

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
Burlo Garofolo di Trieste

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste

DIRITTI CURA INNOVAZIONE E PROFESSIONI
SANITARIE, 14-15 NOVEMBRE 2019

PRESCRIVERE LA CONTENZIONE E' POSSIBILE ?

Dr. Romina Perossa, IRCCS Burlo Garofolo

CONTENZIONE

Contenzionel s. f. [dal lat. contentio -onis, der. di contendere «contendere»], ant. o letter. –

1. Il contendere; disputa, contrasto
2. L'atto, il fatto di contenere, nel senso di comprimere, di immobilizzare

La contenzione è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi che possono essere fisici, farmacologici o ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante con **l'obiettivo di limitarne i movimenti o i comportamenti.**

- contenzione fisica: attuata direttamente dagli operatori per evitare il movimento del paziente
- contenzione meccanica: utilizza presidi e/o mezzi che riducono o impediscono i movimenti, posizionati sulla persona
- contenzione farmacologica: corrisponde al ricorso al farmaco in forma inappropriata in quanto realizzata in assenza di prescrizione medica attuale e contestualizzata mediante somministrazione di principi attivi che modificano il comportamento (tranquillanti e sedativi).
- contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare o impedirne i movimenti.

LA NORMATIVA NAZIONALE

Regio Decreto 16 agosto 1909 n. 615 Regolamento sui manicomi e sugli alienati
Art. 60.

Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i **mezzi di coercizione** degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione.

Legge 13 maggio 1978, n. 180 " Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori " Abolizione degli ospedali psichiatrici



La **deontologia** di alcune professioni sanitarie e la **giurisprudenza** si sono fatte carico di indicare alcuni principi sulla contenzione.

CODICE DI DEONTOLOGIA DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE 2019



Art 35 – Contenzione

L'Infermiere riconosce che **la contenzione non è atto terapeutico.**

Essa ha esclusivamente carattere cautelare **di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità,** per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

CONTENZIONE E CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2018



Art. 32 Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.

Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale. Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

CODICE DI DEONTOLOGIA DELL'EDUCATORE PROFESISONALE 2015



ANEP
Associazione Nazionale Educatori Professionali

Responsabilità nei confronti dell'utente

L'Educatore Professionale, nell'ambito della sua azione educativa e nell'esercizio della propria funzione **non deve utilizzare tecniche che risultino di costrizione o manipolative**. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona è auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non danneggino la dignità dell'utente.

CODICE DI DEONTOLOGIA DEI FISIOTERAPISTI 2011



Associazione
Italiana
Fisioterapisti
dal suo fianco dal 1939

Art. 28 Contenzione*

La contenzione **non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione.**

Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e **si adopera per il superamento della contenzione**, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione.

* Articolo modificato nel 2019 in base alla mozione, presentata da AIFI Friuli Venezia Giulia in collaborazione con il GIS-AIFI in Fisioterapia Geriatrica

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2018

Art. 13 Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La prescrizione **a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione** è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.

La prescrizione **deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili**, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei **principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza**. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

(OMISSIS)

Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente

CODICE DI DEONTOLOGIA DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE 2019

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere **fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica** e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina

CODICE DI DEONTOLOGIA DEI FISIOTERAPISTI 2011

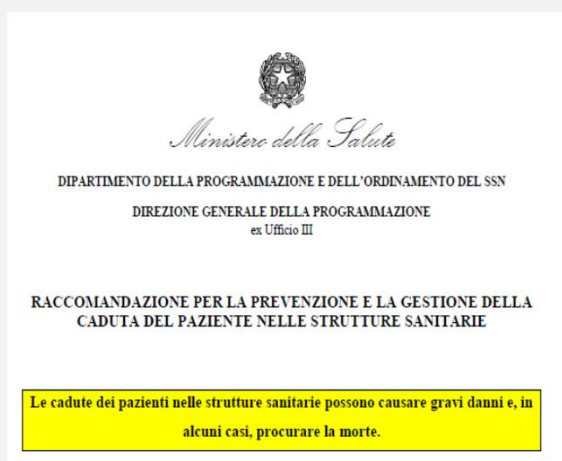
Art. 20 Esercizio professionale

L'esercizio professionale deve essere animato da **rigore metodologico e rispondere alle continue acquisizioni scientifiche** inerenti il campo di competenza. Il Fisioterapista ha il dovere di promuovere e utilizzare metodologie e tecnologie la cui efficacia e sicurezza siano state scientificamente validate.

CONTENZIONE E PREVENZIONE DELLE CADUTE

La prevenzione delle cadute è la principale motivazione (> 70%) adottata per giustificare il ricorso alla contenzione fisica negli ospedali e nelle RSA.

E' l'evento sentinella più frequente (471 segnalazioni in 7 anni, pari al 24,6%).



