



**SERVIZIO SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE,  
SALUTE NELLE CARCERI**

**IL RESPONSABILE**

**ANGELO FIORITTI**

**DIREZIONE GENERALE SANITÀ E  
POLITICHE SOCIALI**

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	PG	/2009	/0236972
DEL	22	/10	/2009

## **CIRCOLARE N. 16**

**Ai Direttori Generali delle Aziende  
USL ed Ospedaliere della  
Regione Emilia-Romagna**

**Ai Direttori Sanitari delle  
Aziende USL ed Ospedaliere  
della Regione Emilia-Romagna**

**Ai Direttori dei Dipartimenti Salute  
Mentale – Dipendenze  
Patologiche delle Aziende USL  
Regione Emilia-Romagna**

**Ai Responsabili delle Unità  
Operative Aziendali:  
-SPDC  
- Gestione del Rischio**

**Oggetto: Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP.**

**L'argomento della contenzione fisica praticata presso le Unità Operative di Diagnosi e Cura dei DSM-DP, costituisce uno degli aspetti fondamentali dal punto di vista etico e professionale. Esso ha ricevuto attenzione nel corso dei lavori preparatori della II**

Viale Aldo Moro 21  
40127 Bologna

tel 051.5277262/61  
fax 051.5277060

salutementale@regione.emilia-romagna.it  
www.regione.emilia-romagna.it



Conferenza regionale sulla salute mentale e nel testo del Piano attuativo salute mentale 2009-2011 (DGR 313/2009), al punto 2.e. della Parte III, in cui si legge:

*Le pratiche di contenzione fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori etc..). Devono essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti. Molteplici esperienze locali dimostrano che il rigoroso rispetto di questi principi consente di ridurre l'uso della contenzione fisica a circa 2-3 episodi al mese per SPDC. Esistono in regione anche SPDC in cui la contenzione non viene praticata, in ragione di accorgimenti organizzativi e dotazioni strutturali particolari. A tal fine viene istituito un apposito gruppo di monitoraggio del fenomeno su tutti i SPDC regionali che relazionerà annualmente sul suo andamento e che al termine del periodo di applicazione di questo piano dovrà fornire indicazioni circa la possibilità di un completo superamento di tale pratica, senza rischi per la incolumità del paziente e del suo contesto.*

Negli ultimi mesi la Direzione Generale ha rilevato alcuni eventi indesiderati inerenti pratiche di contenzione, che sono stati accuratamente esaminati da commissioni di audit interne alle Aziende Sanitarie ed in un caso da una commissione regionale istituita ad hoc. Inoltre il Gruppo di lavoro sulla emergenza-urgenza istituito con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 12042 del 9.10.2008 ha dedicato all'argomento molta attenzione attraverso un gruppo apposito che ha elaborato le linee guida tecnico-professionali che si allegano alla presente circolare.

L'esame dei casi sottoposti ad audit ed il materiale raccolto dal Gruppo di lavoro permettono di identificare alcune criticità sulle quali esistono margini di miglioramento che devono essere tempestivamente perseguiti. In particolare risultano evidenti i seguenti aspetti:

- 1- esiste una notevole diffomità nel ricorso alla contenzione fisica tra i vari SPDC, sia per quanto riguarda il numero di persone sottoposte a contenzione, con tassi che variano da nessun caso ad oltre centocinquanta all'anno, sia per quanto riguarda la durata media delle stesse.
- 2- protocolli relativi alle procedure in merito a decisione, effettuazione, durata, registrazione, misure preventive, revisione periodica etc... sono molto diffomi;
- 3- In alcuni casi si è dimostrato che il protocollo non ha sufficiente diffusione e non è completamente conosciuto da tutti gli operatori;
- 4- È necessaria una particolare attenzione agli aspetti internistici (prevenzione tromboembolica, idratazione, comorbidità internistica etc...) ed alle misure concomitanti di farmacoterapia psichiatrica, sovente interagenti tra loro;
- 5- E' necessaria una maggiore formalizzazione negli aspetti di registrazione, revisione individuale e revisione periodica di tutti gli eventi di contenzione;
- 6- E' possibile dedicare risorse ed attenzione ad aspetti organizzativi in grado di ridurre significativamente il numero e la durata delle contenzioni, come, ad esempio, la flessibilità del turno infermieristico.

