



Audizione presso la Commissione diritti umani del Senato della presidente Federazione nazionale Ipasvi Barbara Mangiacavalli in materia di contenzione meccanica

Roma 12 luglio 2016

A partire dagli anni '80 la contenzione del paziente è stata messa in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Ancora oggi è acceso il dibattito per definire se è opportuno e quando ricorrere a mezzi di contenzione.

La contenzione, infatti, oltre a rappresentare una limitazione della libertà della persona, può avere ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei familiari e determinare una sequela di conseguenze fisiche al paziente "contenuto".

Codice penale e Codice deontologico dell'infermiere indicano che la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali (articolo 30, codice deontologico dell'Infermiere: *"L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"*).

Di recente (maggio 2016) anche il Comitato nazionale di bioetica si è espresso contro la pratica della contenzione nei confronti di pazienti psichiatrici e degli anziani, da considerarsi «un residuo della cultura manicomiale». «La contenzione – secondo il Cnb - rappresenta in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non-contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico».

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale. Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 codice deontologico dell'Infermiere: *"L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente"*).



La contenzione può essere definita come un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- o contenzione fisica: applicazione presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- o contenzione chimica: somministrazione farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;
- o contenzione ambientale: attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;
- o contenzione psicologica o relazionale o emotiva: ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività.

Le tipologie di contenzione che più direttamente interessano e/o coinvolgono gli infermieri sono quelle fisica e meccanica.

I mezzi di contenzione fisici e meccanici sono i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in mezzi di contenzione: per il letto (per esempio spondine); per la sedia (per esempio corpetto); per segmenti corporei (per esempio polsiere, cavigliere); per postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).

Ovviamente "le contenzioni" non possano essere disposte da motivazioni di carattere sanzionatorio o per compensare "comprovate" carenze organizzative: l'infermiere, in questo caso, deve potersi avvalere della clausola di coscienza prevista dall'art. 8 del Codice Deontologico in applicazione delle indicazioni dell'art. 33.

Inoltre, in caso di ordine di servizio reiterato per iscritto, quando ne abbia contestato verbalmente la legittimità, può rifiutarsi di eseguirlo perché contiene la previsione di commettere più reati, dall'art. 605 del Codice Penale "il sequestro di persona", dall'art. 610 del Codice Penale "la violenza privata", dall'art. 572 del Codice Penale "i maltrattamenti".



Entrando nello specifico dei mezzi di contenzione, le spondine, applicate o corredate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il soggetto dalla caduta accidentale dal letto, o se usate per i pazienti immobilizzati. Se invece sono usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione. Tuttavia le spondine in genere non circondano completamente il letto cosicché non potrebbero impedire di trattenere il paziente a letto contro la sua volontà.

L'unica ragione che può sostenere l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente, in particolare per quanto attiene la prevenzione delle cadute. Una revisione del Joanna Briggs Institute riporta tra le motivazioni del ricorso alla contenzione: il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del paziente, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare. Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati.

Le conseguenze dell'uso della contenzione sono classificabili in due gruppi: danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione; danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

Alcuni studi hanno dimostrato che la contenzione può essere causa diretta di morte. Inoltre sembra vi sia una relazione diretta tra durata della contenzione e comparsa di danni indiretti in quanto i soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito. L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere limitato a condizioni di emergenza (rischio di suicidio, aggressività e protezione dei sistemi salvavita).

Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione è consigliata l'informazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi e i problemi associati all'uso di tale metodica. Le strutture sanitarie dovrebbero, a tal proposito, prendere in esame l'organizzazione aziendale e valutare l'opportunità di chiedere la consulenza di esperti per:

- o effettuare specifici interventi di formazione,
- o attivare una verifica accurata e sistematica dei soggetti sottoposti a contenzione per valutare se vi è la possibilità di rimuoverla;



- informare la famiglia e se possibile il soggetto in cura;
- intervenire sull'ambiente per ridurre il rischio di cadute (per esempio usando materassi concavi, sistemare ai bordi del letto una coperta arrotolata, sistemare dei tappeti morbidi ai piedi del letto);
- personalizzare la cura e l'assistenza al paziente.

