

Ulteriori raccomandazioni inerenti la contenzione fisica (21.02.2009; ??-??-2014)
Recommendations on physical restraints

gruppo coordinato da P.F. Peloso (componenti: L. Cappellari, C. De Rosa, L. Ferrannini, M.E. Percudani)

Premessa

In letteratura ci si riferisce talvolta con il termine “contenzione fisica” a ogni intervento, anche manuale, idoneo a bloccare il corpo del paziente; con il termine “contenzione meccanica” a quelle forme di contenzione fisica che si attuano attraverso l'utilizzo di strumenti idonei a realizzarla e mantenerla. In genere, tuttavia, questa distinzione non viene tenuta presente, e il concetto di “contenzione fisica”, che sarebbe più ampio, viene fatto corrispondere a quello di contenzione meccanica, che ne rappresenta del resto la forma più diffusa. In questo documento ci si conformerà a questa abitudine.

La Società Italiana di Psichiatria ha già recentemente provveduto a emanare proprie Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica pubblicate sul secondo numero dei Quaderni Italiani di Psichiatria nel 2012 e tale documento sarà ripreso e approfondito in alcune sue parti in questa sede. Il fatto di ricorrere o meno alla contenzione fisica - e il quanto e il come eventualmente vi si ricorre - rappresentano elementi determinanti e fondamentali della qualità dell'assistenza sanitaria in un determinato territorio: essi investono l'assistenza sanitaria in generale ma - in alcune aree come la medicina di emergenza, la salute mentale e la geriatria - il problema riveste maggiore importanza. Occorre poi notare, nonostante la contenzione meccanica non rappresenti evidentemente un problema peculiare della psichiatria e si ritrovi in numerosi altri ambiti sanitari, nel campo della salute mentale essa assume un significato del tutto particolare, soprattutto per queste ragioni:

1. L'importanza che in psichiatria assume il tema della libertà personale, in riferimento al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale.
2. L'importanza che il tema della contenzione fisica e dei movimenti volti a ridurne o abolirne l'utilizzo hanno avuto nella storia della psichiatria e il rilievo che la gestione di questo aspetto può avere anche oggi nei vissuti di pazienti, operatori, familiari e nelle caratteristiche del clima di un servizio ospedaliero e di un DSM.
3. La bassa contrattualità sociale che caratterizza il più delle volte il paziente psichiatrico e la complessiva difficoltà, per le ragioni già richiamate al punto 1, del soggetto a vedere adeguatamente valorizzato e ascoltato il proprio punto di vista (advocacy).
4. Il fatto che la contenzione fisica avviene il più delle volte in psichiatria senza/contro il consenso informato del paziente che ne è oggetto, laddove in altre discipline mediche, come la chirurgia, essa avviene all'interno di pratiche mediche complesse, che prevedono anche momenti in cui il grado di violenza esercitata è maggiore ma la natura sanitario dell'atto è più certa, alle quali complessivamente il soggetto ha dato il proprio consenso perché possano aver luogo.
5. Il fatto che le considerazioni per le quali l'uso della forza può essere considerato lecito in psichiatria (prevenzione della violenza imminente o applicazione forzata di una disposizione dell'autorità) corrisponda a quelle per le quali esso lo è considerato, ma in quel caso chiaramente regolamentato, da parte delle Forze dell'ordine.
6. Il rischio che l'adozione o il protrarsi della contenzione in psichiatria possano

assumere valenze disciplinari o punitive improprie - anche in rapporto alla posizione particolarmente limitrofa alle questioni inerenti la pubblica sicurezza della psichiatria rispetto alle altre discipline mediche - o che possano essere eccessivamente influenzati dall'assetto emotivo di chi assume la decisione, anche perché l'atto origina il più delle volte come risposta a un rischio soggettivamente percepito.

La frequenza e le modalità della contenzione, e il livello di discussione riguardo a tale problema, rappresentano inoltre un segno importante del ruolo che al rispetto della persona viene attribuito da parte degli operatori direttamente interessati, del sistema sanitario nel suo complesso e della società civile; ma anche dei diritti e delle garanzie concrete di cui gode la persona, nonché del modo in cui gli psichiatri e gli altri operatori impegnati nella gestione di una crisi, ai diversi livelli di responsabilità, interpretano la propria professionalità. La Società Italiana di Psichiatria si interroga perciò su questa pratica almeno dai primi anni del XX secolo, quando i movimenti contrari all'uso della contenzione fisica si erano affermati in Paesi come la Gran Bretagna o la Germania. Il tema della contenzione ricorre poi, molto frequentemente, tra i problemi posti da utenti e familiari e dalle rispettive associazioni e riteniamo che una società scientifica non possa prescindere dalla necessità di prendere posizione e di dare indicazioni al riguardo. In questa direzione si sono mosse, pur in un contesto ancora caratterizzato dalla persistenza dell'ospedale psichiatrico, l'American Psychiatric Association e il Royal College of Psychiatrists .

1. Gli aspetti storici della questione

Ricordiamo, per ragioni di carattere storico, che la pratica della contenzione è da molti anni oggetto di discussione tra gli psichiatri; nel 1856 John Conolly scrisse un volume di grande importanza dal titolo "Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi" [4] e già nel 1904 al XII Congresso della nostra Società scientifica, tenutosi a Genova, Ernesto Belmondo sostenne l'abolizione della contenzione meccanica nei manicomi. In tale occasione venivano sottolineati i rischi di uno scivolamento inconsapevole verso l'abuso di questo strumento, dell'instaurarsi di cattive abitudini nello staff e veniva richiamata l'importanza di dare ascolto, su questa pratica, all'esperienza dei pazienti. Il congresso concludeva perciò su questo tema: *«Il Congresso, facendo plauso alla Relazione del Prof. Belmondo, disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti Manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci si impegnino a provocare, con ogni loro energia, nelle Amministrazioni quei provvedimenti, che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, coll'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione nell'articolazione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attui anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di contenzione per gli alienati»*. Da questa presa di posizione, che rappresenta la sintesi di un dibattito franco e impegnativo, riteniamo si debbano evincere tre concetti: il primo è che la contenzione meccanica in psichiatria rappresenta una pratica disapprovata dagli psichiatri e da abolire. Il secondo è che il ricorso alla contenzione meccanica non ha a che fare esclusivamente con le condizioni cliniche del soggetto che vi è sottoposto, ma almeno altrettanto con la formazione del personale e l'assetto logistico e organizzativo in cui opera. La terza è che i soci della SIP devono sentirsi particolarmente impegnati nel perseguire l'obiettivo di abolire la contenzione e sulla creazione di condizioni logistico-organizzative idonee a conseguirlo.

Il successivo Regolamento applicativo della legge del 1904 (R.D. n. 615 del 16 agosto

1909) regolava la contenzione all'articolo 60 che guardava all'abolizione dello strumento e ne sottolineava il carattere di gravità ed eccezionalità: *«nei manicomi devono 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»*.

Non vi è dubbio pertanto che già oltre un secolo fa la contenzione meccanica fosse vista come una pratica da evitare ogni volta che fosse possibile, da far durare il meno possibile, e cogliesse in pieno l'importanza del fatto di creare condizioni assistenziali complessive idonee a promuoverne la minimizzazione. Nei decenni successivi, però, come è noto la contenzione meccanica continuò a essere ampiamente praticata negli ospedali psichiatrici mentre venne meno la capacità di discuterne con la stessa franchezza con cui lo si era fatto nell'occasione ricordata, e questa pratica, nonostante fosse utilizzata in modo diffuso, divenne oggetto di pressoché totale rimozione.

