

LA CONTENZIONE

normativa, aspetti, conseguenze, prassi, deontologia

«...Della contenzione geriatrica non si parla, non se ne scrive, ma la si applica. Non è mai regolata e quindi è come se non avvenisse».

Il tema dell'applicazione dei mezzi di tutela della salute non è trattato esaurientemente, dal sistema normativo, come altri (ad es. sicurezza del lavoro, igiene degli alimenti, riservatezza)

E' chiaro, quindi, che la contenzione rimane una pratica illegale, laddove applicata senza consenso del paziente, consenso che spesso esso non può dare.

Art. 13 Costituzione

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dalla autorità giudiziaria nei soli casi e modi previsti dalla legge.”

Art. 32 Costituzione

“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

il trattamento sanitario si effettua secondo volontà del destinatario e deve comunque essere effettuato nel rispetto della dignità della persona.

Ne deriva l'indispensabilità di un **valido consenso** al trattamento medico, che deve essere finalizzato al “bene” del soggetto.

Le uniche ipotesi che consentono, giuridicamente e deontologicamente, interventi diagnostici o terapeutici senza il consenso dell'interessato sono individuate dalle previsioni di **trattamenti sanitari obbligatori** (quelli previsti esplicitamente dalla legge) e dal ricorso di uno **stato di necessità**, volto ad evitare l'attualizzazione di danni a sé o agli altri, anche attraverso interventi di carattere eccezionale.

Art. 591 Codice penale

“abbandono di minori od incapaci”

“Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni”.

Art. 593 Codice penale

“omissione di soccorso”

Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila.

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità.

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

Art. 605 Codice penale

“sequestro di persona”

“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni”.

Art. 54, comma 1, Codice penale

“stato di necessità”

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se 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”

In tal caso è possibile ovviare al consenso informato, se non esperibile; non applicando il mezzo di tutela si potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace.

Lo stato di necessità è una **scriminante**; non rende legittima, ma non punibile la contenzione (cioè l' illecito di carattere penale)

La proporzione del fatto al pericolo sottende **adeguatezza** d' intervento nei confronti dei rischi cui il soggetto (o altri) andrebbero incontro non intervenendo.

Dal **codice deontologico dell'Infermiere professionale** “...L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configura l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”.

si parla di

contenzione fisica

solitamente si caratterizza per la continuità ed è spesso utilizzata per prevenire cadute, ridurre l' ipercinesia, evitare il vagabondaggio e quindi rischi all' incolumità personale.

contenzione farmacologica

si attua prevalentemente per ridurre o controllare problemi comportamentali, fra i quali aggressività ed agitazione.

Più di quella fisica, può determinare un decadimento rapido e una riduzione progressiva dell' autonomia della persona trattata.

contenzione ambientale

si sostanzia in cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti.

Secondo i mezzi utilizzati si può parlare di contenzione a letto (spondine, fasce, cinture), in carrozzina (cintura pelvica, corpetto, divaricatore inguinale, tavolino), mezzi di contenzione di segmenti corporei (cavigliere, polsiere, bracciali) o con postura obbligata (carrozze basculanti, poltrone basse, cuscini anatomici)

Si tiene ferma la distinzione tra mezzi di contenzione veri e propri e **presidi precauzionali**, che permettono la mobilità degli arti e in gran parte del tronco e tendono a impedire condizioni rischiose per l'ospite o accessi di aggressività nei confronti del soggetto stesso o di terzi.

Condizioni di “apertura” alla contenzione

- 1- Soggetti affetti da stato confusionale sia transitorio che cronico
- 2- Soggetti che possono procurarsi o procurare danni o lesioni alla integrità psico-fisica e alla dignità della persona stessa o di altri
- 3- Soggetti che necessitano di trattamenti terapeutici intensivi e continuativi

Esempi di applicazione impropria della contenzione

- 1 - wandering e deambulazione senza rischio (evidente) di caduta;
- 2 - agitazione psicomotoria senza spunti violenti;
- 3 - problemi comportamentali dovuti a disturbi mnesici
- 4 - necessità di posture particolari.

Secondo alcune statistiche di possibile acquisizione comune, la prevalente motivazione della contenzione fisica riguarda la prevenzione delle cadute, seguita da agitazione psicomotoria.

Possibili reazioni alla contenzione fisica

- Perdita dell'autostima
- Reazione di fuga
- Rabbiosità verso un ambiente che "trattiene" con la forza
- Umiliazione nei confronti della collettività, degli amici, dei parenti
- Sensazione di abbandono, forme di regressione comportamentale

Può sussistere anche la reazione degli altri ospiti di fronte ad una situazione che potrebbe essere percepita sia come liberatoria che come ansiogena.