Va ricordato che la contenzione è un dispositivo che limita totalmente le libertà individuali ed in particolare la libertà di movimento del paziente e come tale va considerato un procedimento estremo a cui ricorrere solo nei casi in cui siano presenti condizioni quali comportamenti che mettono seriamente a rischio l'incolumità dei pazienti o dei caregivers e laddove altri interventi meno restrittivi abbiano dimostrato inefficacia o siano risultati insufficienti allo scopo.

Il paziente contenuto va in ogni caso considerato come un paziente che necessita di alta intensità assistenziale. Pertanto è necessaria un'assistenza continuativa anche al fine di garantire il necessario contenimento emotivo. La contenzione non è un atto sanitario, ma un provvedimento d'urgenza finalizzato a prevenire seri rischi. Come tale deve essere revocato non appena decadano le condizioni che lo hanno determinato. Ciò comporta la ricerca di un atteggiamento di massimo rispetto nei confronti del

paziente contenuto, con il quale, durante la contenzione, ove questo è possibile, devono essere esplicitate le cause che hanno reso necessario il provvedimento e va ricercato un dialogo che introduca progressivamente un piano di comprensione e collaborazione favorevole ad un assetto terapeutico più partecipato.

Per tutte queste ragioni e come primo atto applicativo di quanto disposto nel Piano Attuativo si chiede alle Aziende USL di voler rivedere le procedure in atto presso tutti i SPDC, adeguandole alle seguenti indicazioni:

- 1- E' opportuno che, laddove non sia già stato creato, venga istituito un Gruppo di lavoro aziendale di 6-7 persone, costituito oltre che da professionisti della UO direttamente interessata (medici ed infermieri) anche da professionisti delle UO territoriali e della UO Gestione del rischio, incaricato di rivedere e mantenere periodicamente le procedure in oggetto;
- 2- Tutti i reparti devono essere dotati di un apposito registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria nel quale devono essere annotati i seguenti elementi relativi ad ogni atto di contenzione:
  - a. Nome e cognome della persona sottoposta a contenzione,
  - b. problema per il quale viene determinata la contenzione,
  - c. valutazione medica inclusiva dell'esame delle opzioni tecniche ed organizzative alternative,
  - d. ora di inizio,
  - e. misure assistenziali richieste, con indicazione dell'operatore incaricato di effettuarle ed orari di effettuazione,
  - f. misure mediche adottate per la profilassi delle complicanze,
  - g. ora di cessazione della contenzione.
- 3- Le stesse informazioni devono essere anche segnate in cartella;
- 4- Tutte le contenzioni che si prolungano oltre le 24 ore devono essere segnalate alla Direzione Sanitaria di Presidio o Aziendale ed alla UO Gestione del Rischio. Va attivata possibilmente entro 12 ore, e comunque non oltre le 48 ore se la

contenzione ricade in giorni prefestivi o festivi, una riunione di audit clinico con personale della UO Gestione del rischio e del DSM-DP non appartenente al SPDC, al fine di esaminare tutte le opzioni alternative;

- 5- Tutte le contenzioni devono essere riesaminate ogni sei mesi in una riunione apposita, da parte del gruppo di lavoro che ha redatto e mantiene le procedure, con il contributo di personale del DSM-DP esterno al SPDC, della Direzione Sanitaria e della UO Gestione del Rischio;
- 6- Non ci risultano casi di minori sottoposti a contenzione fisica; nel caso ipotetico in cui ciò si rendesse necessario, è opportuno coinvolgere sempre nella decisione un medico della UO NPIA e darne comunicazione al Giudice Tutelare;
- 7- Le Aziende devono inviare annualmente un rapporto al Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione, indicando:
  - a. numero totale delle contenzioni effettuate,
  - b. numero delle contenzioni prolungatesi oltre le 24 ore,
  - c. date delle riunioni di verifica semestrale,
  - d. eventi indesiderati occorsi durante la contenzione,
  - e. ogni altro elemento utile al monitoraggio del fenomeno.
- 8- Si richiede anche di inserire i dati della rendicontazione annuale nel bilancio di missione aziendale, tenuto conto delle implicazioni etiche e politiche della limitazione della libertà dei cittadini sottoposti a contenzione fisica;