Il dibattito sulla contenzione meccanica è ripreso in Italia negli ultimi vent'anni in modo prima più sporadico, e poi nell'ultimo decennio via via più diffuso (Castiglioni e Flores, 1987; D'Elia et al., 1992; Flores et al., 1994; Tartaglione, 1994; Peloso, 1995; Boiardi, 1996; Tartaglione, 1999; Benevelli, 2000; Piccione e Milano, 2002; Peloso e Ferrannini, 2003; AA.VV., 2005; Marcenaro et al., 2005; Spinogatti e Agrimi, 2005; Catanesi et al., 2006; AA. VV., 2006a; AA. VV., 2006b; Lugo et al., 2006; SIP, 2009; Agrimi e Spinogatti, 2006; AA. VV., 2010; Conferenza delle Regioni e P.A., 2010; Cornaggia et al., 2011; Del Vecchio et al., 2011; Dodaro, 2011; Di Lorenzo et al., 2012; SIP, 2012; Dodaro e Ferrannini, 2013; Cacace, 2013; Filippo, 2013; Massa, 2013; Novello, 2013; Peloso e Ferrannini, 2013; Petrini, 2013), portando tra l'altro alle raccomandazioni emanate da varie regioni fino al documento del 2010 della Conferenza delle Regioni e Province Autonome. La ricerca "ProgRes Acuti" (De Girolamo et al., 2007) ha confermato come il fenomeno della contenzione interessi un numero importante di strutture per acuti

Per quanto riguarda la letteratura internazionale, Begin (1991) e Fisher (1994) all'inizio degli anni '90 lamentavano l'insufficiente attenzione dedicata al tema nella letteratura psichiatrica, mentre in questi ultimi anni i contributi dedicati all'argomento, ai quali ci siamo ampiamente rifatti, sono divenuti più numerosi. E in linea generale possiamo osservare come oggi nella letteratura internazionale sia confermata una preoccupazione rispetto all'uso della contenzione meccanica e ne venga ribadito il carattere di eccezionalità e la necessità di sforzi volti a evitarla e prevenirla attraverso interventi formativi specifici sul rispetto del paziente e sulla gestione del comportamento violento. Una più recente review di Steinert e coll. (2008) ha documentato una situazione molto diversa tra i Paesi europei, in quanto ad esempio la contenzione meccanica è praticamente inutilizzata in Gran Bretagna, dove è considerata una pratica non etica e soppiantata dalla contenzione manuale o dall'isolamento, e invece molto variamente utilizzata in altri dei maggiori paesi. In Olanda è utilizzata con particolare frequenza, in relazione al fatto che essa è percepita come meno invasiva e meno lesiva della libertà personale rispetto alla somministrazione coattiva di farmaci, che si tende ad evitare il più possibile.

Guardando il panorama italiano, sono presenti oggi situazioni diversificate che è possibile, sostanzialmente, sintetizzare all'interno di tre tipologie:

- DSM che rifiutano a priori l'uso dello strumento della contenzione ("coordinamento degli SPDC che non legano");
- DSM che hanno messo in atto protocolli, attività formative e/o altri strumenti volti al monitoraggio, alla procedurizzazione e alla minimalizzazione della contenzione;
- DSM che non sembrano, almeno sul piano formale, avere assunto posizione rispetto a questo argomento.

2. Gli aspetti giuridici della questione

Come già evidenziato, l'unico accenno diretto al tema della contenzione meccanica in psichiatria è costituito dall'art. 60 del R.D. applicativo della legge Giolitti, del 1909. Esistono fondati dubbi sulla sua attuale validità, in quanto tale regolamento applicativo si riferisce a una legge abrogata con la legge 180/1978 (Castiglioni e Flores, 1987). Esiste del resto un fondato dibattito sul fatto che la contenzione debba essere considerata un atto prevalentemente sanitario, e trovare perciò riferimento nell'art. 32 della Costituzione; o un atto inerente prevalentemente la libertà personale, e trovare perciò riferimento principale nell'art. 13 della Costituzione. In entrambi i casi, peraltro, né la legittimità giuridica né a maggior ragione l'obbligatorietà della contenzione attuata con mezzi meccanici troverebbero fondamento, in quanto si tratterebbe comunque di un atto non specificamente previsto né regolamentato dalla legge (Massa, 2013). I soli riferimenti possibili sarebbero perciò, nei casi in cui la contenzione - per lo più manuale o comunque molto breve - sia attuata ai fini dell'imposizione di una terapia, nelle previsioni per il Trattamento Sanitario Obbligatorio previsto dagli art. 33, 34, 35 della legge 8233/1978. E nei casi, più frequenti, in cui viene assunta per impedire un atto di violenza imminente nell'art. 52 (*"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 una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa"*) e 54 (*"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"*) del Codice Penale, inerenti la legittima difesa e lo stato di necessità, ma anche in questo caso la contenzione troverebbe giustificazione esclusivamente come provvedimento di emergenza, e in tal caso il criterio della breve durata appare fondamentale (Dodaro, 2011; Cacace, 2013). In caso di maggiore durata l'effettiva sussistenza di queste condizioni dovrebbe essere eventualmente valutata dall'Autorità Giudiziaria. Va inoltre osservato che tali esimenti riguarderebbero la non punibilità del medico che attua la contenzione, lasciando però inalterato il carattere di illegittimità dell'atto che quindi costituirebbe comunque un reato.

Per Catanesi e coll. (2006) la contenzione fisica in psichiatria può essere inclusa tra i provvedimenti atti a tutelare la vita e la salute della persona ai quali il medico è deontologicamente obbligato, che devono essere però attuati nel massimo rispetto della libertà e dignità della persona, a suo beneficio, solo in caso di necessità e nei limiti previsti dalla legge, imiti che anche questi autori identificano nell'art. 54 C.P. a proposito della cui applicabilità richiamano il fatto che il pericolo deve essere quello di un grave danno alla persona, deve essere attuale, non altrimenti evitabile e proporzionato alla gravità del provvedimento che si adotta.

Il giurista Michele Massa (2013) ha recentemente proposto un'interessante disamina dei riferimenti giuridici inerenti la contenzione meccanica, alla quale necessariamente si rimanda, soffermandosi in particolare su quelli contenuti nella legislazione comunitaria, e in particolare nella Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo (CEDU) come interpretata dalla Commissione Europea per i Diritti dell'Uomo e alla raccomandazione 1235 su psichiatria e diritti umani approvata dall'Assemblea Parlamentare il 14 aprile 2004; e dai ripetuti pronunciamenti del Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa (CPT). La Raccomandazione 1235 prevede all'art. 27 che la contenzione fisica, se non momentanea, debba essere applicata solo in caso di pericolo imminente e in modo proporzionato, in ambiente idoneo, sotto supervisione medica e controllo regolare, e adeguatamente documentata. Quanto al CPT, esso prevedeva nel 1992 la possibilità di ricorso alla contenzione come evento raro e autorizzato da un medico, e il fatto che

fossero scrupolosamente registrati in cartella e in apposito registro inizio e fine, e specificazione delle circostanze e delle ragioni dell'utilizzo. Nel 1997, con specifico riferimento ai ricoveri psichiatrici, si precisa che la contenzione deve essere disciplinata da chiare linee guida e quando attuata con mezzi meccanici deve essere interrotta nel minor tempo possibile. Nel 2005-06 si precisa ulteriormente che il paziente in ricovero volontario, se contrario alla contenzione attuata con mezzi meccanici cui è sottoposto, deve passare al regime di obbligatorietà. Analoghi principi sono stati fissati dall'OMS (2005), che tra l'altro prevede la frequente rivalutazione della necessità della contenzione e una durata massima di alcune ore.

Dal fatto che la contenzione sia considerata un atto prevalentemente sanitario o inerente la sicurezza o l'applicazione di un'ordinanza del Sindaco, deriva poi un problema rispetto ai soggetti tenuti ad applicarla, rappresentati nel primo caso dal personale sanitario, supportato solo ove occorra dalle forze dell'ordine; nel secondo, salvo casi di immediata emergenza, dalle forze dell'ordine stesse, ed esistono in questo momento nel nostro Paese diversi orientamenti e prassi al riguardo.

