

DISPOSIZIONI PROCEDURALI SULLA CONTENZIONE

Premesse

Nel nostro ordinamento non c'è nessuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso di mezzi di contenzione.

La Costituzione Italiana recita che la "Libertà personale è inviolabile" (Art. 13) e che la "Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ... Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" (Art. 32).

Con la legge 180 – e l'abolizione dell'Art. 60 del regolamento manicomiale del 1909 - una psichiatria senza contenzione costituisce un obbligo giuridico prima ancora che deontologico.

La contenzione fisica è un segnale dell'inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria ove venga praticata ed è considerata un *evento sentinella*.

La "reazione contenitiva" può essere disciplinata solo dalle norme ordinarie in tema di legittima difesa o stato di necessità.

In particolare il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali, a situazioni di emergenza, ovvero a situazioni di immediato pericolo per sé e per gli altri (art. 54 codice penale).

Quando supera quel limite minimo del contenimento fisico, diretto ed immediato, scriminato sulla base di una rigorosa interpretazione dell'art. 54 c.p. la contenzione è illecita e potrebbe configurare: il delitto di abbandono di incapace (art. 591 c.p.) ed in particolare può costituire abbandono il lasciare l'infermo legato ad un letto di contenzione, il delitto di sequestro di persona (Art. 605 c.p.), Violenza privata (Art. 610 c.p.), Abuso mezzi di contenzione o di disciplina (Art. 571 c.p.) e Maltrattamenti (Art. 572 c.p.).

L'agire da parte del personale sanitario per stato di necessità si risolve tuttavia in un dovere giuridico (art. 51 codice penale: esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), anche in ragione del fatto che il ... non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo (art. 40 codice penale).

L'adozione di un trattamento che contempra una pratica di contenzione deve quindi essere correttamente motivata e documentata.

Obiettivi

Ciò premesso gli obiettivi fondamentali della presente disposizione sono:

1. Riduzione/abolizione del ricorso alla contenzione e ricerca di soluzioni alternative
2. Disciplinare l'intervento contenitivo
3. Monitoraggio della contenzione (*evento sentinella*)

Definizione:

Il termine contenzione indica ogni mezzo di costrizione fisica della libertà di movimento della persona o del normale accesso al proprio corpo.

I mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Nella contenzione fisica gli operatori intervengono per bloccare fisicamente i movimenti di un paziente, con la contenzione meccanica vengono usati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti.

La contenzione farmacologica ha la stessa funzione ed è ammissibile solo quando rappresenta un intervento sanitario ed è parte integrante della terapia.

In ogni caso la pratica della contenzione deve sempre basarsi su specifici protocolli di appropriatezza e di qualità, nel rispetto della sicurezza del paziente e del personale.

In nessun caso è ammessa la contenzione per sopperire a disfunzioni organizzative o a carenza di personale.

Atto dispositivo

1. è il medico che può disporre la contenzione con **disposizione scritta** e debitamente firmata
2. la prescrizione della contenzione deve essere riportata in cartella e deve indicare chiaramente:
 - a. la motivazione (episodio specifico)
 - b. tipo di contenzione
 - c. tempo di inizio e tempo di fine della contenzione
 - d. azioni di monitoraggio

Regole procedurali generali:

1. la contenzione ha carattere contingente, limitata nel tempo ed il paziente deve essere monitorato con attenzione.
2. all'atto della contenzione il medico deve assicurarsi delle condizioni cliniche del paziente e deve provvedere a richiedere ogni esame necessario alla sua tutela (esami clinici, ECG/visita cardiologica ...). Ciò anche in relazione al particolare stress cui è sottoposto il paziente e al fatto che la contenzione è più frequente nei pazienti che vengono ricoverati in TSO (quindi situazioni di urgenza in cui non sempre è possibile avere notizie precise sull'anamnesi del paziente ed è necessario procedere ad una sedazione rapida).
3. durante la contenzione la persona va costantemente monitorata dal personale infermieristico. Il controllo deve anche prevedere il monitoraggio delle condizioni cliniche e del corretto posizionamento dei presidi; l'effettuato controllo va documentato con annotazione scritta sulla cartella clinica infermieristica.
4. Il medico deve monitorare con particolare attenzione il paziente e la decisione di ricorrere alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata. Tale controllo va documentato in cartella clinica.
5. particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione degli effetti collaterali diretti ed indiretti della contenzione. In ogni caso gli obiettivi assistenziali perseguibili anche durante la contenzione sono il comfort e il benessere della persona.
6. il paziente contenuto va liberato almeno ogni due ore, per consentirgli di bere, mangiare, andare in bagno; anche il tempo in cui il paziente non è contenuto e le attività che compie devono essere documentate.

I dati relativi alla contenzione devono riportati in ordine cronologico in un *apposito registro* – predisposto dal responsabile del reparto - e devono essere elaborati in statistiche mensili, accessibili a tutto lo staff, per evidenziare tempi, tipo, causa delle contenzioni attuate. Tali statistiche devono essere oggetto di specifiche riunioni di équipe.

La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione – e quindi delle linee guida - implica la valutazione della condotta di “tutti” i soggetti coinvolti nell'assistenza (art. 110 C.p.).

Normativa e Linee guida consultate

1. Costituzione Italiana
2. Codice penale
3. Codice Deontologia Medica, 2006
4. Codice Deontologico dell'infermiere, 2009
5. Convenzione di Oviedo. Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina – 4 aprile 1997 (Legge 28 marzo 2001, n. 145 – Ratifica della Convenzione di Oviedo).
6. Comitato Nazionale per la Bioetica. Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. 24 settembre 1999
7. Legge n. 180 del 13.5.1978
8. Legge n. 833 del 13.12.1978
9. Deliberazione n. 1379 Regione Campania del 6 agosto 2009 – Raccomandazioni per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO).
10. Procedura Contenzione dei pazienti Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano, 2007
11. Art 82 DPR 30 giugno 2000/230. Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (GU 195/22.8.2000).
12. La contenzione fisica in ospedale. Azienda Riguarda Ca' Granda, Milano, revisione 2008
13. Poli N, Rossetti, Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, Nursing Oggi 4, 2001
14. Contenzione fisica nel SPDC, Ospedale Oglio Po – Cremona
15. Grassi L, F Ramacciotti, La contenzione in psichiatria: profili medici e giuridici, in www.personaedanno.it 9.5.05
16. Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale (edizione 2008, III revisione) QUASM, Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale
17. Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti (CPT). Consiglio d'Europa. Rev. 2006

Documento redatto: novembre 2009

Prossima revisione: giugno 2010