



Presidio Ospedaliero Centrale  
U.O.: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura  
Direttore F.F. Dott. Pierluigi Botarelli

DIPARTIMENTO  
DI  
SALUTE  
MENTALE

Direttore D.S.M: Dott. Pierangelo Martini

Ospedale Belcolle – Viterbo, Ospedale Civile Montefiascone, Ospedale S. Anna – Ronciglione  
Via dell'Ospedale - 01100 Viterbo - tel. 0761/339677; fax 0761/345898 - 339675; e-mail: [respdc@asl.vt.it](mailto:respdc@asl.vt.it)

Partita IVA e Cod. Fisc.:01455570562

## PROTOCOLLO PER LA CONTENZIONE IN REPARTO S.P.D.C.

La vecchia legislazione sugli ospedali psichiatrici del 1904, e soprattutto il regolamento del 1909, affermavano che nei manicomi doveva essere abolita, o ridotta a casi assolutamente eccezionali, la contenzione fisica dei ricoverati e comunque dopo autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

Stava di fatto però che nei vecchi manicomi la contenzione fisica non risultasse "eccezionale" bensì misura grandemente applicata. Avendo la legge 180 del 1978 abolito gli articoli qualificanti della legge del 1904. Nonché gli artt. del cod.pen. e del cod.civ. collegati, parrebbe ovvio sostenere la tacita abolizione anche del regolamento inerente la contenzione dei malati psichici. D'altra parte la legge 180 si preoccupa soprattutto di garantire i diritti civili e politici del paziente in T.S.O nonché la sua dignità umana e la possibilità di comunicare con chiunque. Dato per valido questo suddetto concetto sulla 180, rimane e grava sull'operatore psichiatrico l'obbligo della vigilanza, cioè lo psichiatra non deve solo curare ma anche custodire, al fine di attenuare una possibile pericolosità auto ed etero-diretta del malato psichico. E rimane anche la delicata questione della salvaguardia dell'incolumità del paziente stesso e degli altri degenti in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) essendovi spesso condizioni insufficienti a garantire tale incolumità. Crediamo che la stragrande maggioranza dei medici e degli infermieri che lavorano nei servizi psichiatrici si siano trovati, almeno una volta nella loro carriera, a fronteggiare situazioni di grande rischio o di veri e propri agiti di grande pericolo purtroppo esitati, a volte, in lesioni personali.

I comportamenti violenti sono eventi frequenti nelle persone normali ed, in misura minore, nelle persone con problemi mentali di origine psichica ed organica. Per comportamento violento si intende l'aggressione fisica da parte di un essere umano verso un altro con l'intenzione specifica di fare del male, mentre l'aggressività è sostenuta da un atteggiamento ostile che comprende l'irritabilità, il rifiuto di collaborare ed altri comportamenti non amichevoli. La violenza risulta, infatti, associata a varie malattie psichiatriche ed organiche. Esistono perciò fattori di rischio clinico che comprendono la psicosi, la mania, i disturbi di personalità antisociale e borderline, l'abuso di alcol e/o di sostanze e malattie neurologiche come i tumori, le infezioni dell'encefalo, la demenza di Alzheimer, la sclerosi multipla, i disturbi cerebrovascolari, le convulsioni (soprattutto post-ictali), l'idrocefalo normoteso, disturbi metabolici come l'ipoglicemia. E' stato dimostrato che se un paziente manifesta propositi di violenza e proviene da un ambiente povero e con bassa scolarizzazione, dove la violenza è una modalità riconosciuta ed accettata, più probabilmente sarà violento.

E' fondamentale, pertanto, raccogliere tutte le informazioni disponibili sugli episodi passati di violenza da parenti, accompagnatori o comunque da chi richiede l'intervento, a oltre a ciò, possono essere all'origine del comportamento violento anche le dinamiche interpersonali tra il paziente e lo staff degli operatori. Le condizioni contingenti devono essere valutate attentamente e va rimossa ogni facilitazione di passaggio all'atto, come la possibilità di estrinsecare la violenza alla presenza di persone che possono attivarla maggiormente.

E' importante tener conto di alcuni accorgimenti: non intervistare il paziente da soli, ma possibilmente avere accanto personale dello staff sanitario; non portare il paziente in un piccolo ambiente; non assumere un atteggiamento oppositivo, ma evitare di polemizzare o contrastare; avvicinarsi lentamente al paziente; fermarsi a distanza; parlare e muoversi lentamente ed in maniera chiara e tranquilla; evitare il contatto fisico; presentarsi in maniera comprensibile definendo il proprio ruolo; non ostacolare l'uscita dalla stanza al paziente; invitarlo a sedersi in modo da avere più tempo per contrastare un eventuale atto di violenza. Se il paziente desidera allontanarsi, non fermarlo e, se esiste il rischio di atteggiamento auto- o eteroaggressivo, è necessario informare la forza pubblica (che è sempre opportuno preventivamente allertare. L'intervento implica problemi medico-legali, in quanto il paziente può non essere consenziente al trattamento psichiatrico.