3. La necessità di trasparenza del fenomeno e dell'esistenza di procedure definite al riguardo

Il fenomeno della contenzione meccanica di persone affette da condizioni psicopatologiche rappresenta un tema importante di salute pubblica e di diritto e dev'essere attentamente studiato e conosciuto attraverso un'attività di monitoraggio della quale le Amministrazioni Regionali dovrebbero farsi carico e che le Società Scientifiche e Associazioni a più diverso titolo interessate dovrebbero contribuire a promuovere. Solo la conoscenza dei dati reali rispetto a questo fenomeno potrà dare una precisa consapevolezza della sua reale consistenza e insieme permettere di impostare le iniziative volte ad evitarlo su basi e con metodi di carattere scientifico. Ad oggi, sembrano esistere realtà nelle quali la contenzione viene praticata con relativa frequenza e altre nelle quali essa viene praticata del tutto raramente o non viene praticata affatto, ma non è possibile comprendere quanto questo dipenda da differenze relative alla tipologia di situazioni sulle quali si interviene e quanto, invece, da condizioni operative (per esempio, dal rapporto tra sistema sanitario nel suo complesso e luoghi e servizi psichiatrici, da qualità e quantità del personale o da aspetti logistici), da stili di lavoro, da abitudini e culture o dall'esistenza o meno di una riflessione sul tema tra i responsabili e nei gruppi di lavoro, nonché di iniziative attivamente volte a minimizzarne l'utilizzo. Nonostante poi la necessità di un monitoraggio sia universalmente riconosciuta, e non sembri presentare particolare complessità di attuazione, sorprende come molte amministrazioni regionali non si siano ancora attivate a questo riguardo.

Un'altra esigenza di trasparenza è quella di prevedere che ciascuna istituzione psichiatrica enunci con chiarezza alla propria utenza la propria politica a proposito della contenzione fisica, le condizioni nelle quali un soggetto può correre il rischio di esservi sottoposto e le caratteristiche della messa in atto e delle garanzie offerte alla persona così immobilizzata.

4. Le circostanze atte a giustificare la contenzione fisica

La letteratura internazionale e nazionale appare concorde sul fatto che la contenzione fisica possa essere giustificata solo a fronte di un concreto rischio imminente di violenza auto ed etero diretto. L'elemento di maggiore criticità di questo criterio è quello che, trattandosi di un rischio soggettivamente avvertito e non di un fatto obiettivo, la sua valutazione risente delle caratteristiche del/i valutatore/i (stato emotivo, pregiudizi, dinamiche interne al gruppo di lavoro, sicurezza ambientale, altre circostanze nelle quali

avviene la valutazione ecc.). Mentre esiste in generale un consenso intorno alla liceità dell'uso della forza quando il rischio imminente riguarda persone fisiche, è molto più discussa la sua liceità quando il rischio è rappresentato da danni ad oggetti. Inoltre, dal momento che questo criterio fa riferimento a una condizione di rischio per l'incolumità personale, appare evidentemente che non esiste nessuna ragione perché esso possa essere applicato in modo più estensivo a soggetti che si trovino in condizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Un secondo criterio è rappresentato dalla necessità di somministrare, all'interno di un Trattamento Sanitario Obbligatorio, una terapia che il soggetto rifiuta. In questo caso il provvedimento può essere programmato, e ha in genere durata più breve. Un aspetto delicato è rappresentato dalle caratteristiche del "rifiuto", e cioè dalla valutazione della reale urgenza e dal carattere indispensabile della somministrazione. Nella pratica, la necessità di passare dalla contenzione manuale, momentanea, alla contenzione meccanica, corrisponde il più delle volte al fatto che la somministrazione obbligatoria della terapia ha determinato una situazione che ricade nell'ipotesi precedente, di rischio concreto e imminente per l'incolumità personale, che quindi rimane l'unica in base alla quale è possibile essere costretti a ricorrere alla contenzione meccanica.

Al di fuori di queste due circostanze, nelle quali la contenzione fisica mantiene comunque il suo carattere di provvedimento eccezionale e rimane comunque un provvedimento da evitare e far durare il minimo indispensabile, non è possibile la sua adozione. In alcuni protocolli è esplicitato il fatto che in nessun caso la contenzione fisica può essere utilizzata né protratta con finalità di carattere pedagogico o punitivo. Una robusta review di Sailas e Fenton (2012) depone contro le ipotesi circa una presunta "terapeuticità" della contenzione fisica, che anche qualora dimostrata non giustificerebbe comunque in termini di diritto questa pratica, concludendo che non esistono evidenze in questa direzione, mentre esistono evidenze del rischio di gravi effetti indesiderati.

5. Luoghi e ambiti della contenzione fisica

I luoghi della contenzione. Nell'ambito delle strutture che operano nel DSM il SPDC è il luogo della gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica; stime condotte nel nostro Paese vi riferiscono una prevalenza di episodi di comportamenti aggressivi variabile tra il 3 e l'8% dei soggetti ricoverati (Cornaggia et al, 2011). Il problema della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche non riguarda solo i luoghi della psichiatria, ma può riguardare anche situazioni ad essi esterne quali trasporto in ambulanza, pronto soccorso, altri reparti ospedalieri, realtà residenziali esterne all'ospedale. Un tema particolarmente delicato sotto il profilo etico e tecnico - e particolarmente attuale nel momento del passaggio dell'assistenza penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale - è poi rappresentato dall'uso della contenzione in persone affette da condizioni psicopatologiche nei luoghi di reclusione, dove il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e motivazioni di carattere disciplinare è evidentemente più elevato e il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e trattamento di eventuali complicanze sanitarie può essere inferiore. Va da sé, tuttavia, che solo a partire da una pratica corretta nei riguardi della contenzione fisica all'interno dei propri luoghi, la psichiatria potrà esercitare un'influenza scientifica e culturale volta a minimizzarne l'utilizzo in tutti gli altri luoghi nei quali si può porre la necessità di gestire situazioni di comportamento violento in persone affette da condizioni psicopatologiche.

Il rapporto tra il servizio ospedaliero e il DSM. L'utilizzo della contenzione all'interno di un servizio ospedaliero psichiatrico non è questione interna al servizio ospedaliero, ma coinvolge tutto il DSM. Non è infrequente, infatti, che il provvedimento della contenzione intervenga prima, o durante, l'ingresso del paziente in ospedale o in servizio ospedaliero.

E il modo in cui l'ingresso avviene è in stretta relazione, almeno nel caso dei pazienti in carico, con il fatto che il CSM si senta attivamente impegnato nel perseguire l'obiettivo del superamento dell'uso di strumenti di contenzione meccanica nel servizio ospedaliero, evitando il più possibile - attraverso strategie di presa in carico efficace e di riduzione dei drop-out - il fatto che il paziente giunga in ospedale in condizioni di crisi di difficile gestione perché non è stato seguito con sufficiente continuità e tempestività; lavorando per promuovere il più possibile un carattere consensuale ai trattamenti necessari; e garantendo ogni volta che sia possibile l'accompagnamento del paziente al pronto soccorso da parte di operatori a lui noti. Occorre tenere poi presente che il timore delle pratiche di contenzione contribuisce spesso a rendere più ostili o timorosi il paziente e/o i familiari rispetto alla proposta di ricovero formulata sul territorio.