Essendo le contenzioni riconducibili a pratiche terapeutiche previste nel Profilo Professionale dell'infermiere (DM 739/94), per le responsabilità conseguenti l'infermiere potrà direttamente o in concorso con altri "contenere" solo dietro una prescrizione medica "ex ante", registrata nella cartella clinica e/o integrata, motivata e circostanziata rispetto alla durata del trattamento e al tipo di contenzione e modalità da osservare.

In situazioni che non consentano di agire secondo una prescrizione o in assenza, ad esempio, del medico nell'Unità operativa interessata (psichiatria, geriatria, medicina, pronto soccorso, 118, terapie intensive ecc.) l'infermiere dovrà dimostrare di aver agito in stato di necessità, fatto questo tutt'altro che scontato.

Infatti, rispetto allo stato di necessità:

- difficilmente si può parlare di emergenza in riferimento ai trattamenti coercitivi, sono infatti sempre possibili altre opzioni;
- l'insorgenza dell'indicazione di "contenere" potrebbe essere diretta conseguenza di imperizia o negligenza dei sanitari, che hanno quindi concorso al "pericolo" al quale porre rimedio;
- il ricorso all'uso della forza non rappresenterebbe con assoluta certezza il punto di sintesi nel bilanciamento dei diversi interessi in gioco.

Per questo e per il "diritto a rifiutare le cure" da parte dell'assistito e "l'interesse della collettività alla tutela della salute" da parte dell'organizzazione, l'intervento diretto a "bloccare-imitare-sedare", non sostenuto dal consenso del paziente ed eventualmente neanche dallo stato di necessità di cui all'art. 54 c.p., è da intendersi contrario ai principi costituzionali che tutelano i diritti inviolabili dell'individuo?



Per dare una risposta ci si deve chiedere se:

- a) esistano contesti differenti fra trattamenti sanitari obbligatori e altri trattamenti sanitari coercitivi-contenitivi-coattivi;
- b) i sanitari, nella fattispecie il medico e l'infermiere, hanno sempre l'obbligo di procurarsi il consenso dell'avente diritto o se qualcuno abbia la potestà di autorizzarli o obbligarli a fare uso della forza fisica per vincere una resistenza;
- c) il ricorso ad atti di coercizione nel rapporto diagnostico-terapeutico sia un evento "doloroso", "necessario", "inutile" o "illegittimo".

Il professionista sanitario infermiere deve porsi il problema dell'effettiva efficacia terapeutica della contenzione sia quando considerata necessaria, sia quando ritenuta dannosa, sia quando considerata illegittima, esaminando i problemi di carattere organizzativo ma soprattutto giuridici rispetto alla legittimità:

1. della contenzione fisica –meccanica – farmacologica (la classica contenzione a letto non è l'unica forma di coercizione riscontrabile in sanità);
2. del divieto delle uscite dalle degenze delle unità operative per i primi giorni dopo e/o successiva limitazione a delle fasce orarie (giustificata dalla necessità di garantire una permanenza in degenza per monitorare l'azione delle terapie nel complesso e di alcuni farmaci nello specifico);
3. di azioni e decisioni sviluppate contro la volontà dell'assistito e/o senza il consenso informato tenendo quindi in debita considerazione le sue condizioni di salute all'origine del trattamento e del relativo periodo di ricovero.

Il ricorso a mezzi di coercizione sembrerebbe sempre motivato dalla necessità di tenere al riparo il paziente da pregiudizi alla propria salute, prevenire gesti autolesivi, eteroaggressivi, e garantire la continuità terapeutica e la protezione dalla rimozione di eventuali presidi medicali quali cateteri venosi centrali, erogatori di ossigeno, tubi endotracheale, sondini naso gastrici, cateteri venosi, aghi cannula, butterfly e così via.

In questo senso è necessario porsi il problema se queste necessità giustificano e autorizzano il ricorso ad atti coercitivi prevalendo sul consenso informato non rilasciato.