- ∅ Interventi sull'ambiente
- ∅ Gestione della terapia farmacologica
- ∅ Mobilizzazione e deambulazione
- ∅ Gestione dell'eliminazione urinaria e fecale
- ∅ **Limitazione della contenzione**

Evidenze:

- Il ricorso alla contenzione fisica aumenta il rischio di caduta
- Sono più a rischio di scavalcare le spondine i pazienti che le rifiutano, quelli confusi ma capaci di mobilità autonoma
- Le BDZ a media e lunga emivita aumentano il rischio di fratture e di caduta
- Interventi alternativi alla contenzione fisica e al trattamento con psicofarmaci

5.3.5 Limitazione della contenzione

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute.

I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti.

E' necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa.

La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali.

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia.

La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria.

CONTENZIONE E PREVENZIONE SUICIDIO / AUTOLESIONISMO

E' il 2° l'evento sentinella più frequente (295 segnalazioni in 7 anni, pari al 15,4%)



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

**PREVENZIONE DEL SUICIDIO
DI PAZIENTE IN OSPEDALE**

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente

- ∅ Interventi sull'ambiente (infissi, attrezzature, accesso a farmaci e oggetti potenzialmente pericolosi)
- ∅ Interventi organizzativi:
 - ∅ comunicazione tra operatori
 - ∅ comunicazione tra operatori e pazienti
 - ∅ coinvolgimento familiari / volontari
 - ∅ vigilanza

CONTENZIONE E VIOLENZA

E' il 4° evento sentinella più frequente (165 segnalazioni in 7 anni, pari al'8,6%)



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI
VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione

- ∅ Misure strutturali e tecnologiche (impianti di allarme, videocamere, arredi idonei)
- ∅ Misure organizzative:
 - ∅ formazione specifica che includa la conoscenza dei **metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili**
- ∅ La **riduzione** del ricorso alla **contenzione fisica** nei servizi psichiatrici **riduce** anche gli episodi di **aggressività** degli assistiti (Psychiatric Services 2015, 66: 303-309)

CONTENZIONE MECCANICA: DANNI

Traumi meccanici:

- Morte da asfissia (da compressione delle vie aeree, da compressione della gabbia toracica);
- Lesioni di tessuti (escoriazioni, ecchimosi) e strutture vascolo-nervose.

Malattie funzionali e organiche

- Incontinenza;
- Lesioni da pressione;
- Infezioni;
- Aumento dell'osteoporosi;
- Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare;

Sindromi della sfera psicosociale

- Stress;
- Umiliazione;
- Depressione;
- Paura e sconforto;
- Agitazione
- Rassegnazione.



SENTENZE E CONTENZIONE

Cassazione penale , sez. IV, sentenza n° 21285/2013

Paziente in Terapia Intensiva coronarica ad elevato rischio di caduta per agitazione psicomotoria, disorientamento e confusione mentale. Rifiuta le spondine, cade e muore.

La mancata apposizione delle spondine del letto, per il rifiuto opposto dal paziente, non esimono l'infermiere da responsabilità per omicidio colposo in caso di decesso per grave trauma contusivo conseguente a caduta accidentale.

Cassazione penale , sez. IV, sentenza n° 9170/2013

Ricovero per ubriachezza molesta e crisi asmatica. Cade dal letto. Gli infermieri posizionano una spondina e mettono il letto attaccato al muro, il paziente sposta il letto, cade nuovamente e muore.

1° grado: assoluzione. Il° grado: condannati per non aver adottato tutte le cautele

Cassazione: assolti per incertezza sul nesso causale. Gli infermieri avrebbero dovuto vigilare costantemente, sollecitare al medico l'adozione di mezzi meccanici e farmacologici di contenimento

SENTENZE E CONTENZIONE

Cassazione penale , sez. IV, sentenza n° 1136/2015

In una casa di riposo un paziente in carrozzina apre una porta, precipita lungo la rampa di scale e muore. La CdR aveva ricevuto una prescrizione dalla ASL di allarmare la porta.

Condanna dell'Amministratore della CdR per omessa vigilanza.

Corte di cassazione, Sezione V pen., sentenza n. 28704/2015

TSO in ambito psichiatrico. Applicata contenzione con nastri a polsi e caviglie per aggressività. Tolta la contenzione il paziente si strappa il CV, viene ri-applicata la contenzione. Successivo decesso per cause cardiache.

I giudici hanno ritenuto giustificata la contenzione, ritenendo che vi fosse un attuale e concreto pericolo di danno per il malato e per terzi.

CASSAZIONE – V SEZIONE, SENTENZA 20 GIUGNO 2018, N. 50497 (CASO MASTROGIOVANNI)

Franco Mastrogiovanni era stato sottoposto nel 2009 a un trattamento sanitario obbligatorio, ricoverato in SPDC a Vallo della Lucania, viene prima sedato farmacologicamente e successivamente anche meccanicamente, attraverso "fascette dotate di viti di fissaggio applicate ai quattro arti e fissate alle sbarre del letto". Dopo 87 ore di contenzione ininterrotte muore per edema polmonare.