Possibili conseguenze della contenzione

Si possono individuare i danni potenziali in tre categorie (Miles / Irvine)

1. **TRAUMI MECCANICI** (strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica, lesione dei tessuti molli superficiali)
2. **MALATTIE FUNZIONALI ED ORGANICHE** (decondizionamento psicofisico, incontinenza, lesioni da decubito, infezioni)
3. **SINDROMI DELLA SFERA PSICOSOCIALE** (stress, umiliazione, depressione e paura)

la contenzione (fisica) deve essere limitata a circostanze eccezionali:

quando il comportamento dell'ospite rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per altri e la contenzione si dimostri la scelta migliore;

- auto ed eterolesionismo;
- protezione di presidi medicali

- soggetto esposto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi o camminare ;
 - stato di incoscienza od ebbrezza ;
 - periodo pre e post sedazione;
 - trasporto con barella;
 - mantenimento della corretta postura in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di stabilità e supporti ortesici
- protezione di presidi medicali necessari per il benessere dell' ospite

Possibili alternative alla contenzione

• *Disturbi d'ansia*

approccio di tipo relazionale
 compagnia, disponibilità all'ascolto, empatia, conforto, contatto fisico;
 proposte motorie, tecniche di rilassamento.
 possibile trattamento con ansiolitici.

• *Agitazione psicomotoria*

ambiente confortevole (luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e di oggetti potenzialmente dannosi);
 individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo (intolleranza ambientale o interpersonale);
 strategie relazionali
 distoglimento dell'ospite dallo sfogo aggressivo (passeggiate, attività occupazionali, allontanamento dal presunto evento scatenante);

• *Deliri, allucinazioni*

atteggiamento dell'operatore.
 orientare il rapporto con l'ospite ad una condivisione della situazione che al momento sta vivendo (né critica né negazione dell'evento possono ricondurlo alla realtà).
 evitare commenti, banalizzazione, derisione

• *Alterazioni del ciclo sonno-veglia*

evitare l'allettamento forzato mediante flessibilità nella scansione degli orari di lavoro
 valutare la presenza di possibili cause di insonnia quali: dolori, tosse, nicturia, dispnea, fame, sete, bisogno di scaricarsi, bisogno di essere cambiati, presenza di situazioni ambientali sfavorevoli (rumorosità, materassi non idonei, temperature non adeguate).
 Nel caso di ospiti non più in grado di esprimersi o di relazionarsi, l'operatore sanitario deve intervenire ad un livello "comunicativo" ben più elevato, empatizzando col soggetto ma conservando la propria capacità critica e lavorando ad una "estrema" individualizzazione del piano terapeutico – assistenziale. .

• *Prevenzione delle cadute*

modificazioni ambientali per ridurre il rischio (diminuzione dell'altezza dei letti, illuminazioni e pavimentazioni adeguate, strisce antiscivolo, assenza di barriere architettoniche, sanitari modificati).

valutare / modificare: calzature, deficit sensoriali, cura del piede.

adottare, per i pazienti particolarmente a rischio di caduta, abbigliamenti imbottiti

introdurre specifici interventi riabilitativi: deambulazione assistita, recupero funzionale.

dotare il soggetto di ausili -bastoni per la deambulazione, carrozzine- scelti in base alle sue caratteristiche fisiche e patologiche.

-Trattamenti sanitari

riduzione dei tempi di somministrazione;

collaborazione dei familiari durante il trattamento;

controllo da parte degli operatori;

camuffamento di presidi e sonde (abbigliamenti particolari) e loro posizionamento durante il sonno o fuori del campo visivo dell'ospite.

Tra gli estremi costituiti dalla perfezione assistenziale o massima tutela dell'ospite e il ricorso a misure contenitive possono trovare spazio svariate iniziative, modernamente riassunte dal concetto di **approccio o ambiente protesico**, per il quale il benessere dell'individuo e raaggiungibile mediante la correlazione dinamica di tre componenti:

le persone la programmazione delle attività lo spazio fisico (ambiente).

E' fondamentale:

-adottare protocolli operativi per la traduzione corretta dei comportamenti e delle azioni da compiere a tutela della salute della persona

-che gli operatori siano istruiti:

ad osservare e riportare con esattezza ogni dettaglio che possa aiutare a decifrare il comportamento degli ospiti e a predisporre risposte coerenti e non coercitive.

a comunicare correttamente ciò che osservano ai colleghi; trasmettere le informazioni mediante processi e schede condivise soccorre spesso una mancata conoscenza di problematiche specifiche, soprattutto per adottare una uniformità di espressione eliminando errori comunicativi e fraintendimento.

Il punto d'incontro tra le varie professionalità è rappresentato dal Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), in cui si affrontano le problematiche mediante i principi del problem solving; nel caso di ricorso alla contenzione la responsabilità di gruppo può prevenire interpretazioni procedurali incongrue e consentire di affrontare le tematiche relative alla organizzazione del lavoro.

