

LA CONTENZIONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: LINEE DI INDIRIZZO

SOMMARIO

INTRODUZIONE E DIMENSIONE DEL FENOMENO	2
SCOPO DELLE LINEE DI INDIRIZZO	2
CAMPO DI APPLICAZIONE	2
DEFINIZIONI	2
Contenzione	2
Mezzi di contenzione fisica.....	2
ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE	2
MODALITÀ DI CONTENZIONE	4
CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA	4
QUANDO E COME UTILIZZARE I MEZZI DI CONTENZIONE	5
SOGGETTI A RISCHIO DI CONTENZIONE	5
FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI.....	6
COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI CONTENTIVI.....	6
VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICAZIONE CONTENTIVA.....	7
PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENTIVI	8
Schema delle responsabilità	9
Monitoraggio dell'utente	9
Rimozione della contenzione fisica	10
Acquisizione del consenso	10
Conclusioni.....	10
ALLEGATO 1 Scheda di prescrizione e verifica	12
ALLEGATO 2 Scheda di consenso informato.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

INTRODUZIONE E DIMENSIONE DEL FENOMENO

Parlare di contenzione è difficile, poiché tale atto lede il primo fondamento di una società civile che è rappresentato dal diritto alla libertà individuale.

Adottata da lungo tempo in ambito psichiatrico, la contenzione approda in geriatria in tempi più recenti con caratteristiche di utilizzo proprie, legate soprattutto alle motivazioni e alla durata (si caratterizza spesso per la continuità nel tempo). Da una revisione della letteratura di nursing, pubblicata negli USA dal 1885 al 1950, emerge l'indicazione di evitare in ogni caso la contenzione fisica negli anziani e il primo textbook di nursing geriatrico (Newton, 1950) non ne fa menzione. Negli anni successivi al 1960 si assiste invece a un notevole incremento nell'uso della contenzione fisica tale da configurare una vera e propria emergenza geriatrica, tant'è che l'Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) del 1987 prevede, tra l'altro, la riduzione della contenzione fisica (e farmacologica) in assenza di giustificazioni cliniche e di apposita documentazione (bibl_17).

La prevalenza della contenzione fisica, riportata dalla letteratura internazionale, varia tra il 3% e l'83% nelle Nursing-Homes/R.S.A. e tra il 4% e il 68% negli ospedali. In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione varia dal 41.7% dell'Emilia Romagna al 17.5% dell'Abruzzo e al 25% del Veneto. Da dati interni ASL emerge che nelle R.S.A. della provincia di Sondrio gli ospiti in contenzione (senza considerare le sponde al letto) variano da Struttura a Struttura dallo 0% al 43% (2008), con una media del 21% nel 2008-2009 e 23% nel 2010.

Il ricorso così frequente alla contenzione sembra determinato da una serie concomitante di fattori: l'aumento della popolazione anziana, la perdita del valore sociale degli anziani, l'aumento nelle R.S.A. di anziani con deficit cognitivi, gli attuali modelli medici di cura, le preoccupazioni per vertenze legali derivanti dalla responsabilità delle istituzioni per la protezione dell'ospite. Può capitare, purtroppo, che in certe R.S.A. si ricorra alla contenzione anche per far fronte alla carenza di personale di assistenza.

Nelle divisioni ospedaliere per acuti la più precisa e seguita indicazione per il contenimento sembra essere la prevenzione dei comportamenti autolesivi, come scendere dal letto in assenza del necessario aiuto o l'interruzione ingiustificata di un trattamento medico. La protezione di presidi medicali, applicati al paziente e necessari per il trattamento terapeutico, conduce sovente all'uso della contenzione.

Indipendentemente dall'ambiente, ospedale o R.S.A., l'utilizzo della contenzione aumenta sistematicamente in relazione all'età del paziente/ospite e alla severità del danno cognitivo.