6. Le alternative alla contenzione fisica

Le persone e la diagnosi. Diagnosi clinica e altre caratteristiche personali del paziente non sembrano essere i determinanti di una maggiore probabilità di ricorso alla contenzione; tra i fattori di rischio extraclinici si ricordano il sesso maschile, la giovane età, l'abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o alcool, ma soprattutto una storia personale di progressi comportamenti impulsivi/ostili, oltre alla durata del ricovero ospedaliero e alla condizione di obbligatorietà del ricovero stesso. Tra quelli clinici, soprattutto nei disturbi psicotici, risultano significativi la presenza di sintomi psicotici acuti – in particolare sintomi paranoidei e disorganizzazione del pensiero – in atto o precedenti il ricovero. Alcuni disturbi di personalità, anche indipendentemente dalla presenza di patologie in comorbidità, presentano un intrinseco accresciuto rischio di comportamenti auto/eteroaggressivi: si tratta in particolare del disturbo borderline e del disturbo antisociale di personalità. Alcune situazioni in particolare, come una storia di atti violenti o la presenza di deficit cognitivi che rendano più problematica la comunicazione, o la comorbidità con uso di sostanze, devono essere considerate fattori di rischio per la violenza e per la percezione - in termini di particolare pericolo - di eventuali atteggiamenti minacciosi del paziente da parte dello staff. Particolare attenzione, perciò, occorrerebbe dedicare alla formazione dello staff nella gestione di queste situazioni evitando la necessità del ricorso alla contenzione.

Gli obiettivi. L'obiettivo di evitare la contenzione fisica in un servizio ospedaliero rappresenta una condizione in grado di favorire in modo determinante la serenità dei pazienti (che possono anche essere turbati e avviliti dal fatto di essere testimoni, e non solo oggetto, dell'applicazione di questa misura), dei familiari e degli operatori, nonché la buona qualità delle relazioni tra di essi, oltre a migliorare l'immagine del paziente psichiatrico e della stessa disciplina psichiatrica: solo con il superamento di questa pratica il paziente cesserà di essere per l'opinione pubblica un "matto da legare" e lo psichiatra di essere "il medico che lega". L'esistenza, già ricordata, di servizi ospedalieri che esercitano quotidianamente la fatica di non ricorrere alla contenzione meccanica fino al punto di riuscire a non utilizzarla da anni deve far riflettere e dimostra che l'eliminazione della contenzione è un obiettivo realistico, e rappresenta quindi una sfida e un incoraggiamento per tutti a costruire condizioni logistiche, culturali e tecniche idonee a conseguirlo.

Le modalità di conseguimento dell'obiettivo di evitare la contenzione fisica. Evitare la contenzione fisica in un servizio ospedaliero di psichiatria è un obiettivo realistico ma ambizioso, che si può raggiungere solo se è assunto dal DSM e dal singolo servizio ospedaliero come un obiettivo centrale nella propria offerta di cura. Coerentemente con questo obiettivo, è necessario che il DSM si impegni a garantire un'offerta psichiatrica di elevata qualità tecnica e scientifica, capace in particolare di un'attiva e continua formazione sui temi dei diritti dei pazienti, dell'ascolto della voce loro e dei familiari, della

gestione del rischio, della gestione in particolare della crisi e della capacità di tutto il personale di padroneggiare le proprie emozioni e i propri impulsi al controagito. Ricordiamo che in molte situazioni sono stati proposti protocolli per la gestione il più possibile atraumatica del rischio di violenza, e questo tema è stato tra l'altro fatto oggetto di una Raccomandazione da parte del Ministero della Salute (n. 8, novembre 2007). In ogni caso, è fondamentale mantenere nel vissuto del gruppo di lavoro la consapevolezza del carattere *assolutamente eccezionale* che il ricorso deve sempre avere, evitando che essa scivoli, come spesso è accaduto nel passato e troppo spesso accade ancora nel vissuto dello staff e dei pazienti, nella routine.

7. Prevenzione della contenzione

Per la prevenzione della contenzione meccanica in SPDC occorre ridurre i comportamenti violenti nei luoghi di cura attraverso l'adozione e/o il potenziamento di buone pratiche cliniche in luoghi di cura sicuri e confortevoli.

I fattori sui quali è possibile intervenire sono rappresentati da:

- Fattori strutturali: le caratteristiche logistiche del servizio ospedaliero, il rapporto numerico staff/pazienti ecc.
- Fattori relazionali: l'atteggiamento dello staff verso i pazienti, in particolare in occasione di episodi di agitazione caratterizzati da aggressività, o di atteggiamenti oppositivi
- Le caratteristiche dei pazienti ricoverati nell'unità di tempo.

La condivisione di valori all'interno del gruppo curante e di una filosofia clinico-assistenziale che ponga al centro la persona, un'attenta valutazione del paziente, delle sue emozioni e dei suoi bisogni e il vaglio responsabile di tutte le possibili soluzioni alternative. L'obiettivo di ridurre la contenzione deve essere perseguito mettendo in atto azioni migliorative e responsabilizzando i diversi livelli coinvolti. Si fa riferimento agli aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, alla formazione del personale degli SPDC, ma anche alle attività territoriali dei DSM ed ai loro rapporti con gli altri Soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti, ed al contesto in generale. Si ribadisce quindi il suggerimento pratico di sviluppare un processo di miglioramento continuo finalizzato al cambiamento delle pratiche, che utilizzi l'analisi delle pratiche stesse e del loro andamento, oltre alla revisione dei protocolli e delle procedure operative effettivamente in uso.

Variabili "di contesto", legate all'organizzazione, alle regole ed alla routine di servizio ospedaliero, appaiono peraltro ancora più rilevanti (Alexander e Bowers, 2004). Fattori come: - l'affollamento di pazienti e operatori nel servizio ospedaliero, - la condizione ambientale, in particolare le caratteristiche favorevoli o meno il comfort "abitativo", l'assenza di chiarezza, univocità ed empatia della comunicazione con i pazienti da parte dello staff, la presenza di fattori legati al burn-out degli operatori, a pregiudizi o a un'insufficiente sensibilità verso i diritti e i bisogni dei pazienti possono risultare particolarmente significativi. Anche la mancanza di proposte di attività all'interno del servizio ospedaliero, i tempi vuoti e la noia giocano un ruolo non secondario nell'alzare il rischio di agitazione, aggressività e violenza. E' stata anche delineata una correlazione "a cascata" tra tipo e intensità della leadership nel servizio ospedaliero, caratteristiche strutturali e procedure organizzative, qualità del lavoro di equipe, livello di burn-out degli operatori, percezione di difficoltà nella gestione dei casi e probabilità di ricorso alla contenzione fisica (Bowers et al, 2011). Tutte le situazioni di ingiustificata restrizione della libertà personale (difficoltà di accedere al colloquio col personale, al telefono, regolazione eccessivamente restrittiva delle visite dei parenti, della possibilità di fumare, ecc.), che sono talora all'origine di situazioni di attrito e di tensione evitabili tra il paziente e lo staff e

possono determinare condizioni di reazione del paziente tali da rendere più probabile l'adozione di provvedimenti di contenzione, devono essere anche per questa ragione evitate.

A fronte di queste evidenze, dovrebbero essere dunque sistematicamente valutati, monitorati e affrontati secondo le migliori pratiche i fattori di rischio per l'emergenza di fenomeni di ostilità/aggressività nei pazienti ricoverati. Dovrebbero a tal proposito essere adottati sistematicamente protocolli di valutazione del rischio di aggressività e violenza e di trattamento e gestione dell'agitazione e dell'aggressività in SPDC. Dovrebbe essere inoltre posta attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi in SPDC, con particolare riguardo ad aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, monitoraggio dell'andamento dei ricoveri complessi, formazione e atteggiamento del personale.