Si chiede di dare tempestiva attuazione a quanto sopra richiesto, comunque non oltre il 31.12.2009. Nei prossimi mesi verrà istituito un Gruppo Regionale specifico con compiti di monitoraggio che potrà avvalersi nella sua attività dei dati così raccolti e che esaminerà i singoli protocolli con la finalità di perseguire un costante miglioramento tecnico professionale ed umano della operatività nei SPDC.

Con i migliori saluti

Angelo Fioritti

**Gruppo di lavoro<sup>1</sup> su**  
**Emergenza –urgenza nell’area Salute mentale**  
**Elaborato finale**

**RACCOMANDAZIONI IN TEMA DI CONTENZIONE<sup>2</sup>**

In Italia non esiste una normativa specifica che disciplini, nei termini della legittimazione o del divieto, la misura della “contenzione”, nè si trovano nell’attuale ordinamento giuridico norme che riconducono gli atti coercitivi disposti o compiuti dal medico nella fattispecie dell’atto medico, configurante un trattamento sanitario, risolvendo in questo ambito il problema della loro natura antiggiuridica.

Il ricorso alla contenzione meccanica al letto di un paziente deve quindi essere considerato nell’ambito:

- del **problema della sicurezza** del paziente, dell’operatore o di terze persone, rientrando nei comportamenti che il sanitario adotta ravvisando uno “**stato di necessità**” (art. 54 c.p.)
- della **assunzione da parte del sanitario di una cosiddetta “posizione di garanzia”** (art. 40 c.p.) che gli impone di preservare il bene protetto (salute) da tutti i rischi che possano lederne l’integrità, configurandosi altrimenti una condotta omissiva

**Dal punto di vista del processo terapeutico la pratica della contenzione costituisce sempre un evento potenzialmente avverso, significativo per quanto concerne il rischio clinico, nel duplice aspetto della possibile compromissione:**

- **del percorso terapeutico**, per le conseguenze psicologicamente deleterie per il paziente, per lo staff curante e per tutti gli attori implicati nel progetto di cura (famigliari compresi)
- **della salute fisica e psichica** del paziente, come rischio attuale connesso alla esecuzione della pratica.

**Deve perciò essere considerata ogni azione volta alla riduzione della contenzione meccanica al letto e, ove possibile, alla sua eliminazione, utilizzando gli strumenti propri del governo clinico (adozione di procedure specifiche e implementazione di processi assistenziali dedicati, accurato monitoraggio del fenomeno, adozione di check**

---

<sup>1</sup> Il Gruppo di Lavoro Regionale istituito con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 12042/2008 è stato coordinato da Claudio Ravani e Stefano Costa. Il supporto tecnico ed organizzativo regionale è stato curato da Rossella Bignami. Del gruppo hanno fatto parte: Angelini Franca (A.USL Forlì), Aurigemma Claudio (A.USL Rimini), Baroncini Paolo (Villa ai Colli Bologna), Bignami Rossella (RER), Bosi Maria Pia (A.USL MO), Burattini Marita (A.USL MO), Chiesa Silvia (A.USL PC), Correddu Giuseppe (A.USL RA), Costa Stefano (A.USL BO), De Girolamo Giovanni (RER), De Ronchi Diana (Università BO), Donati Cristina (Villa Igea – MO), Fioritti Angelo (RER), Garofani Luisa (A.USL FE), Gennari Daneri Franco (Associazione “Camminiamo Insieme” – PR), Iemmi Maurizio (A.USL RE), Mellini Stefano (A.USL RE), Moschen Renato (A.USL RN), Muratori Roberto (A.USL BO), Pederzini Monica (A.USL MO), Pedretti Luca (Villa Rosa MO), Pellegrini Pietro (A.USL PR), Piantoni Alessandro (A.USL RE), Pieri Chiara (A.USL BO), Ravani Claudio (A.USL Imola), Righi Primo (Associazione “Insieme a noi tutti” – MO), Samory Gloria (Villa Azzurra - Riolo Terme), Semrov Enrico (A.USL RE), Serafini Romana (A.USL MO), Tampieri Ortensia (A.USL Imola), Vanni Adello (A.USL FE), Veneziani Maura (A.USL Reggio-Emilia)