Al comportamento violento o minaccioso, pertanto, gli operatori devono rispondere, nel rispetto della persona, con metodologie necessarie di forza.

Il provvedimento di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) viene adottato in base a proposta motivata del medico che ha visitato il paziente. Tale proposta deve essere convalidata dal medico dell'Azienda Sanitaria Locale competente per il territorio o dagli operatori del Servizio di Guardia Medica o dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale dove si trova il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) competente.

Il provvedimento di TSO viene disposto dal sindaco. In genere, tuttavia, dopo aver redatto la proposta di TSO, il medico può rivolgersi direttamente agli operatori della polizia municipale, che possono fungere da raccordo tra i vari soggetti coinvolti nell'espletamento del provvedimento ed intervenire nel caso in cui si debba operare con forza.

L'articolo 54 del cod. pen. recita: "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 proporzionale al pericolo. Secondo interpretazione più corrente il suddetto articolo permette una contenzione fisica limitata nel tempo e in casi estremi, con annotazione della stessa su un registro vidimato e contemporanea annotazione in cartella clinica (allo scopo di evitare abusi) Tutti concordano sul fatto che la violenza del paziente debba essere studiata, analizzata e si debbano porre in atto, all'ingresso in Reparto di un paziente attualmente o potenzialmente violento, dei programmi adeguati, studiati e preventivati. Gli eventi che fanno precipitare la violenza del paziente possono essere esterni (conflitti familiari sociali o conflitti con lo staff curante) od interni (intossicazioni e presenza di deliri e di allucinazioni).

Tali eventi debbono essere conosciuti all'equipe nel momento del loro intervento e la mancata informazione riguardo agli stessi, nel senso di una trasmissione di una anamnesi non corretta al momento della consegna del paziente nelle mani dello staff curante, può inficiare l'operatività dello stesso.

Vi sono anche delle precise controindicazioni alla contenzione come la presenza di encefalopatie, che potrebbero essere aggravate dalla mancanza di un input sensoriale, l'uso della contenzione come sostituto di un programma terapeutico, l'uso semplicemente punitivo della contenzione, la contenzione come una risposta al rifiuto, da parte del paziente, ad eseguire dei piani terapeutici o riabilitativi, l'uso della contenzione come risposta automatica ad un comportamento fastidioso o, semplicemente, come comodità dello staff curante, specie durante la notte. Va verificato che ogni emergenza è il risultato della sommazione di molteplici cause e, giustamente, Gerardo Favaretto (Padova) ha messo in luce come il concetto stesso di emergenza vada studiato, localizzato ed analizzato.

Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel settembre 1999, a proposito del trattamento dei malati psichici dava un parere sulla questione della contenzione fisica. Il CDB riteneva che:

"Il ricorso a dei mezzi di breve contenzione fisica appropriati dovrebbe essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente e al rischio; inoltre il personale dovrebbe poter avere una formazione particolarmente approfondita in merito. E' stato in questo contesto sottolineato che la risposta al comportamento violento di un paziente dovrebbe essere graduale, cioè il personale dovrebbe in un primo tempo tentare di rispondere verbalmente, poi, nei casi più eccitati e per quanto possibile, attraverso la contenzione manuale e solo infine attraverso dei mezzi di contenzione meccanica. Si è allora considerato che il ricorso all'isolamento e ai mezzi di contenzione meccanica o altre forme di coercizione per periodi lunghi non dovrebbero aver luogo che in casi eccezionali e se non esiste alcun altro modo per porre rimedio alla situazione. Inoltre, il ricorso a tutte queste misure dovrà essere fatto dietro ordine espresso di un medico o essere immediatamente comunicato a coloro i quali devono approvarlo. Le ragioni e la durata di tali misure dovrebbero essere oggetto di una menzione in un registro appropriato e nel dossier personale del paziente".

La contenzione e l'isolamento devono essere drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali o in stato di urgenza e devono altresì venir limitati nel tempo.

