. SCOPO.....	7
3. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	7
4. DEFINIZIONI E ACRONIMI.....	8
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	8
6. DESCRIZIONE ATTIVITÀ.....	9
6.1 Prescrizione e registrazione .....	9
6.2 Monitoraggio della contenzione.....	11
7. DISTRIBUZIONE .....	12
8. ARCHIVIAZIONE.....	12
9. INDICATORI .....	12
10. RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA .....	13
11. ALLEGATI.....	13

## 1. PREMESSA

La contenzione è un atto di limitazione della libertà personale che, attraverso l'uso di mezzi fisici, meccanici, ambientali, farmacologici, limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita.

*La contenzione deve essere distinta dal “contenimento”, termine con il quale si intendono tutte le pratiche relazionali e di interazione con il paziente utili ad aiutarlo nel superamento di una fase di crisi.*

Si definisce **contenzione meccanica/fisica** la pratica volta a limitare o impedire il movimento volontario di una persona allo scopo dichiarato di evitare che procuri danno a sé stessa o ad altri. La contenzione meccanica/fisica utilizza per l'immobilizzazione totale o parziale della persona uno o più dispositivi meccanici (cinghie, lacci, fasce, polsini, etc.), applicati o adiacenti al corpo di un soggetto, che non possono facilmente essere rimossi e che limitano la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo (*Health Care Financing Administration 1992*).

La contenzione meccanica/fisica non è l'unica forma di limitazione del libero movimento imposta, esistono infatti:

la **contenzione manuale**, immobilizzazione del paziente attraverso l'utilizzo del corpo di chi applica la contenzione (Luca Benci maggio 2019);

la **contenzione ambientale**, impedimento alla libera circolazione attraverso interventi sull'ambiente, quali porte chiuse, recinzioni, cancelli;

la **contenzione farmacologica**, utilizzo di alti dosaggi di farmaci sedativi per ridurre vigilanza e capacità di movimento.

La contenzione meccanica configura dal punto di vista etico e giuridico una condizione di “*soggezione totale*” (Cassazione Penale, sentenza n. 50497 del 20 giugno 2018).

La Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo (Raccomandazione 1235 su psichiatria e diritti umani approvata dall'assemblea Parlamentare il 14 aprile 2004), ribadisce come la contenzione debba essere un **evento assolutamente eccezionale, autorizzato da un medico e registrato nelle sue modalità di attuazione, motivazione e durata**. Ammissibile soltanto come extrema ratio, “*..in situazione di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato ad esigenze concrete,*

*utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi”.*

Il documento *“La contenzione: problemi bioetici”* del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) del 23 aprile 2015, coerente con la Convenzione Europea, rileva come in Italia l'utilizzo della contenzione meccanica non sia relegato a una pratica residuale riservata solo ai casi di emergenza eccezionali, ma rappresenti di fatto una modalità d'intervento ancora frequente all'interno di reparti e servizi di lungodegenza, geriatria, medicina, salute mentale.

**Dalle ricerche disponibili emerge che gli elementi determinanti nella scelta della contenzione, spesso giustificata con la motivazione della “carenza di personale”, sono la cultura degli operatori sanitari e l'organizzazione dei servizi che rivestono un ruolo decisivo, più incisivo del profilo psicopatologico dei pazienti e/o della loro gravità. (CNB, 2015)**

Il CNB ribadisce che l'obiettivo è la riduzione della contenzione fino al suo superamento, la tutela del benessere dei pazienti mediante altre tecniche, ambientali, relazionali e farmacologiche, per fronteggiare momenti di acuzie ed il monitoraggio costante e minuzioso di ogni episodio di contenzione. Il CNB raccomanda inoltre *“di incrementare la ricerca e di avviare un attento monitoraggio, a livello regionale e nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, dove vanno annotati col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura; di predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione; di mantenere e possibilmente incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, quali gli anziani e le anziane”.*

**La 2<sup>a</sup> Conferenza Nazionale per la Salute Mentale “Per una Salute Mentale di Comunità”, promossa dal Ministero della Salute il 25 e 26 Giugno 2021** ha evidenziato che si ricorre alla contenzione in particolare nei confronti di persone adulte e/o in età evolutiva con problemi di salute mentale, ma anche nel caso di persone anziane, persone rese fragili dalla malattia, dalla disabilità, non autosufficienti, ospitate in strutture sanitarie, socio-sanitarie, o ricoverate in ospedale.