Il concorso della componente infermieristica alla pratica delle contenzioni deve essere sempre valutato di caso in caso, assegnando una valenza determinante sia alla corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche sia alle prescrizioni mediche e alle direttive ricevute e tenendo sempre ben presente che il consenso informato non deve essere “acquisito” o “estorto” o “rinvio sine die” per giustificare i trattamenti coercitivi quanto, piuttosto, per garantire un minimo di autodeterminazione all'utente nel momento in cui si incide sulla sfera delle sue libertà individuali: il prevalente accoglimento del principio di beneficienza su quello dell'autonomia per il quale il sanitario che ha in cura il suo assistito è autorizzato a decidere per lui e il suo bene, è tutto da discutere.

Non possono restare lettera morta i continui richiami, nei codici di deontologia infermieristica e medica, alla dignità, alla libertà, alla volontà dell'assistito e all'autonomia, alla responsabilità, all'agire secondo principi etici e deontologici dei professionisti sanitari, infermieri inclusi o se preferite infermieri non esclusi.

Sulla contenzione meccanica in particolare gli infermieri hanno una posizione contraria, manifestata anche con l'adesione alla campagna nazionale per l'abolizione “...e tu slegalo subito” organizzata dal Collegio Ipasvi di Grosseto il 14 giugno.

Per entrare nel merito delle alternative alla contenzione, la Federazione Ipasvi ha da tempo realizzato e diffuso un quaderno sull'argomento in cui sono indicati anche i programmi di riduzione della contenzione e le alternative a quella fisica.

Di seguito si riportano indicativamente e a titolo di documentazione alcune proposte elaborate.



Programmi di riduzione della contenzione

Approccio organizzativo

La maggior parte dei programmi riportati in letteratura insiste sulla necessità che tutta l'organizzazione (case di riposo, ospedale, dipartimento) e tutti i professionisti e gli operatori che ne fanno parte a diverso titolo debbano essere coinvolti nel progetto di riduzione della contenzione. Un forte supporto amministrativo è ritenuto essenziale, in tutti i setting, per creare una cultura libera da contenzione.

In particolare viene suggerito all'organizzazione di dotarsi di un comitato o commissione di studio e supervisione multidisciplinare (costituito da infermieri, medici, fisioterapisti, amministratori, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori e farmacisti) che individui le strategie, partecipi ai programmi di formazione, supervisioni il lavoro dei gruppi di professionisti e suggerisca soluzioni nuove.

Una strategia ritenuta importante da alcuni autori è l'adozione da parte del comitato o commissione di una politica organizzativa da implementare nella struttura, che modifichi le regole esistenti relative alla pratica della contenzione

Minimizzazione o abolizione

Obiettivo di molti programmi riportati in letteratura è la riduzione della contenzione fisica piuttosto che l'abolizione del suo uso. Un lavoro identifica le situazioni per le quali la contenzione può essere ragionevolmente utilizzata: rischio di suicidio, aggressività e protezione dei trattamenti salvavita. Anche la riduzione nell'utilizzo delle spondine rappresenta uno standard importante: un lavoro ne suggerisce l'utilizzo solo per quei residenti che cadono ripetutamente.

L'implementazione del programma di riduzione deve essere graduale, anche se è difficile stabilire a priori quanto tempo sarà necessario: alcuni autori riportano pochi mesi altri un anno o più.

L'approccio più comunemente utilizzato è quello di rimuovere la contenzione a quei soggetti per i quali si ritiene di poter facilmente implementare soluzioni alternative: ad esempio i soggetti che manifestano incessante pulsione a deambulare (wandering) e che hanno una deambulazione sicura e un basso rischio di caduta. Molte organizzazioni che hanno adottato una politica di riduzione della contenzione hanno definito un piano comprensivo di: definizione e l'adozione di protocolli per specifiche situazioni, descrizione di quelle situazioni per le quali ancora è indicato l'uso dei mezzi di contenzione(33,3638), normato da dettagliate procedure.



Modifiche nella prescrizione

Pochi lavori insistono sulle modalità di prescrizione della contenzione e suggeriscono che sia il medico a prescriverla¹ indicando chiaramente: motivazione, mezzo (o mezzi) di contenzione, durata, frequenza del controllo e della valutazione di eventuali danni direttamente o indirettamente attribuibili alla contenzione stessa. La prescrizione deve sempre essere preceduta da un'attenta valutazione da parte dell'infermiere rispetto alle cause che la rendono necessaria e alle possibili soluzioni alternative.