DEFINIZIONE DI CONTENZIONE

La contenzione **non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica, non ha una finalità di carattere terapeutico**; essendo un **presidio di restrizione della libertà personale** ha una mera funzione cautelare. Non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente.

La contenzione **è una pratica eccezionale che può essere giustificata solo con il ricorso allo stato di necessità**, ex art. 54 cp; nel contesto sanitario può pertanto essere ammessa solo in situazioni straordinarie e limitatamente al tempo necessario per fronteggiarle.

QUANDO È LECITA LA CONTENZIONE

La **posizione di garanzia** ricoperta dai sanitari (obbligo di protezione e controllo, evitare le condotte auto- ed etero-aggressive) **non giustifica il ricorso alla contenzione**, al contrario, gli stessi obblighi di protezione trovano un limite nell'eccezionalità delle condizioni entro cui è lecito ricorrere alla contenzione.

Stato di necessità (art. 54 c.p.):

- ∅ **Pericolo attuale di grave danno alla persona**: non può essere applicata in via precauzionale, ma deve esserci un pericolo imminente di offesa all'incolumità personale, che va documentato
- ∅ **Pericolo non altrimenti evitabile**: deve essere accertata l'efficacia di misure alternative

DATI SULLA CONTENZIONE

Studio del 2005 (39 SPDC e di due cliniche universitarie del Lazio)

- In media il **10%** dei malati ricoverati in crisi psichiatrica viene legato; mediamente per **23 ore**; nel 34% non sono in TSO.
- La maggioranza (il 48%) sono stati legati per agitazione psicomotoria, il 37% per aggressività eterodiretta, il 9% per autolesionismo, il 7% per rischio di fuga, il 3% per rifiuto delle cure, il 13% per stati confusionali di natura organica, tossica o farmacologica.
- Solo nel 12% dei servizi la contenzione è bandita come scelta: non risulta che gli SPDC no-restraint ricorrano ad uso più massiccio di psicofarmaci rispetto a quelli restraint

Studio del 2010 (39 Ospedali e 70 RSA della Lombardia e Val d'Aosta)

- Il **15,8%** dei pazienti ricoverati in ospedale e il **68,7%** di quelli in RSA vera sottoposto a contenzione fisica (spondine, polsiere, cinture addominali o pelviche, tavolini per la carrozzina)
- Non c'era correlazione tra contenzione e carenza di personale

CONCLUSIONI

- È lo **stile di lavoro degli operatori** e il sistema di servizi in cui il presidio ospedaliero è inserito a fare la differenza.
- **L'orientamento e la qualità dello staff** si riconfermano come fattori chiave, più importanti della dotazione quantitativa di personale

CASSAZIONE – V SEZIONE, SENTENZA 20 GIUGNO 2018, N. 50497 (CASO MASTROGIOVANNI)

RUOLO DEL MEDICO

- La contenzione deve comunque essere prescritta dal medico in quanto ha natura "assistenziale prescrittiva" che richiede la "valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica";
- **competete al medico prescrivere la contenzione** e compete ai medici che si alternano nei turni e nelle guardie **riconfermare la contenzione** dopo valutazione e procedere all'annotazione in cartella clinica che serve (anche) per la dimostrazione degli elementi che portano allo stato di necessità;

RUOLO DELL' INFERMIERE

- La prescrizione della contenzione **non è da considerarsi un "ordine gerarchico" rivolto agli infermieri** dal medico;
- **competete agli infermieri la verifica della correttezza della contenzione come obbligo giuridico e deontologico autonomo e diverso da quello del medico.**

CONTENZIONE*

La contenzione sotto il profilo sanitario è da considerare un atto non terapeutico: non cura, non previene e non riabilita e può causare lesioni, grave disabilità e morte della persona assistita.

Per contenzione delle persone assistite si intende **l'atto di natura eccezionale applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si siano dimostrate inefficaci**, che, attraverso l'utilizzo di dispositivi fisici, farmacologici o ambientali, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona assistita allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri.