*“I dati disponibili sulla contenzione sono ancora parziali, difficilmente confrontabili, talvolta non riportati nella cartella clinica ...”; “La contenzione nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) è pratica diffusa, spesso routinaria anche se sommersa, non omogeneamente applicata, con notevoli differenze tra i vari servizi e tra le differenti regioni non giustificate da dati epidemiologici. I*

*servizi in cui prioritariamente si attua sono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private accreditate.”*

La Conferenza ha evidenziato la necessità del totale superamento della contenzione nei luoghi di cura della salute mentale nel triennio 2021-2023, sulla base delle indicazioni e delle raccomandazioni contenute nel documento *“Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della Salute Mentale”* per mettere in atto azioni utili al raggiungimento di questo obiettivo. Alcune Regioni hanno provveduto a monitorare il fenomeno, considerato un “Evento Sentinella”, in termini di frequenza, durata, destinatari e circostanze in cui si attua; le evidenze empiriche dimostrano che già l'avvio della raccolta dati produce la diminuzione del ricorso alla contenzione e l'abbandono di comportamenti routinari.

È necessario anche nei DSMD della Regione Sardegna avviare iniziative di prevenzione, analisi e monitoraggio del fenomeno, e di indicazioni/regole mirate a definire contesti, ruoli e responsabilità nell'attuazione della contenzione, a tutela della salute del paziente e dell'operato del personale sanitario.

**La presente procedura si occupa della “contenzione meccanica/fisica” (d'ora in poi contenzione) attuata nei confronti di persone con problemi di salute mentale nelle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), in particolare nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi Cura (SPDC).**

### **1.1 Aspetti giuridici della contenzione**

**Storicamente** il riferimento di legge specifico sulla contenzione è l'art. 60 del R.D. n. 615 del 1909: *“Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di contenzione 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 del mezzo di coercizione”*.

Peraltro la **Costituzione Italiana** fornisce riferimenti giuridici di portata più generale, che riguardano l'insieme dei trattamenti sanitari:

- Art. 13 : *“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dalle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge.”*

- Art. 32 : *“... 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”.*

Il **Codice Deontologico** del Medico dedica diversi articoli al rispetto della libertà e della dignità della persona assistita.

Il Nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019) affronta la tematica della contenzione all'Art. 35, che recita: *“L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.”*

Il **Codice Penale** contiene diversi articoli attinenti al tema:

Art. 591 - Abbandono di minori o incapaci -, Art. 605 - Sequestro di persona -, Art. 43 - Elemento psicologico del reato -, Art. 610 -Violenza privata -, Art. 593 - Lesioni personali-, Art. 572 – Maltrattamenti -

Art. 51 - Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere - *L’esercizio di un diritto o l’adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità.*

**Art. 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.* Ad es. in ambito sanitario con questo articolo si attribuisce ai curanti la responsabilità delle conseguenze per il mancato intervento rispetto a una situazione

provocata da un paziente che metta in pericolo la sua e l'altrui incolumità (obbligo alla "custodia" del paziente stesso).

Art. 590 - Lesioni personali colpose -, Art. 586 - Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto -

Art. 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"*

*"La non punibilità del medico ricollegata allo stato di necessità ha una conseguenza paradossale: espone il medico al pagamento di un'indennità. Infatti l'art 2045 c.c. prevede appunto che chi ha subito il fatto commesso in stato di necessità ha diritto ad una indennità....*

*L'alternativa al principio del ricorso allo stato di necessità è il ricorso all'art.5 della Legge Gelli Bianco (Legge 24/2017) che prevede l'obbligo per gli esercenti le professioni sanitarie di attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità o in mancanza di esse alle buone pratiche clinico-assistenziali.*

*La Società Italiana di Psichiatria<sup>1</sup> ha elaborato raccomandazioni sulla contenzione meccanica che possono segnare la via da seguire al medico assai meglio di quanto non possa fare l'art. 54 C.P. In diversi paragrafi sono indicate le circostanze atte a giustificare la contenzione meccanica, i luoghi, le alternative, la prevenzione della contenzione, i modi e i tempi di essa"<sup>2</sup>.*

## **2. SCOPO**

Visto quanto descritto in premessa, in particolare riguardo il superamento della contenzione, gli scopi della presente procedura *"Contenere la Contenzione per il benessere della persona assistita"* a tutela dei pazienti e dei sanitari sono:

- Informare e formare il personale sulle modalità di approccio al paziente psichiatrico, che devono tendere al contenimento (pratiche relazionali e di interazione con il paziente utili ad aiutarlo nel superamento di una fase di crisi) nel pieno riconoscimento dei diritti e della dignità della persona in cura, e superare il ricorso alla contenzione;