Tra i fattori strutturali e organizzativo/funzionali, oltre al rispetto puntuale dei criteri di accreditamento previsti per gli SPDC, andrà posta attenzione al comfort abitativo, alla sicurezza ambientale, ad evitare il sovraffollamento dei reparti. Risulta particolarmente indicato approntare e regolarmente aggiornare un regolamento del servizio ospedaliero, conosciuto ed approvato dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di afferenza, comprendente anche specifiche regole di comportamento per pazienti e operatori. La chiarezza delle regole del servizio ospedaliero, della loro comunicazione, e la consistente applicazione delle stesse da parte dei membri dello staff sono elementi di sicura utilità (Alexander e Bowers, 2004), mentre la eccessiva strutturazione/rigidità nella loro applicazione, il loro carattere sanzionatorio o la percezione di un insufficiente equilibrio tra gli interessi/bisogni dei pazienti e quelli dello staff/dell'istituzione possono generare un atteggiamento di insofferenza nel paziente. Tra gli aspetti organizzativo/funzionali è poi sicuramente da collocare il tema delle attività da svolgere nel servizio ospedaliero al fine di rendere il periodo del ricovero un momento significativo non solo per il superamento dell'acuzie, ma anche per l'avvio o la verifica del progetto di presa in cura/carico del paziente in collaborazione con il CSM di competenza, e per lo svolgimento di appropriate attività psicoeducative e/o risocializzanti e ricreative senza escludere l'eventuale coinvolgimento delle famiglie. Interventi con programmi e percorsi adeguatamente strutturati, con tempi costanti, con modalità interattive e non esclusivamente "direttive", con il coinvolgimento partecipe sia dei degenti sia degli operatori dei diversi servizi (ospedaliero e territoriali), migliorano la comunicazione e le informazioni, aumentano la consapevolezza di malattia e la conseguente adesione al trattamento.

Ricoveri più complessi sono quelli di pazienti affetti da patologie correlate all'abuso/dipendenza/astinenza da alcool o droghe, ma anche di pazienti con ritardo mentale, di anziani in particolare se affetti da demenza, di portatori di quadri neurologici con sintomatologia prevalentemente comportamentale, di adolescenti con disturbi del comportamento non correlati ad un disturbo psichiatrico, specie se senza differenziazione dei luoghi e delle modalità di trattamento rispetto alla normale routine terapeutica dell'SPDC, di soggetti portatori di richieste/bisogni di tipo sociale o assistenziale, o autori di comportamenti antisociali non direttamente correlati a psicopatologia maggiore riconoscibile e trattabile. In tutti questi casi, esiste un maggior rischio di un protrarsi nel tempo che può contribuire a esasperare i rischi di violazione delle regole e di conflitto con l'equipe. Sebbene i dati disponibili siano scarsi ed eterogenei, risulta che la demenza costituisca una condizione caratterizzata da elevata incidenza di eventi impulsivo-aggressivi, anche se spesso di basso impatto sugli operatori e sul contesto, e che tali comportamenti siano favoriti dalla degenza in ambiente ospedaliero. Gli interventi e i comportamenti atti a ridurre questa tipologia di ricoveri richiedono una imponente azione sul contesto, che consenta di ridurre al minimo in questi casi il ricorso all'SPDC.

8. Modi e tempi della contenzione

Per quanto riguarda i modi della contenzione meccanica, in Italia lo strumento più largamente utilizzato è quello della contenzione ai quattro arti al letto, realizzata con modalità e strumenti diversi secondo gli stili invalsi nella tradizione dei diversi reparti. Sono invece molto raramente utilizzate forme di contenzione che impediscano il libero movimento della persona senza però bloccare il corpo, come l'isolamento, che invece è molto utilizzato ad esempio in Gran Bretagna, dove ha da anni soppiantato quasi del tutto l'uso della contenzione. E' difficile risalire all'origine di queste evidenti differenze nelle prassi operative, anche se sembra che una parte importante sia giocata da rimandi di natura simbolica: la presa sul corpo viene più facilmente ricondotta a interventi di natura medico-chirurgica, mentre il chiudere in uno spazio ristretto fa piuttosto pensare alla reclusione cellulare del detenuto. Riteniamo che questa situazione debba però diventare l'oggetto di una riflessione attenta e il più possibile obiettiva, che tenga soprattutto nel massimo conto il punto di vista espresso dai diretti interessati, a partire da tre considerazioni. La prima è che nelle interviste di pazienti sottoposti alla contenzione meccanica, i due aspetti principalmente lamentati sono la mancanza di libertà, il fastidio per l'immobilizzazione innaturale del corpo e il fastidio di essere oggetto di decisioni altrui; è evidente che nell'isolamento almeno il secondo elemento di sofferenza verrebbe meno. La seconda è che parrebbe doveroso, ove ci si trovi nella necessità di limitare la libertà di un soggetto, la scelta delle modalità e dello strumento dovrebbe rispondere al criterio della minima costrizione indispensabile, e pertanto l'opzione dell'isolamento dovrebbe essere presa in considerazione prima di quella del blocco fisico del corpo in una posizione di immobilità. La terza è che nell'isolamento verrebbero meno i gravi rischi di complicanze mediche collegati alla costrizione del corpo in una posizione di immobilità.

Quanto ai tempi di durata della contenzione occorre rilevare che esso rappresenta un aspetto tutt'altro che secondario, come potrebbe apparire in un approccio al problema in termini di tutto o nulla, e anche pochi minuti di inutile protrarsi della contenzione rispetto allo strettamente indispensabile rappresentano un'inammissibile violazione dei diritti della persona legata e un'inutile aumento della sua sofferenza. I tempi entro i quali viene valutata la necessità di protrarre la contenzione con mezzi meccanici dovrebbero tener conto del carattere eccezionale che per questa situazione è prevista dalla legge, del suo carattere di provvedimento di emergenza e della necessità di non protrarlo oltre l'indispensabile perché gli art. 52 e 54 possano essere invocati, delle raccomandazioni degli organismi internazionali in materia oltre che delle esigenze di sicurezza del paziente, e non andare oltre il controllo a vista o almeno ogni 15-30' per il controllo infermieristico, e oltre le 2 ore per quello medico. Nel caso che lo stato di necessità sulla base del quale si determina la situazione di limitazione della libertà personale e di blocco del corpo rappresentato dalla contenzione meccanica si protragga oltre le prime ore, potrebbe essere opportuno valutare l'opportunità di informare il magistrato del protrarsi della situazione di eccezionalità venutasi a creare.

9. Alcune garanzie indispensabili

La necessità di perseguire l'obiettivo di evitare la contenzione fisica non deve portare come conseguenza perversa a una scarsa trasparenza del fenomeno, quando ciononostante si verifica, né a un'assenza di chiare garanzie per la persona che, ciononostante, vi viene sottoposta. Ciò rende perciò necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno

strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori. Queste garanzie devono riguardare, in particolare, almeno il fatto che:

- A. nessuno possa essere sottoposto alla contenzione meccanica per motivi diversi dall'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente, o di urgente e indispensabile imposizione della somministrazione di una terapia che viene rifiutata all'interno del Trattamento Sanitario Obbligatorio (in questo secondo caso, è in genere sufficiente la contenzione manuale, da attuarsi anch'essa nel massimo rispetto di criteri di dignità e incolumità della persona).
- B. si ponga il massimo impegno perché siano rimosse nei reparti di psichiatria tutte le situazioni di ingiustificata restrizione della libertà personale (difficoltà di accedere al colloquio col personale, al telefono, regolazione eccessivamente restrittiva delle visite dei parenti, della possibilità di fumare, ecc.), che sono talora all'origine di situazioni di attrito e di tensione evitabili tra il paziente e lo staff e possono determinare condizioni di reazione del paziente tali da rendere più probabile l'adozione di provvedimenti di contenzione;
- C. in ogni servizio ospedaliero siano garantite condizioni logistiche e di organico e siano disponibili specifici protocolli e formazione, perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale;
- D. prima di giungere alla contenzione siano sempre attivati in modo tempestivo tutti gli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici utili al contenimento della crisi, per la cui tempestiva attuazione è necessaria una specifica formazione degli psichiatri e degli altri operatori;
- E. 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 della ASL/AO e del Servizio Sanitario Regionale;
- F. la ASL/AO renda espliciti i provvedimenti adottati al fine di minimizzare o, se possibile, azzerare il ricorso alla contenzione fisica negli ambienti psichiatrici;
- G. siano sempre spiegate - contemporaneamente alla contenzione - al paziente le ragioni e le finalità sanitarie e non punitive del provvedimento e venga utilizzato ogni strumento comunicativo utile a rasserenare e a tranquillizzare la persona che ne è oggetto; dopo che il provvedimento ha avuto termine, esso sia ridiscusso con il paziente, con gli altri pazienti eventualmente coinvolti come testimoni, con i familiari e all'interno dello staff, chiamato a fare di questo episodio di temporaneo ed eccezionale fallimento della sua capacità di contenimento nell'ambito di una relazione rispettosa e non violenta un'occasione di crescita professionale perché situazioni analoghe possano essere gestite nel futuro senza giungere alla contenzione;
- H. siano evitati in particolare, nel corso dell'uso della forza, del blocco fisico o della contenzione, atti che possano essere pericolosi sotto il profilo sanitario o che possano essere vissuti come particolarmente angoscianti dalla persona che ne è oggetto;
- I. nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto senza che ci si adoperi con ogni mezzo per aiutarla a sopportare nel modo per lei più confortevole e dignitoso questa condizione dolorosa sotto il profilo emotivo e, potenzialmente, pericolosa; 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 nel corso del quale siano rilevati i parametri fondamentali e 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, e quelli entro i quali il medico verifica la possibilità di porre termine al provvedimento (tali tempi sono