L' utilizzo della contenzione è l'extrema ratio di un processo suddiviso in più fasi:

- Valutazione del quadro clinico multidimensionale
- Esistenza di uno "Stato di necessità"
- Individuazione di soluzioni alternative
- Evidenza di una situazione di emergenza o urgenza
- Salvaguardia della dignità personale
- Acquisizione del consenso informato laddove possibile
- Individuazione delle soluzioni tecniche
- Sussistenza del principio di proporzionalità

Esempio di LINEE GUIDA PER L'USO CORRETTO DEI MEZZI DI CONTENZIONE

- L'indicazione della contenzione è principalmente un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente terapeutico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali.
- La C. non dovrà mai essere applicata come atto alternativo alle emergenze gestionali o di assistenza (carenza di personale, difficile organizzazione...)
- L'atto di applicazione dovrà essere circostanziato in tempi, frequenza e metodi, evitando di annotare solo il perché sia applicata.
- Si dovrà riesaminare spesso la decisione, dopo aver considerato il caso e vagliato ogni alternativa.
- Si dovranno informare della decisione presa e del suo significato il soggetto da contenere (se in grado di comprendere) e i familiari.
- L'atto dovrà essere documentato sul piano assistenziale del singolo (anche per la valenza certificativa della documentazione)
- Al soggetto contenuto dovranno essere garantite idonea sorveglianza ed assistenza
- Evitare di associare i vari tipi di contenzione (fisica, farmacologica ecc)
- Porre particolare attenzione agli aumenti di aggressività o di irrequietezza o ad abulia, distacco esistenziale per poter riesaminare le motivazioni addotte alla contenzione
- Monitorare continuamente il numero dei soggetti contenuti per evitare abusi o superficialità e controllare le condizioni dei soggetti sottoposti, che devono essere controllati frequentemente per evitare lesioni o comportamenti pericolosi
- Durante il periodo di contenzione occorre programmare fasi di movimento ogni 2-3 ore

Il coinvolgimento dei familiari

I familiari possono tendere a considerare il mezzo contenitivo come una possibilità di evitare cadute e conseguenti danni; la proposta di toglierlo è talora vissuta come mancanza di assistenza.

La contenzione farmacologica comporta anche il problema di trovare il "dosaggio giusto" (spesso raggiunto dopo lunghi monitoraggi e tentativi) e quello degli effetti collaterali dei sedativi (calo dell'attenzione, difficoltà nella deglutizione, immobilità con rischio di piaghe...).

Può quindi risultare efficace un colloquio con il familiare referente non appena si sia deciso di contenere il congiunto, dove illustrarne i motivi e le modalità di somministrazione e monitoraggio.

PROFILO PER IDENTIFICARE GLI ANZIANI AD ALTO RISCHIO DI CADUTA

1	ETA' AVANZATA Da 70 a 84 anni: rischio presente > 85 anni: rischio elevato	
2	STATO MENTALE ALTERATO Delirio/demenza: lo stato confusionale intermittente determina il rischio più elevato	
3	STATO PSICOSOCIALE O AFFETTIVO ALTERATO Agitazione/aggressività/depressione/negazione dello stato di malattia	
4	ATTUALE O POTENZIALE INCONTINENZA Il rischio più elevato si presenta se il soggetto è autonomo nell'uso del bagno ed incontinente	
5	CAMBIO DI AMBIENTE Nuovo ingresso/cambio camera nella struttura	
6	STORIA DI CADUTE Esiste un rischio se vi sono state 1 o 2 cadute negli ultimi 6 mesi. Il rischio aumenta molto se le cadute sono state numerose	
7	DEBILITAZIONE O DEBOLEZZA	
8	CONFINAMENTO SU UNA SEDIA	
9	MENOMAZIONI VISIVE	
10	IPOENSIONE ORTOSTATICA	
11	DISTURBI DELL'EQUILIBRIO E DEAMBULAZIONE	
12	FARMACI Anestetici/antidepressivi/antistaminici/antipsicotici/anticonvulsivi/benzodiazepine/cardiovascolari/ipoglicemizzanti/narcotici	

Tratto da: **“La contenzione fisica in casa protetta.htm”** di L. Broglia e S. Conca
(Elaborazione del Centro di Ricerca Geriatrico di Brescia)

BIBLIOGRAFIA essenziale

1. L.Belloi, C.Valgimigli **“La notte dell’assistenza”**
Ed. Franco Angeli (2001)
2. G.Casale, A.Guaita, A.Pisani Ceretti, R.Sandri, M.Trabucchi **“Linee operative di consenso in RSA”** Ed. Franco Angeli (2001)
3. U.Senin **“Paziente anziano e paziente geriatrico”**
EdiSES Napoli (2000)
4. E.Zanetti, S.Costantini **“Uso dei mezzi di contenzione fisica”** Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm (2001)