<sup>2</sup> Si intende in questo ambito come contenzione la “contenzione meccanica al letto”



list sul rischio, audit clinici, azioni di miglioramento clinico e organizzativo, formazione degli operatori etc).

La ricognizione effettuata nei SPDC regionali (dati del Gruppo regionale di coordinamento SPDC) indica che:

- non vi è omogeneità in Regione circa l'utilizzo della contenzione meccanica (0 vs 198 eventi/anno)
- il numero di contenzioni relative a ricoveri per il **DRG 429, considerato ad elevato rischio di inappropriata**<sup>3</sup> è circa il 40% del totale, (il numero di ricoveri DRG 429 è mediamente il 4,9%)<sup>4</sup>

Questi dati indicano alcune linee di intervento prioritarie per ridurre/superare il fenomeno:

1. **riduzione dei ricoveri inappropriati** in SPDC
2. **analisi dei fattori associati** all'uso della contenzione negli SPDC (azioni per il governo clinico)
3. **analisi delle "buone pratiche"** che consentono, in alcune realtà, di ridurre il fenomeno

#### 1) **Azioni volte a ridurre i ricoveri inappropriati**

Ogni Azienda Sanitaria in ambito regionale si deve dotare di una **specifico procedura aziendale finalizzata a ridurre i ricoveri inappropriati** (in applicazione del D.P.C.M. 29.11.2001) per diagnosi riconducibili al DRG 429 in ambiente psichiatrico, che contenga la definizione di percorsi idonei:

- ad una appropriata valutazione e osservazione specialistica e, se necessario, una temporanea permanenza in altro ambito sanitario (Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza etc.) prima della eventuale decisione di ricovero in ambiente psichiatrico
- a condizioni di appropriatezza del ricovero per casi di intossicazione, situazioni il cui percorso terapeutico consiste nel trattamento internistico intensivo e solo in un secondo momento (ed eventualmente) nel trattamento psichiatrico che, quando si rende necessario, è molto più frequentemente ambulatoriale che ospedaliero

<sup>3</sup> come da D.P.C.M. 29.11.01 (*Livelli Essenziali di Assistenza: DRG 429 - DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE*)

<sup>4</sup> il che indica un ricorso molto elevato alla contenzione meccanica soprattutto per queste situazioni di ricovero inappropriato, evidenziando come un elevato "case-mix" negli SPDC determinato da questi ricoveri costringe frequentemente i sanitari ad assumere una "posizione di garanzia" per tutelare la salute dei pazienti, ed aumenta grandemente il rischio clinico

## 2) Azioni finalizzate a contenere il fenomeno per i ricoveri psichiatrici appropriati

- La pratica della contenzione deve essere dettagliata in una **Istruzione Operativa o Procedura specifica** che contenga **precisi descrittori**: sulle responsabilità, sulle azioni<sup>5</sup>, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento del paziente (familiari o altro), sulle comunicazioni a livelli sanitari di verifica (Direzione Sanitaria) e tutela (Giudice Tutelare)
- La contenzione si effettua eccezionalmente e solo in situazioni chiaramente previste dagli art. 54 e 40 C.P.<sup>6</sup>, e solamente quando ogni altro tipo di contenimento/trattamento sia risultato senza esito, impraticabile o controindicato (contenimento, relazionale, tecniche di de-escalation, appropriato trattamento farmacologico<sup>7</sup>)
- La pratica della contenzione deve essere soggetta ad **audit periodico**, che coinvolge tutto il personale inserendosi nell'ambito di **azioni di miglioramento** tese al superamento della pratica stessa
- Al fine di ridurre il ricorso alla contenzione sono da attivare **“trattamenti assistenziali intensivi”**, disposti in tempo reale, costituiti dal distacco di **uno/due infermieri che riducano le attività di routine** e garantiscano la necessaria assistenza ed il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente. Ciò trova la sua compatibilità in turni infermieristici quantitativamente proporzionati (5 unità sulle 12 ore diurne e 3 unità di notte).