suggeriti, anche in riferimento al carattere di eccezionalità del provvedimento, rispettivamente in mezz'ora e in due ore);

- J. dal momento che casi di gravi danni alla salute - fino alla morte del paziente durante la contenzione - sono segnalati nella cronaca e nella letteratura scientifica, in particolare in soggetti anziani intossicati o portatori di problemi di carattere medico, particolare attenzione deve essere dedicata all'attivazione di tutti quei presidi sanitari necessari ad evitare che la contenzione fisica possa dare luogo a complicanze mediche di natura ortopedica, vascolare o neurologica o ad altre conseguenze negative per la salute del paziente (tra i principali: asfissia, compressione toracica, torsione degli arti, rush catecolaminico, ostruzione delle vie aeree, rabdomiolisi, trombosi ecc.) e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione;
- K. in nessun caso la contenzione possa essere protratta oltre il tempo strettamente indispensabile in riferimento al rischio di aggressione imminente o somministrazione obbligatoria di terapie indispensabili e siano esplicitamente definiti i tempi massimi nei quali la permanenza della condizione che ha portato alla contenzione sarà di volta in volta verificata perché la contenzione possa essere il più presto possibile interrotta;
- L. appare infine auspicabile che siano previsti in modo esplicito 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 servizio ospedaliero (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM).

10. La costruzione di un protocollo

Un aspetto operativo importante riguarda i contenuti minimi necessari per la stesura di un protocollo sulla contenzione che deve prevedere la discussione nell'ambito multiprofessionale del gruppo di lavoro e quella con rappresentanti significativi degli utenti e dei caregivers. Tale protocollo deve inoltre, in maniera irrinunciabile, definire in modo chiaro gli ambiti di responsabilità e competenza degli operatori sanitari, identificare il contesto di utilizzo e le indicazioni prescrittive e di applicazione, ed essere preceduto da indicazioni o procedure relative alla identificazione e gestione delle situazioni a rischio di violenza. Di fondamentale importanza è l'addestramento al lavoro di gruppo e la definizione dei ruoli anche attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie di lavoro specifici (audit, riunioni, role-playing...). Infine, tra le ulteriori azioni da intraprendere per la riduzione del rischio di contenzione risultano certamente necessarie:

- a. La predisposizione, l'applicazione ed il regolare aggiornamento di un documento di valutazione sul tema del rischio di agiti aggressivi (auto- ed etero-aggressivi) in SPDC
- b. La verifica almeno semestrale della corretta applicazione del protocollo delle contenzioni nell'ambito del lavoro di gruppo con gli operatori
- c. Il monitoraggio degli episodi di contenzione negli SPDC che si avvalga di idonei strumenti informativi e di registrazione
- d. La gestione degli eventi di contenzione, al pari degli "eventi sentinella", quale oggetto cioè di attenzione e specifico approfondimento da parte delle equipe
- e. La valutazione dell'impatto delle azioni formative e di miglioramento poste in atto.

Tabella 1: Contenuti minimi indicati per un protocollo di gestione della contenzione meccanica in presenza di stato di necessità (adattato da Vita e coll., 2013)

Il protocollo/la procedura è stata formalizzata a livello aziendale (procedura di qualità, acquisita dalla direzione, ecc.)
Sono definiti gli ambiti di applicazione del protocollo/procedura (presidi, servizi, dipartimenti, aziende, regioni ecc.)
E' chiaramente declinato lo scopo del protocollo/procedura, corrispondente a quello di evitare o almeno far durare il meno possibile la condizione di eccezionalità rappresentata dalla contenzione meccanica
Sono esplicitati e aggiornati periodicamente gli sforzi svolti o in atto per garantire condizioni logistiche e di organico adeguate, e le eventuali difficoltà al riguardo; sono indicate le attività di carattere formativo svolte o in atto perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale, e il riferimento a eventuali protocolli sugli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici di prevenzione del rischio di violenza
Sono chiaramente indicati il carattere illegale della contenzione meccanica, e la possibilità di farvi ricorso esclusivamente per l'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente come previsto dagli art. 52 e 54 C.P., o di urgente e indispensabile somministrazione di una terapia che viene rifiutata all'interno del Trattamento Sanitario Obbligatorio, solo quando ogni strada alternativa sia fallita
Sono definiti gli ambiti di responsabilità dei professionisti (chi può decidere cosa, chi deve fare cosa...)
Sono indicati i principi che sottendono comunque alle modalità di messa in atto della contenzione (rispetto della persona, utilizzo della contenzione quale atto eccezionale ed estremo dopo fallimento o impossibilità di utilizzo altri metodi, riduzione della discrezionalità dell'atto, minima durata, massimo comfort, informazione al paziente, ecc)
Il documento indica la possibilità o meno di utilizzo della contenzione anche per i minori, e le modalità di informazione degli esercenti la patria potestà o di altre autorità garanti (e indica, se NO, le strategie alternative attuabili)
Sono indicate le complicanze possibili della contenzione. Particolare attenzione deve essere dedicata a ed evitare complicanze mediche di natura ortopedica, vascolare o neurologica o ad altre conseguenze negative per la salute del paziente (tra i principali: asfissia, compressione toracica, torsione degli arti, rush catecolaminico, ostruzione delle vie aeree, rabdomiolisi, trombosi ecc.) e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione
Sono indicate le risorse materiali utilizzabili durante la contenzione, viene indicato nel protocollo/procedura dove sono conservati i dispositivi utilizzabili per la contenzione
Viene specificato se la contenzione deve essere applicata in stanze/spazi/letti dedicati
Viene data indicazione della modalità di impiego delle risorse umane che intervengono nell'atto della contenzione e vengono indicate le competenze di ciascun operatore (figura professionale)
Sono declinate indicazioni per l'attivazione di eventuale personale di supporto o delle forze dell'ordine
Vengono indicate le fasi che fanno parte del procedimento di contenzione (prescrizione, organizzazione della manovra, contenzione, controlli, fine contenzione, ecc)
Sono indicate le azioni da attuare nelle diverse fasi del procedimento di contenzione
E' prevista la possibilità di adottare la contenzione da parte dell'Infermiere (per stato di immediata necessità o, se NO, è prevista altra forma di indicazione operativa per l'Infermiere in assenza del personale medico)

E' presente l'indicazione della modalità di prescrizione della contenzione nella cartella clinica, con indicazione precisa dei motivi, descrizione dettagliata delle circostanze, indicazione del tempo intercorso dall'inizio della situazione di crisi all'inizio della contenzione e descrizione dei tentativi di gestire in modo alternativo la situazione posti in essere