## PROCEDURE RELATIVE ALLA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI PRESSO IL REPARTO S.P.D.C. D.S.M. A.S.L. VITERBO

A) La contenzione è un dispositivo che limita in generale 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 le seguenti condizioni:

- 1) il paziente con il suo comportamento auto e/o eteroaggressivo, mette a rischio l'incolumità propria o degli altri
- 2) altri interventi meno restrittivi, clinicamente comunque esperiti in precedenza, hanno dimostrato inefficacia, inappropriata o sono risultati insufficienti allo scopo.

B) La contenzione viene attuata in regime di TSO.

Solo in casi eccezionali e dove si configuri uno "stato di necessità" secondo i termini di legge, si può procedere alla contenzione senza TSO per un tempo strettamente limitato al superamento delle condizioni che l'hanno determinato.

C) Il paziente contenuto va in ogni caso considerato come un paziente che necessita di alta intensità assistenziale; pertanto il reparto disporrà un'assistenza continuativa anche al fine di garantire il necessario contenimento emotivo che possa facilitare il superamento delle condizioni psicopatologiche alla base del contenimento stesso.

D) La contenzione è attuata attraverso l'applicazione di apposite "fasce di contenzione" ai quattro arti e, nei casi di intensa agitazione psicomotoria, è consentito l'uso aggiuntivo della fascia pettorale. L'applicazione a due o ad un arto è sconsigliata per il rischio che, con movimenti bruschi, il paziente possa procurarsi lesioni (per es. alle articolazioni).

E) La contenzione è considerata comunque un **provvedimento finalizzato esclusivamente al recupero delle condizioni psichiche che permettano al paziente di collaborare alle cure come tale deve essere revocato non appena decadono le condizioni che lo hanno determinato.**

Tale finalità comporta la ricerca di un atteggiamento di massimo rispetto nei confronti del paziente contenuto, con il quale, durante la contenzione, ove questo è possibile, vengono 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.

*F) E' specifico compito del medico di guardia o, limitatamente agli orari diurni dei giorni feriali, del medico di reparto:*

- 1) *Specificare nella diaria della cartella le motivazioni che rendono necessaria la contenzione, l'inefficacia dei tentativi messi in atto per utilizzare altri mezzi meno restrittivi e il tipo di contenzione prescritto.*
- 2) *Segnalare nella grafica della cartella l'ora della contenzione.*
- 3) *Firmare il registro delle contenzioni relativamente al provvedimento.*
- 4) *Monitorare nel proprio turno la permanenza delle condizioni che hanno reso necessaria la contenzione e riportare tale verifica nella diaria della cartella.*
- 5) *Provvedere tempestivamente alla revoca del provvedimento di contenzione ove risultino decadute le condizioni che lo hanno determinato.*
- 6) *Riportare nella diaria della cartella la valutazione che ha determinato la revoca della contenzione.*
- 7) *Segnalare nella grafica della cartella l'ora della revoca della contenzione.*
- 8) *Firmare il registro delle contenzioni relativamente alla revoca del provvedimento.*

*G) E' specifico compito degli infermieri:*

- 1) *Assicurare al paziente la massima assistenza, durante la contenzione con ripetuti controlli durante il turno relativamente al decoro e alla pulizia personale, ai bisogni fisiologici e a tutti gli aspetti assistenziali specifici della situazione.*
- 2) *Controllare la P.A. la F.C. e la T.C. (almeno tre volte al giorno) la diuresi e l'alvo riportandone i valori nella grafica della cartella.*

- 3) *Ricerca, ove possibile, con il paziente contenuto uno scambio verbale finalizzato a rilevare e segnalare eventuali modificazioni delle condizioni che hanno determinato la contenzione.*
- 4) *Valutare l'opportunità e procedere ad una temporanea parziale rimozione delle fasce di contenzione ove questo risulti legato a necessità di tipo assistenziale (per es. polso e caviglia omolaterale per cambio delle lenzuola o massaggi sacrali; oppure ad un polso durante i pasti per permettere al paziente di alimentarsi autonomamente, ecc . ) Tale rimozione parziale, che viene comunicata verbalmente al medico e riportata nella consegna infermieristica prevede la presenza del personale d'assistenza per l'intero periodo di parziale scontenzione.*
- 6) *Segnalare nelle consegne infermieristiche lo stato del paziente contenuto per tutto il periodo in cui è attuato il provvedimento di contenzione.*

Obiettivo nel corso del tempo, da parte del Reparto S.P.D.C., è quello di portare avanti progetti di umanizzazione e formativi del personale aventi lo scopo di ridurre al minimo il numero ed i tempi di contenzione laddove risulti necessaria.

Il Responsabile f.f. S.P.D.C  
Dott. Pierluigi Botarelli