Utilizzo di consulenti esperti

In letteratura sono riportati due tipi di consulenti: gli esperti della contenzione e gli specialisti clinici.

L'esperto della contenzione, dopo un training avanzato, è in grado di fornire consulenze in merito e di realizzare interventi di formazione; solitamente fa parte dello staff e spesso assume il ruolo di case manager o di supervisore dell'implementazione del piano di riduzione della contenzione. Lo specialista clinico è spesso un infermiere con competenze esperte in ambito geriatrico, che collabora con lo staff mediante visite periodiche, durante le quali valuta i pazienti contenuti e ridiscute con lo staff la decisione di contenere.

I risultati di un singolo RCT confermano che la formazione e la consulenza clinica (utilizzate in associazione) sono in grado di ridurre con sicurezza (senza che vi sia un aumento di cadute, di lesioni e di utilizzo di psicofarmaci) il ricorso alla contenzione fisica nelle strutture residenziali.

Assessment

Elemento comune a molti programmi di riduzione della contenzione è la valutazione strutturata. La valutazione strutturata ha l'obiettivo di individuare a quali residenti può essere rimossa la contenzione, sia di individuare gli interventi assistenziali più adeguati. Per la valutazione viene suggerito l'impiego di protocolli che indagano le abilità motorie (andatura, equilibrio, trasferimenti), utilizzando scale di valutazione standardizzate, e la discussione dei singoli casi da parte dello staff multidisciplinare.

In ospedale, quando vi sia presenza di una o più delle condizioni che pongono il paziente a rischio di essere contenuto (interferenza con la terapia, rischio di caduta, agitazione, deficit cognitivo,



wandering) è necessaria un'accurata valutazione per definire obiettivi e priorità degli interventi e attivare un piano di cure e assistenza che minimizzi la necessità di contenere.

Partecipazione della famiglia

I familiari sono coinvolti in molti programmi di riduzione della contenzione. Tali programmi sono descritti attraverso la semplice informazione, la discussione sulla decisione di rimuovere la contenzione e sulla priorità degli interventi, o attraverso programmi di formazione strutturati e specifici.

La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica in casa di riposo.

Adozione di protocolli per specifiche situazioni cliniche

Molti lavori individuano alcune situazioni cliniche per le quali è particolarmente difficile o problematico ridurre la contenzione, garantendo nel contempo sia la sicurezza del paziente/residente, sia dello staff e degli altri pazienti/residenti. In particolare sono stati sviluppati e implementati protocolli per:

- persone a rischio di caduta;
- persone che interferiscono con i trattamenti;
- persone con wandering;
- persone con agitazione;
- persone che manifestano comportamenti aggressivi;
- persone che manifestano disturbi del comportamento;
- persone con deficit cognitivo.

I protocolli, oltre agli interventi alternativi alla contenzione, prevedono interventi specifici per la gestione dei soggetti nelle singole situazioni cliniche descritte.



Formazione

Tutti i programmi volti a ridurre il ricorso alla contenzione fisica contemplano la formazione come elemento indispensabile. Ad oggi non esiste un programma standardizzato di documentata l'efficacia. È però dimostrato che la formazione riduce il ricorso alla contenzione fisica nelle strutture residenziali, mentre negli ospedali per acuti rappresenta il supporto indispensabile all'implementazione di programmi di riduzione della contenzione.

I programmi di formazione descritti in letteratura hanno durata variabile da un'ora a più giornate in un anno, contenuti diversi, ma la stessa finalità: rendere edotti gli operatori sanitari della pericolosità e dell'inefficacia della contenzione e promuovere l'adozione di interventi alternativi.

È importante che il programma formativo insista particolarmente sui seguenti aspetti:

- assistere senza contenere: principi e standard;
- informazioni sui miti o convinzioni erranee circa la contenzione fisica;
- le sequele della contenzione fisica;
- aspetti giuridici e legislativi;
- interventi alternativi.

È utile all'apprendimento la discussione di casi clinici.

Alternative possibili alla contenzione fisica

Modifiche ambientali

Sono certamente da incoraggiare e promuovere tutti gli interventi che aumentano la sicurezza ambientale e riducono pertanto la necessità di contenere. Una buona illuminazione, luci che si accendono con facilità, pavimenti non scivolosi dovrebbero essere caratteristiche diffuse in tutti i setting che accolgono o potrebbero accogliere soggetti con disabilità funzionale e o cognitiva.