<sup>1</sup>Quaderni Italiani di Psichiatria n°2, 2012

<sup>2</sup>P. Piras "Quando non resta che legare il paziente: la Gelli-Bianco impone l'addio allo stato di necessità"

- Fornire soluzioni organizzative, azioni preventive e metodiche alternative alla contenzione;
- Definire le modalità di prescrizione, registrazione e monitoraggio degli interventi contenitivi;
- Uniformare le modalità di gestione del processo di contenzione.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura di contenzione si applica prevalentemente nell'ambito delle strutture che operano nel DSMD ma può riguardare anche situazioni esterne quali trasporto in ambulanza, Pronto Soccorso, altri reparti ospedalieri come Terapia Intensiva, Lungodegenza, Medicina ecc. per la presenza di pazienti in condizioni di pericolo grave e attuale di compiere atti autolesivi o etero lesivi verso altri degenti o personale sanitario.

**La contenzione non deve mai essere applicata per ovviare a carenze di tipo organizzativo.**

### 4. DEFINIZIONI E ACRONIMI

Evento Sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario
ARES	Azienda Regionale della Salute
CNB	Comitato Nazionale di Bioetica
CPT	Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura
DSMD	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
NPIA	Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
UO/ UUOO	Unità Operativa/ Unità Operative

### 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Funzione Attività	Direttore SC	Medico	Infermiere	Assistente Sociale	Coordinatore
Predisposizione Piano Individualizzato di Assistenza		R	C	C	C
Valutazione multidimensionale interprofessionale		R	C	C	C
Prescrizione contenzione		R			
Compilazione registro contenzioni		R			
Conservazione registro contenzioni	R				C
Monitoraggio del paziente			R		
Compilazione scheda di monitoraggio			R		
Rivalutazione multidimensionale interprofessionale		R	C	C	C
Sospensione contenzione		R			

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto

### 6. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Per la prevenzione della contenzione meccanica/fisica in SPDC occorre ridurre i comportamenti inadeguati nei luoghi di cura attraverso l'adozione e/o il potenziamento di **buone pratiche cliniche** in luoghi di cura sicuri e confortevoli, mettendo in atto azioni migliorative e responsabilizzando tutti gli operatori coinvolti attraverso la realizzazione di specifiche attività di formazione.

Nell'**ottica del superamento della contenzione**, l'équipe assistenziale interprofessionale, deve:

- Predisporre un piano individualizzato di assistenza che si concentri su approcci alternativi all'uso della contenzione;
- Attuare strategie per prevenire l'adozione della contenzione;
- Attuare tecniche volte a diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale e gestire la crisi (per es. tecniche di de-escalation), per promuovere la sicurezza e ridurre i rischi di danno per tutti in presenza di crescenti comportamenti reattivi.

**La contenzione deve essere utilizzata solo in caso di effettiva necessità<sup>3</sup> qualora mezzi alternativi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine. Devono essere utilizzate le modalità meno invasive e la durata deve limitarsi al tempo necessario per il superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.**

Secondo un documento redatto da un gruppo di studio e pubblicato sui Quaderni Italiani di Psichiatria<sup>4</sup> è necessario *un preciso quadro di garanzie **scritte*** con chiara indicazione del fatto che:

- *Nessuno possa essere sottoposto alla contenzione fisica per motivi diversi dall'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente;*
- *Nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto, o essere immobilizzata in altre situazioni di costrizione, senza che il fatto sia reso pubblico e trasparente attraverso un minuzioso resoconto di tutto quanto accade nella **cartella clinica** e un monitoraggio periodico di questi eventi da parte del DSM e del Servizio Sanitario Regionale;*
- *Siano **stabiliti con chiara certezza e resi pubblici i tempi massimi** entro i quali ci si impegna al fatto che il paziente sia periodicamente sottoposto a controllo infermieristico e a visita medica; gli siano offerti acqua, cibo e possibilità di muovere gli arti, nonché l'opportunità di espletare le proprie funzioni fisiologiche nel modo il più possibile confortevole e dignitoso;*
- *In nessun caso la contenzione possa essere protratta oltre il tempo strettamente indispensabile in riferimento al rischio di aggressione imminente e **siano esplicitamente definiti i tempi massimi nei quali la permanenza della condizione che ha portato alla***

<sup>3</sup>Quaderni Italiani di Psichiatria n° 2, 2012

<sup>4</sup>Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica - Documento di gruppo di studio. Quaderni Italiani di Psichiatria n. 2, 2012: 42-45

**contenzione sarà di volta in volta verificata, affinché la contenzione possa essere interrotta il più presto possibile;**

- *Siano previsti in modo esplicito — aspetto che appare auspicabile — i tempi oltre i quali la permanenza della contenzione che tende a prolungarsi in modo particolarmente significativo dovrà essere supervisionata da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del reparto (per esempio il direttore dello stesso o di altro DSM).*

## **6.1 Prescrizione e registrazione**

La prescrizione, scritta in cartella clinica, è di competenza del Medico o, in situazioni di particolare emergenza, dell'Infermiere con ratifica scritta del Medico nel più breve tempo possibile.