E' prevista l'indicazione a spiegare - contemporaneamente alla contenzione - al paziente le ragioni e le finalità sanitarie e non punitive del provvedimento e venga utilizzato ogni strumento comunicativo utile a rasserenare e a tranquillizzare la persona che ne è oggetto; dopo che il provvedimento ha avuto termine, a ridiscuterlo con il paziente, con gli altri pazienti eventualmente coinvolti come testimoni, con i familiari e all'interno dello staff, chiamato a fare di questo episodio di temporaneo ed eccezionale fallimento della sua capacità di contenimento nell'ambito di una relazione rispettosa e non violenta un'occasione di crescita professionale perché situazioni analoghe possano essere gestite nel futuro senza giungere alla contenzione

E' prevista l'indicazione a evitare in particolare, nel corso dell'uso della forza, del blocco fisico o della contenzione, atti che possano essere pericolosi sotto il profilo sanitario o che possano essere vissuti come particolarmente angoscianti dalla persona che ne è oggetto (es. compressioni su collo o torace)

Nel protocollo/procedura vi è indicazione, e descrizione dei controlli da effettuare durante la contenzione (modulo o registrazione in cartella) da parte delle diverse figure professionali. In particolare, sono stabiliti con chiarezza e resi pubblici i tempi massimi entro i quali il paziente sia è periodicamente sottoposto a controllo infermieristico nel corso del quale sono rilevati i parametri fondamentali e sono offerti conforto, 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, e quelli entro i quali il medico verifica la possibilità di porre termine al provvedimento (tali tempi sono suggeriti, anche in riferimento al carattere di eccezionalità del provvedimento, rispettivamente in affiancamento continuo o almeno ogni 15-30' e in due ore).

Sono specificati almeno ogni due ore i tentativi posti in essere per interrompere la contenzione, o le ragioni per le quali non è stato possibile porli in essere.

E' presente la scheda di monitoraggio dei parametri rilevati durante la contenzione conforme ai contenuti minimi

Nel protocollo/ procedura , vi è indicazione di compilazione del Registro, o altra modalità di registrazione, delle contenzioni, e di eventuale trasmissione del dato a livello aziendale e regionale

Negli allegati sono indicate le modalità di registrazione delle contenzioni (cartacee, informatizzate) che prevede i contenuti minimi (data, identificativo paziente, ora inizio, ora fine,), al fine di conservazione del dato per scopi di automonitoraggio del gruppo di lavoro e di ricerca

E' specificato che in nessun caso la contenzione possa essere protratta oltre il tempo strettamente indispensabile in riferimento al rischio di aggressione imminente o somministrazione obbligatoria di terapie indispensabili e siano esplicitamente definiti i tempi massimi nei quali la permanenza della condizione che ha portato alla contenzione sarà di volta in volta verificata perché la contenzione possa essere il più presto possibile interrotta

E' specificato, se previsto, il periodo oltre il quale la permanenza della contenzione che tende a prolungarsi in modo particolarmente significativo dovrà essere supervisionata in modo da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del servizio ospedaliero (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM); o quello oltre il quale è richiesta all'Autorità Giudiziaria la valutazione dell'effettivo protrarsi dello stato di necessità che possa giustificare la contenzione.

E' indicato il tempo di riverifica del documento

Bibliografia

Bibliografia italiana consultata:

1. AA.VV. (2005): *SPDC aperti e senza contenzioni. Per i diritti inviolabili della persona* (a cura di L. Toresini), Fogli d'Informazione, 203 (numero monografico con scritti di Attanasio, Gabriele, Canosa, Egidi, Benevelli, Nober, Bruhl, e Doneddu, Norcio, Pullia, Grassi, Ramacciotti, Torresini, Zedda).
2. AA. VV. (2006a): *La contenzione fisica in psichiatria* (a cura di R. Catanesi, L. Ferrannini, P.F. Peloso), Milano, Giuffr , 2006 (scritti di Bandini, Ferrannini, Peloso, Scapati e Maura, Di Sciascio, Benevelli, Catanesi, Troccoli e Carabellese, Peloso et al., Marcenaro e Dacc ).
3. AA.VV. (2006b): *La contenzione in psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 130, 3 (numero monografico con scritti di Borgna, Norcio, Ruta, Minenna, Paterson, Petrini, Caretta, Brutti, Parlani Brutti).
4. AA. VV. (2010): *Matti da (non) legare* (a cura di P. Sangiorgio, G.M. Polselli), Roma, Alpes (scritti di Polselli, Ducci, Sangiorgio, Cipriano, Maci, Censi, Franco, Cro, Annibali, Scapati et al, Salerno et al., Gulizia, Kustermann, Orso e Majorana).
5. Agrimi E, Spinogatti F: *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, Roma, CIC, 2005.
6. Belmondo E: *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint - isolamento - osservazione)*, VI seduta, V tema generale, 20 ottobre pom., Atti del XII Congresso della Societ  Freniatrica Italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 31, 254-285, 1905.
7. Benevelli L: *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca*, Il reo e il folle, 155-180, 2000.
8. Boiardi E.: *Perch  legarle...? Il progetto di azzeramento dell'uso dei vincoli del padiglione femminili dell' ex ospedale psichiatrico di Piacenza*, Rivista sperimentale di freniatria , 120, 4, 1996, pp. 725- 738.
9. Cacace S.: *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, Rivista di Medicina Legale, 35, 209-226, 2013.
10. Castiglioni R, Flores A: *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 111, 137-146, 1987.
11. Conferenza delle regioni e province autonome: *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010.
12. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F: *Aggression in psychiatry wards: A systematic review*. Psychiatry Research 2011, 189(1):10-20
13. De Girolamo G et al. (2007): *Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy*, Br J psychiatry, 191, 170-177.
14. D'Elia A., D'Onofrio M.R., Leggero P., Rosa M.: *Violenza, Contenzione e contenimento*, in: AA.VV.: *Modelli d'intervento in psichiatria d'urgenza*, Atti del Congresso internazionale SIPU, Torino, 25-26 maggio 1992, 206-219.
15. Del Vecchio V., Giacco D., Luciano D.M. Del Gaudio L., De Rosa C., Fiorillo A., Maj M.: *Coercive measures in Italian patient units: results from eunomia study*, European Psychiatry, 26,S1,527,2011.
16. Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M.: *Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems*, Perspectives in Psychiatric Care, 48, 95–107, 2012.
17. Dodaro G.: *Il problema della legittimit  giuridicaa dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, Rivista di Medicina Legale, 33, 1483-1528, 2011.
18. Dodaro G., Ferrannini L.: *La contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus*, Rivista di Medicina Legale, 35, 167-178, 2013.
19. Ferrannini L., Peloso P.F.: *La contenzione nella pratica clinica: esigenza o fallimento*, in: Atti VI Congresso Nazionale della Societ  Italiana di Psichiatria Forense, Alghero, 30