Nelle strutture che accolgono soggetti con deficit cognitivo andrebbero adottati tutti gli accorgimenti per evitare che i soggetti accedano a luoghi non sicuri o lascino la struttura: porte schermate con pannelli in tessuto fissati con velcro e dello stesso colore delle pareti, speciali serrature a scatto. Per i soggetti con wandering è inoltre utile disporre di percorsi privi di ostacoli, magari circolari. L'adozione di sistemi visivi di controllo di zone particolarmente a rischio e di allarmi, che segnalano



al personale l'accesso a zone non consentite, può ulteriormente aumentare il livello di sicurezza e ridurre la necessità di contenere.

Sicurezza a letto

Molte cadute si verificano mentre la persona cerca di scendere dal letto o durante i trasferimenti letto-poltrona e viceversa. Numerosi sono gli interventi proposti dalla letteratura per ridurre la possibilità di movimento del soggetto quando è a letto: materasso concavo, ad acqua, coperte arrotolate poste ai bordi del letto.

Altri interventi sono finalizzati ad attutire le conseguenze di una caduta accidentale: tappeti morbidi posti sul pavimento a fianco del letto, il coricare il soggetto sul materasso posto sul pavimento, l'abbassare il piano del letto all'altezza minima. Per facilitare i movimenti autonomi minimizzando il rischio di caduta sono proposti: altezza del letto adattata all'altezza del soggetto, trapezio per aumentare la mobilità a letto, sedia o poltrona posta a fianco del letto per facilitare i passaggi posturali, strisce antiscivolo sul pavimento vicino al letto.

Supporti per la postura e la posizione seduta

La possibilità di disporre di sedute diverse (sedie e poltrone) per posizionare correttamente il soggetto, consentendogli di mantenere la posizione in sicurezza e comfort, rende possibile, soprattutto nelle strutture residenziali, la mobilitazione di più soggetti oltre che la riduzione del ricorso a mezzi di contenzione.

Tra tali sedute si annoverano: sedie o poltrone con seduta profonda, con schienale ad inclinazione variabile, sedie a dondolo o bascule, sedie con schienale alto, possibilità di applicare o rimuovere o bloccare le ruote.

Alle sedute possono essere poi aggiunti cuscini che aumentano il comfort e la sicurezza nei soggetti che hanno movimenti a scatto o che tendono a cadere di lato con il tronco.

Attività riabilitative e distraenti

La multidisciplinarietà dell'intervento volto a ridurre la contenzione fisica si concretizza anche con l'offerta di programmi e attività specifiche, che da un lato possono migliorare alcuni aspetti legati alla disabilità fisica, dall'altro distraggono i residenti da comportamenti a rischio. Per contenere la



disabilità vengono suggeriti interventi di riabilitazione, deambulazione assistita, mentre per distrarre il soggetto sono proposti terapia occupazionale, attività notturne per coloro che vagano in tale fascia oraria, attività ricreative.

Rientrano in queste attività anche una serie di interventi che possono essere affidati a volontari e famigliari istruiti o formati: compagnia, supporto, assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, ascolto di musica, passeggiate.

Personalizzazione dell'assistenza

Uno spazio rilevante è certamente quello occupato dall'organizzazione delle cure, che devono essere personalizzate e rispettose delle abilità residue del soggetto. Ciò è certamente un compito non facile, affidato agli infermieri e al personale di supporto, ma rappresenta il passaggio obbligato per finalizzare gli interventi scegliendo tra le diverse soluzioni quella che più risponde alle caratteristiche del soggetto.

Prevenzione degli eventi avversi

La prevenzione delle infezioni, la valutazione del dolore, la promozione del riposo e del sonno, l'attenzione agli effetti collaterali dei farmaci sono aspetti che, oltre ad esprimere la qualità dell'assistenza, riducono, soprattutto nei pazienti cronici, episodi di confusione, agitazione, cadute accidentali. Eventi che spesso determinano la decisione di ricorrere alla contenzione fisica.

La Presidente

Barbara Mangiacavalli