* Definizione presente nella D.G.R. 1904/2016 «Raccomandazione per il superamento della contenzione»

AZIONI DA INTRAPRENDERE PER EVITARE LA CONTENZIONE (D.G.R. 1904/2016)

SITUAZIONI DI RISCHIO	AZIONI DA INTRAPRENDERE
Agitazione psicomotoria e tentativi di fuga	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie relazionali dell'operatore e attività occupazionali atte a distogliere l'ospite dal fattore scatenante dando significato al tempo delle e per le persone; • Organizzazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio ecc.) e oggetti potenzialmente pericolosi con particolare attenzione al benessere della persona ed alla personalizzazione della cura; • Predisposizione di spazi di sicurezza, possibilmente ben illuminati e con poche suppellettili, dove l'ospite possa camminare senza rischi; • Predisposizione di uscite mimetizzate o comunque dotate di sistemi d'allarme e/o codice d'ingresso; • Cromoterapia.
Alterazioni del ciclo sonno veglia	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre quanto più possibile i tempi di attesa nelle ore diurne; • Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale; • Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva.
Deliri - allucinazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Non criticare né negare la situazione vissuta dalla persona assistita; • Evitare di commentare o banalizzare la situazione della persona assistita; • Assumere un atteggiamento empatico.

Trattamenti

- Controllo frequente dell'ospite/persona assistita da parte degli operatori;

POSIZIONE DI GARANZIA DEI SANITARI

(presa in carico, **protezione** del paziente da tutti i rischi e **controllo** di eventuali pericoli)

CONTENZIONE

TUTELA DELLA SALUTE art. 32
Cost. (limitare autolesionismo,
aggressività, cadute)

DEONTOLOGIA PROFESSIONALE
(contenzione se STATO DI
NECESSITÀ)

D.G.R. 1904/2016
atto di natura eccezionale
applicabile

NON CONTENZIONE

TUTELA DELLA SALUTE art. 32
Cost. (danni da contenzione)

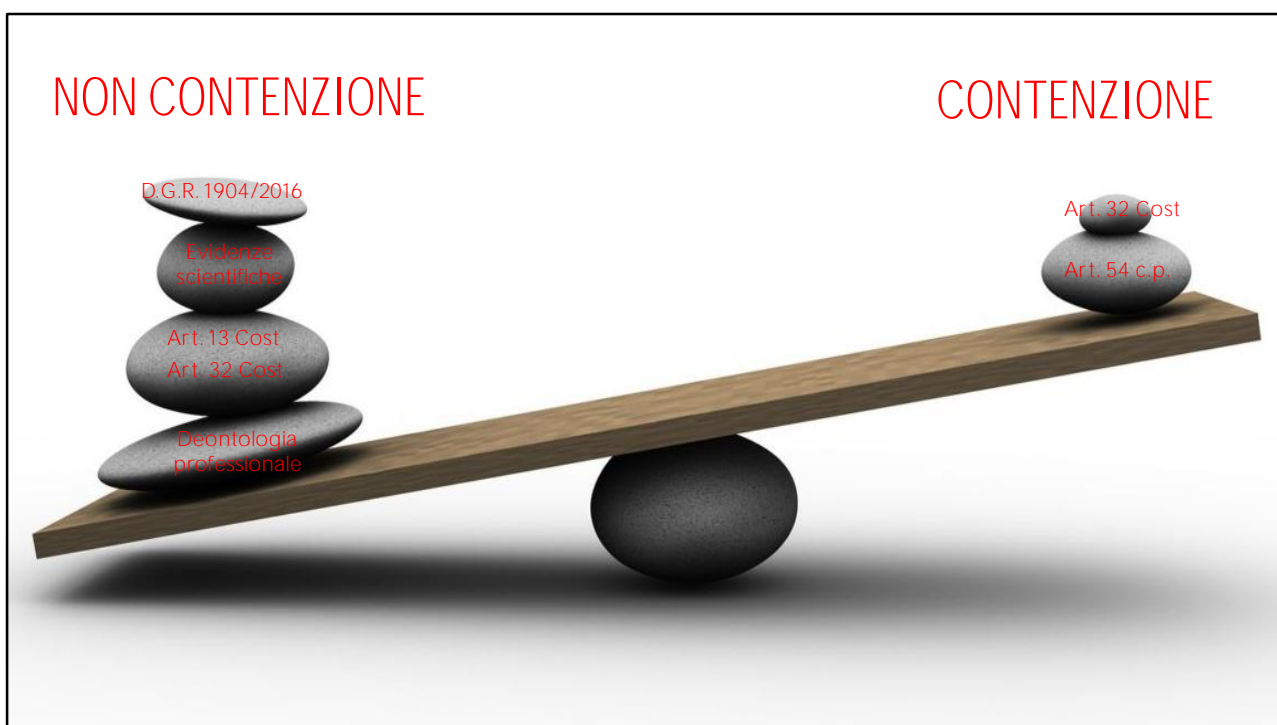
EVIDENZE SCIENTIFICHE
(non previene le cadute, non
riduce l'aggressività)

DEONTOLOGIA PROFESSIONALE
(non è atto terapeutico, non
previene, non cura e non riabilita)

D.G.R. 1904/2016
Superamento della contenzione

ART. 13 Costituzione
La libertà personale è inviolabile





Contro la contenzione, garantire sempre l'articolo 13 della Costituzione,
si può e si deve!



Grazie per l'attenzione !