- Maggio-1 Giugno 2003.
20. Filippo D.: *La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, Rivista di Medicina Legale, 35, 227-234, 2013.
 21. Flores A, Magni L, Salteri A: *I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata*, Psichiatria Oggi, 7, 47-49, 1994.
 22. Lugo F. et al. (2006): *La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica*, Psichiatria oggi, 1.
 23. Marcenaro M., Peloso P.F., Vecchiato C. (2005): *Genova 1904-2004: un punto di partenza e non di arrivo*, Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, 12, 1, 97-101.
 24. Massa M.: *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 35, 1, pp. 179-207, 2013.
 25. Novello M.: *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei Servizi di Salute Mentale*, Rivista di Medicina Legale, 35, 235-245, 2013.
 26. Peloso PF: *La contenzione meccanica in psichiatria e la posizione abolizionista di Ernesto Belmondo (1904)*, Atti dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti, 107, parte II, 55-84, 1995.
 27. Peloso P.F., Ferrannini L. *Aspetti storici ed epistemologici della contenzione*, Relazione al Convegno "Le contenzioni, dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure", Roma, Ministero della Salute, 23-24/5/13.
 28. Petrini C. (2013): *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Annali Istituto Superiore di Sanità, 49, 3, 281-285.
 29. Piccione R., Milano S. (2002): *La neo-manicomialità dipartimentale e la contenzione fisica nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 126, 69-78.
 30. Regione Emilia Romagna (2009): *Disciplina delle contenzioni fisiche presso i SPDC dei DSM-DP*.
 31. Regione Lombardia (????): *Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica*.
 32. Società Italiana di Psichiatria (2009): *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, Quaderni italiani di psichiatria, 31, 2012, 2, 42-45.
 33. Spinogatti F, Agrimi E: *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi*, Quaderni Italiani di Psichiatria, 24, 43-51, 2005.
 34. Tartaglione S: *Approccio al paziente violento*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 118, 4, 581-590, 1994.
 35. Tartaglione S: *ViolentaMente*, Tirreni, Ed. del Cerro, 1999.
 36. Vita A, Cerati, G, Lora A. Percudani M. per il Comitato Tecnico Regionale per le Innovazioni in Salute Mentale, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia (2013). *Emergenze psichiatriche e prevenzione delle contenzioni in SPDC: l'esperienza lombarda negli anni 2010 – 2012*. Documento presentato alla Conferenza Nazionale "Le contenzioni, dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure". Ministero della Salute, 23/24 Maggio 2013, Roma

Bibliografia internazionale consultata :

1. Alexander J, Bowers L: *Psychiatric ward rules: a literature review* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004, 11, 623–631
2. Allen M.H. (2007): *The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices*, General Hospital Psychiatry, 29, 467-469.
3. American Psychiatric Association: *Patient safety and psychiatry. Recommendations of the Board of Trustees of the APA*, 2003.

4. American Psychiatric Association: *American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems, Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion*, in: Behavioural Health, 2003.
5. Beck N.C. et al. (2008): *Trajectories of seclusion and restraint use at a State Psychiatric Hospital*, Psychiatric Services, 59, 1027-1032.
6. Begin S: *Isolement et contentions: revue de littérature et focus sur leur impacts et les normes qui les régissent*, Can J Psychiatry, 36, 752-759, 1991.
7. Berzlanovich AM, Shöpfer J, Keil W: *Deaths due to Physical Restraint*, Deutsches Arzteblatt International, 109, 3, 27-32, 2012.
8. Betemps E.J., Somoza E., Buncher R.: *Hospital characteristics, diagnoses and staff reasons associated with use of seclusion and restraint*, Hosp Community Psychiatry, 44, 1993, 367-372.
9. Borckardt J.J. et al.: *Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a State psychiatric hospital*, Psychiatric Services, 62, 477-483.
10. Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J: *The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011, 46:143–148
11. Brendan C., Dickson M., S. Pollanen S.: *Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients*, Journal of Forensic and Legal Medicine 16, 284–286, 2009.
12. Conolly J: *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Torino, Einaudi, 1976.
13. De Benedictis L., Dumais A., Sieu N., Mailhot M.-P., Létourneau G., Minh-Anh Marie Tran M.-A. M., Stikarovska I., Bilodeau M., M.Mus, Brunelle S., Côté G., Lesage A. D., Phil M. : *Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on Psychiatric Wards*, Psychiatric Services 62:484–491, 2011.
14. Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M.: *Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems*, Perspectives in Psychiatric Care, 48, 95–107, 2012.
15. Donat D: *An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital*, Psychiatric Services 54, 1119-1123, 2003.
16. Fisher WA: *Restraint and seclusion: a review of literature*, Am J Psychiatry, 151, 1584-1591, 1994.
17. Guivarch J., Cano N. (2013): *Usage de la contention en psychiatrie: vécu soignant et perspectives éthiques*, L'Encephale, 39, 237-243.
18. Hendryx M., Trusevich Y., Coyle F., Short R., Roll J.: *The Distribution and Frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients*, The Journal of Behavioral Health Services & Research, 37:2, 2010.
19. Hyman S.E.: *Manuale delle emergenze psichiatriche* (1988), Milano, Mc Graw Hill, 1990.
20. Infantino J.A., Musingo S.Y.: *Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques*, Hosp Community Psychiatry, 1985, 36, pp. 1312-1314.
21. Kaltiala-Heino R., Tuohimäki C., Korkeila J., Lehtinen V.: *Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care*, International Journal of Law and Psychiatry, 26, 139-149.
22. Keski-Valkama A, Sailas E., Eronen M., Koivisto A.M., Lönnqvist J., Kaltiala-Heino R.: *A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42, 747–752, 2007.
23. Keski-Valkama A., Sailas E., Eronen M., Koivisto A.M., Lönnqvist J., Kaltiala-Heino R.: *Who are the restrained and secluded patients?: a 15-year nationwide study*, Soc Psychiatr Epidemiol 45,1087–1093, 2010.
24. Knutzen M. et al. (2011): *Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study*, Psychiatric Services, 62, 492-497.
25. Larue C., Dumais A., Ahern E., Bernheim E., Mailhot M.P.: *Factors influencing decisions on seclusion and restraint*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 440–446, 2009.

26. La Vonne A. et al. (2007): *Frequency of alternative to restraints and seclusion and the use of agitation reduction techniques in the emergency department*, General Hospital Psychiatry, 29, 470-474.
27. Lursen S.B., Jensen T.N., Olsen N.V. (2005): *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint*, Acta Psychiatr Scand, 111, 324-327.
28. Michael H., Allen M.A., : *The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices*, General Hospital Psychiatry, 29, 467-469, 2007.
29. Migon M.N., S. Coutinho E. S., Huf, G., Adams C.E., M. Cunha G.M., Allen M.H.: *Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms*, General Hospital Psychiatry 30, 263-268, 2008.
30. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD: *Adverse effects associated with physical restraint*, Can J Psychiatry, 48, 330-337, 2003.
31. Moran A., Cocoman A., Scott P.A., Matthews A., Staliuniene V., Valimaki M. (2009): *Restraint and seclusion: a distressing treatment option? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 599-605.
32. Moylan L.B., Cullinan M.: *Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18, 526-534, 2011.
33. Niveau G: *Preventing human rights abuse in psychiatric establishments: the work of the CPT*, European Psychiatry, 19, 146-154, 2004.
34. Odavara T., Fujita J., Narita H., Yamada Y., Yamada T., Hirasyasu: *Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan*, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59, 605-609, 2005.
35. O.M.S. (2005): *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, WHO, Ginevra, 2005.
36. Regan JJ; Wilhoite K, Faheem U, Wright A, Hamer G: *The use of restraints in psychiatric settings*, Tennessee Medicine, 41-42, march 2006.
37. Royal College of Psychiatry: *Il trattamento della violenza imminente. Linee guida per la pratica clinica* (1998), Roma, CIC, 1999.
38. Sailas EES, Fenton M: *Seclusion and restraint for people with serious mental illness (review)*, The Cochrane Collaboration, 2012.
39. Simpson S.A et al. (2014): *Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service*, General Hospital Psychiatry, 36, 113-118.
40. Siponen U., Riittakerttu K.H., M. Va"lima: *The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study*, Society Psychiatry Psichyatr Epidemiol , 1401-1408, 2012.
41. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R: *Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 45, 889-897, 2010.
42. Stewart D., Bowers L., Simpson A., Ryan C., Tziggili M.: *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review* Journal of Psychiatry and Medical Health Nursing, 16, 749-757, 2010.
43. Sullivan A.M. et al. (2005): *Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service - Utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient*, Psychiatric Quarterly, 7651-65.
44. Tardiff K: *Violenza*, In: Hales, Yudofsky, Talbott (eds): *Psichiatria*, Torino, CSE, 1403-1426, 1999.
45. Winship G. (2006): *Futher thoughts on the process of restraint*, Journal of psychiatric and Mental Health Nursing, 13, 55-60.