SCOPO DELLE LINEE DI INDIRIZZO

Fornire agli Enti, alle Strutture residenziali e semiresidenziali, agli operatori sanitari e socio-assistenziali interessati dal fenomeno indicazioni sulla contenzione dei pazienti/ospiti qualora se ne ravvisi la necessità, garantendo comportamenti omogenei, riproducibili e verificabili all'interno dei limiti legali, della letteratura scientifica, nel rispetto della libertà individuale e della dignità umana.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Queste linee sono destinate a tutti i professionisti operanti in Enti Gestori e/o Erogatori di Strutture socio-sanitarie sul territorio dell'ASL della Provincia di Sondrio per pazienti/ospiti con disabilità, adulti non autosufficienti, anziani.

DEFINIZIONI

Contenzione

Per contenzione delle persone assistite si intende l'atto sanitario-assistenziale di natura eccezionale¹, applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si sono dimostrate inefficaci che, attraverso l'utilizzo di dispositivi, farmaci, tecniche, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri.

Se idonea, deve rispondere all'obiettivo di tutela dell'integrità fisica del soggetto, quando il comportamento dello stesso o la sua malattia costituiscano imminente pericolo per tale integrità. In Regione Lombardia i mezzi di contenzione sono definiti "strumenti di protezione e tutela", come sottolineato nel d.g.r. n. 8496 del 26/11/2008.

Mezzi di contenzione fisica

Si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o a parti di esso oppure collocati nello spazio circostante la persona al fine di limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento (bibl_21, 25)

ASPETTI GIURIDICI DELLA CONTENZIONE

¹ L'eccezionalità della contenzione fisica era sancita già dal Regolamento Manicomiale del 1909 (abolito con la legge n. 180 del 1978) che, all'art. 60, recitava: "Nei manicomi devono 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".

Costituzione Italiana

Art. 13: *“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge (...)”.*

Art. 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 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”.*

Codice deontologico dell'infermiere

Il codice deontologico dell'infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, recita:

Art. 3: *“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”.*

Art. 30: *“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”.*

Codice di deontologia medica

Il codice di deontologia medica del 2006 sancisce, negli artt. 3,13 e 18, i medesimi principi:

Art. 3 - *Doveri del medico: “Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, (...) La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona”.*

Art.13 - *Prescrizione e trattamento terapeutico: “(...) Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità (...)”*

Art. 18 - *Trattamenti che incidono sull'integrità della persona: “I trattamenti che incidono sull'integrità della persona e sulla resistenza psicofisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze”.*

Art. 33 - *Informazione al cittadino: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.”*

Art. 35 - *Acquisizione del consenso: “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33. Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.”*

Codice penale

Art. 40: *“Non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo”.*

Art. 571: *“Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente.”.*

Art. 54 - *Stato di necessità: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o 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”.*

Attualmente nel nostro ordinamento giuridico non c'è nessuna specifica disposizione di legge che disciplini l'uso dei mezzi di contenzione. (bibl_4).

La contenzione trova legittimazione nello "stato di necessità" (art. 54 C.P.), cioè nelle situazioni di eccezionale gravità, non gestibili in altro modo, che mettono a repentaglio l'incolumità del paziente/ospite o di altri soggetti, (bibl_4). La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente dalla manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo² purché sussistano tutti i requisiti previsti, vale a dire: attualità del pericolo di un danno grave alla persona, pericolo non altrimenti evitabile, equivalenza (o prevalenza) del bene salvato rispetto a quello sacrificato. La valutazione dell'attualità del pericolo (intesa anche come concreta possibilità del suo verificarsi) è il problema centrale nell'applicazione dello stato di necessità in questi casi. Il secondo elemento che giustifica la contenzione è la non altrimenti evitabilità del pericolo: ne consegue che la contenzione fisica deve essere attuata solo quando è l'unico mezzo che il sanitario possiede per fronteggiare il pericolo e che, in tutti gli altri casi, si deve sempre optare per altri mezzi meno traumatici per il paziente (bibl_23).

Tuttavia vi sono delle situazioni in cui non sono così rigorosamente ravvisabili le condizioni di assoluta necessità e urgenza ma che possono ugualmente rendere opportuna l'adozione di certe forme di contenzione.

In ogni caso il bilanciamento tra protezione e restrizione è talora difficile da valutare e da documentare. (bibl_4).