## 3) Analisi e riproducibilità delle “buone pratiche”

Per una descrizione maggiormente dettagliata di questi aspetti si rimanda al documento esteso prodotto dal Gruppo di lavoro. Qui si riassumono le proposte operative che derivano dalla esperienza dei SPDC in cui la contenzione non è attuata o è grandemente ridotta:

### ❖ Requisiti relativi alla **dotazione di personale minima**

- Rapporto operatori/posti letto **2,2:1**
- Infermieri: **22 + 1 caposala**
  - 5 presenze di giorno (possibilità di attivazione di **“trattamenti assistenziali intensivi”**)

<sup>5</sup> la contenzione deve essere in ogni caso effettuata nel pieno rispetto della dignità del paziente

<sup>6</sup> Quando queste condizioni si verificano nel corso di ricoveri psichiatrici appropriati, si associa frequentemente il mancato consenso (valido) alle cure del paziente e la presenza di gravi alterazioni psichiche che necessitano di trattamento urgente: la pratica della contenzione avviene in questi casi attivando la forma del T.S.O.

<sup>7</sup> Si segnala, a questo riguardo, la indebita confusione terminologica, semantica, etico-professionale, nell'analogia da molti effettuata tra “contenzione meccanica” e “farmacologica”, trattandosi nell'un caso di un atto non medico, nell'altro dell'esercizio (da valutare certo per la sua appropriatezza) di atti terapeutici specifici della disciplina medica.



- 3 presenze di notte
  - 1 figura di diurnista (fuori turno)
  - OS: 4 (in turno sulle 12 ore)
  - Medici: 5 escluso Direttore di UO
  - Psicologi: 1 con accesso programmato almeno per 18 ore settimanali
  
- ❖ **Requisiti organizzativi**
  - **Turni infermieristici misti** (composti da personale maschile e femminile), per consentire maggiore adattabilità e opportunità relazionali
  - **Momenti gruppalì, strutturati e quotidiani**, che coinvolgano pazienti ed operatori, finalizzati a condividere aspetti concreti della vita del reparto, a ricercare significati condivisi per eventi e situazioni quotidiane; condivisione delle attività "sociali" con i pazienti (i pasti, le uscite esterne, la visione di film etc.); momenti gruppalì strutturati con lo psicologo ed infermieri;
  - **Rispetto del numero di posti letto occupati previsto per il reparto, senza sovraffollamento**
  - **Condivisione dei problemi con l'equipe curante esterna;** deve essere frequente la presenza in SPDC degli operatori dei servizi esterni, sia in visita ai loro utenti ricoverati sia per confrontarsi con gli operatori del reparto (verifica degli obiettivi)
  - **Formazione continua** della equipe di reparto (miglioramento delle competenze relazionali, della capacità di gestire i pazienti difficili, le situazioni di crisi, le dinamiche della equipe)
  
- ❖ **Requisiti relativi alla qualità della struttura**
  - Rigorosa applicazione dei principi e delle norme di sicurezza (L.626), che consentano anche di esercitare la scelta di tenere le porte del reparto aperte o chiuse
  - Ampiezza degli spazi, loro fruibilità, **luminosità** degli ambienti; almeno **due ambienti comuni**
  - **Privacy** (camere singole o doppie, con bagno)
  - Possibilità di svolgere varie attività **ricreative, motorie e/o socializzanti**
  - **Arredi** dignitosi, confortevoli, con caratteristiche di comunità più che ospedaliere
  - Disponibilità di **spazi esterni**
  - Adeguata qualità e quantità degli **alimenti**