Nella cartella clinica devono essere descritti i tentativi posti in essere per gestire in modo alternativo la situazione (*l'intervento sanitario senza il consenso dell'interessato, o di chi lo rappresenta, è giustificato soltanto dallo stato di necessità - art. 54 c.p., nel rispetto delle linee guida/buone pratiche come descritto nella premessa*); le motivazioni all'origine della prescrizione di contenzione devono essere adeguatamente documentate riportando le condizioni di pericolo per sé e/o per gli altri e devono specificare:

- giorno
- ora
- tipologia di contenzione (es. polsiere)
- modalità e tempi di posizionamento dei mezzi di contenzione.

Tutte le strutture che potrebbero fare uso di mezzi di contenzione devono essere dotate di un apposito **registro** con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria/Direzione del DSMD.

Il registro delle contenzioni deve essere compilato all'atto della prescrizione di ciascuna contenzione ma non sostituisce la prescrizione da parte del medico nella cartella clinica dove vanno descritti i tentativi posti in essere per gestire in modo alternativo la situazione. Il Direttore della Struttura Complessa/Semplice è responsabile della corretta conservazione del registro delle contenzioni.

Il Medico deve compilare il **registro delle contenzioni** (Allegato N.1) dove riporterà:

- Nome e cognome del paziente;
- Numero nosologico;
- Data e ora di inizio e termine della contenzione;
- Motivazioni di avvio della contenzione;
- Azioni preventive alla contenzione;
- Modalità di attuazione della contenzione;
- Firma del medico che ha prescritto inizio e fine della contenzione.

Inoltre:

- Secondo le indicazioni della Società Italiana di Psichiatria ogni Azienda dovrà dichiarare con quale tempistica deve essere rivalutata la necessità della contenzione: Ogni Azienda Sanitaria deve stabilire con chiara certezza e rendere pubblici i tempi massimi entro i quali ci si impegna al fatto che il paziente sia periodicamente sottoposto a controllo infermieristico e a visita medica;
- La necessità della contenzione fisica deve essere rivalutata **tendenzialmente** almeno ogni **4** ore e ad ogni cambio del medico in servizio (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497);
- Durante il periodo di contenzione l'infermiere **deve garantire la mobilitazione del paziente ogni 2 ore, deve documentare nel diario infermieristico della cartella clinica l'avvenuta mobilitazione e descrivere le condizioni del paziente;**
- Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato per la prevenzione di eventuali complicanze (per es. edemi, ematomi ed ecchimosi);
- I mezzi di contenzione applicati sul paziente devono essere quelli prescritti;
- L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato dal medico e dall'infermiere, ognuno in base alle proprie competenze, all'interno della cartella clinica (nel diario medico e nel diario infermieristico).

## **6.2 Monitoraggio della contenzione**

La contenzione viene attuata dall'infermiere che deve conoscere la corretta tecnica di applicazione di ogni dispositivo.

Il ricorso ai mezzi di contenzione deve essere seguito dal monitoraggio infermieristico, in base alla tipologia del mezzo di contenzione utilizzato, per la prevenzione di eventuali danni iatrogeni da contenzione (Tabella 1), con l'utilizzo di una scheda di monitoraggio di cui l'allegato (Allegato N.2) rappresenta un possibile esempio.

**Tabella 1 - Potenziali danni iatrogeni da contenzione meccanica**

Traumi	Esiti secondari	Alterazioni della sfera psicosociale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrossamento;</li> <li>• Cianosi;</li> <li>• Abrasioni, ematomi, ferite, fratture, distorsioni articolari, contratture o distrazioni tendineo – muscolari;</li> <li>• Asfissia da compressione della gabbia toracica;</li> <li>• Strangolamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinenza;</li> <li>• Lesioni da decubito;</li> <li>• Maggiore incidenza di infezioni nosocomiali;</li> <li>• Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare;</li> <li>• Aumento dell'osteoporosi;</li> <li>• Trombosi venosa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress</li> <li>• Umiliazione</li> <li>• Depressione</li> <li>• Paura e sconforto</li> <li>• Aumento del livello di confusione/disorientamento</li> </ul>

In particolare il monitoraggio prevede :

- **Ogni 15'** rilevare il corretto posizionamento dei mezzi e l'eventuale comparsa di danni locali (abrasioni, ecchimosi);
- **Ogni ora** rilevare i parametri vitali, salvo prescrizione di tempi di monitoraggio diversi che devono essere segnalati in cartella sulla base della valutazione del paziente;
- **Ogni 2 ore** garantire al paziente la motilità degli arti contenuti per non meno di dieci minuti, compatibilmente con la condizione clinica;
- **Entro 2 ore** dall'inizio della contenzione il medico deve attuare una valutazione dello stato clinico e quindi valutare l'opportunità di sospendere o proseguire la contenzione.

**Successivamente** l'indicazione alla contenzione deve essere rivalutata **ogni 4 ore** salvo diversa indicazione su casi specifici.

In caso di assenza del medico di reparto sarà il medico di guardia a valutare il paziente e dare indicazione sulla decisione di interrompere o di prolungare la contenzione, indicando sul diario clinico se la rivalutazione successiva deve essere eseguita dopo le quattro ore previste dalla procedura o in un tempo più breve.

Per consentire l'espletamento di tutte le manovre necessarie al trattamento del paziente (nursing, trattamenti posturali, manovre terapeutiche particolari, ecc.) possono essere rimossi i mezzi di contenzione per il periodo strettamente necessario e sotto il controllo diretto dell'infermiere, pur persistendo lo stato di agitazione.

È sempre necessario valutare l'indicazione alla profilassi della trombosi venosa profonda e/o altri interventi diagnostico terapeutici.

La cessazione della contenzione deve essere effettuata su indicazione medica dopo una valutazione delle condizioni psicopatologiche del paziente, da registrare in cartella, e mettendo in atto le precauzioni necessarie per garantire il ripristino della mobilità del paziente.

## **7. DISTRIBUZIONE**

La SC Accreditamento, Controlli di Appropriatelyzza, Qualità e Clinical Governance provvede ad inviare la Procedura in formato elettronico alle Direzioni delle ASL ed alle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale.

La Procedura in formato elettronico ed i relativi Allegati saranno consultabili e scaricabili dal "Menu Contestuale" della ex - SC QACGRM al seguente link

<http://intranet.atssardegna.local/home/index.php/delibere>

## **8. ARCHIVIAZIONE**

La presente procedura sarà archiviata nel "Menu Contestuale" della ex - SC QACGRM.

## **9. INDICATORI**

Gli indicatori utilizzabili per il monitoraggio delle contenzioni sono i seguenti:

- N. di pazienti sottoposti a contenzione fisica nel periodo di riferimento/N. totale di pazienti ricoverati in SPDC nel periodo di riferimento;
- N. di pazienti sottoposti a contenzione fisica per più di 24 h nel periodo di riferimento /N. di pazienti contenuti nel periodo di riferimento;
- N. di pazienti che hanno presentato, nel periodo di riferimento, complicanze attribuibili alla contenzione /N. di pazienti contenuti nel periodo di riferimento;
- N. ore di contenzione totale/N. contenzioni effettuate (dato medio di contenzione).

## **10. RIFERIMENTI E BIBLIOGRAFIA**

1. M. Degan et al. *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute*. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004;23:68-75
2. Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti, Relazione Generale sull'attività del CTP 2005/2006
3. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Emilia Romagna 22.10.2009 "*Disciplina delle contenzioni fisiche presso i SPDC*"
4. Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 2010
5. Zanetti E et al. "*L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*". L'infermiere 2-2012
6. Società Italiana di Psichiatria-Quaderni Italiani di Psichiatria. Secondo numero - 2012
7. Comitato Nazionale per la Bioetica "*La contenzione: problemi bioetici*" 24 aprile 2015
8. Legge Gelli-Bianco L.24 del 2017
9. Cassazione Penale, sentenza n.50497 del 20 giugno 2018
10. Quaderni - Italian Journal of Medicine 2019; 7(6):e17
11. Paolo Piras. "*Quando non resta che legare il paziente: la Gelli-Bianco impone l'addio allo stato di necessità*" Diritto Penale Contemporaneo.
12. Cassazione Penale, pag 45 sentenza n.50497 del 20 giugno 2018
13. DGR Veneto n. 1106 del 6 Agosto 2020 "*Linee di indirizzo Regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*"
14. Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale 25/26 giugno 2021

## **11. ALLEGATI**

Allegato N. 1 Registro delle contenzioni

Allegato N. 2 Scheda di monitoraggio del paziente in contenzione