L'adozione di mezzi di contenzione, limitando il diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale di movimento, può esporre a ipotesi di reato quali: "Violenza personale" (art. 610 C.P.); "Sequestro di persona" (art. 605 C.P.); "Maltrattamenti" (art. 572 C.P.); "Abuso dei mezzi di correzione" (art. 571 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno per lesioni attribuibili all'uso di tali mezzi restrittivi si aggiungono "Omicidio colposo" (art. 589 C.P.), "Lesioni personali colpose" (art. 590 C.P.), e "La morte o lesione personale come conseguenza di altro delitto" (art. 586 C.P.).

Va d'altronde considerato che ai medici e agli infermieri viene riconosciuta una funzione di garanzia verso i pazienti/ospiti e quindi un dovere di protezione nei loro confronti³. Ne discende che in determinate condizioni, contenere il paziente/ospite diventa non solo lecito ma legalmente dovuto (art. 40 C.P.: "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo").

L'omessa adozione di opportune cautele di vigilanza potrebbe concretare il reato di "Abbandono di persona incapace" (art. 591 C.P.) e, qualora ne derivasse un danno, si rientra nelle ipotesi di "Lesioni personali colpose" o "Omicidio colposo".

Non è sempre facile quindi stabilire un confine tra uso e abuso della contenzione, tra uso doveroso e uso ingiustificato e quindi discriminare tra comportamenti leciti e illeciti.

Alcune sentenze della Corte di Cassazione Penale (sentenze n. 409/05 e n. 3137/07) si sono occupate di casi che riguardano le R.S.A., in cui viene riconosciuta la responsabilità qualora la contenzione non trovi giustificazione come motivato atto sanitario/assistenziale nell'esclusivo interesse dell'ospite, ma derivi da necessità organizzative o di comodità del personale.

MODALITA' DI CONTENZIONE

La contenzione può avvenire attraverso modalità differenti che possono essere così schematizzate (bibl_25):

1. **contenzione fisica:** utilizza presidi e/o mezzi che riducono o controllano i movimenti; questi possono essere posizionati sulla persona oppure inseriti come barriere nell'ambiente;
2. **contenzione farmacologica:** si tratta di una vera propria sedazione farmacologica realizzata mediante farmaci che modificano il comportamento, quali tranquillanti e sedativi;
3. **contenzione ambientale:** comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti;
4. **contenzione psicologica, relazionale o emotiva:** prevede ascolto e osservazione empatica che diminuiscono l'escalation aggressiva del paziente/ospite poiché soddisfano il bisogno di sicurezza.

CLASSIFICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

Una possibile classificazione dei mezzi di contenzione fisica è la seguente (bibl_25):

1. Mezzi di contenzione per il letto

² Tuttavia deve essere ben chiaro che, qualora il malato/paziente/ospite, in grado di esprimersi e manifestare consapevolmente la propria volontà, si dichiarasse contrario alla misura contenitiva, il sanitario dovrà astenersi dal porla in atto.

³ Cfr. sentenza 2-3, 2000, n. 447 IV sezione penale della Corte di Cassazione: "Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti (...) posizione che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale è contrassegnata dal dovere giuridico incombente al soggetto di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsiasi pericolo atto a minacciarne l'integrità".

- Fasce e cinture applicate all'utente a letto
 - Lenzuolo contenitivo
 - Sponde di protezione
2. Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona
- Corpetto con bretelle
 - Cintura addominale
 - Cintura pelvica
 - Tavolino o piano d'appoggio fisso
 - Divaricatore inguinale
3. Mezzi di contenzione per segmenti corporei
- Cavigliere
 - Polsiere
4. Sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione
5. Altri sistemi utilizzati a scopo di contenzione (es. poltrone molto basse, carrozzine frenate contro un tavolo)

La questione se le sponde di protezione al letto siano o meno un mezzo di contenzione è ancora dibattuta e non esistono, al momento, delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi. Tuttavia tutte le definizioni di contenzione fisica riportate in letteratura fanno propendere per una loro inclusione. In tal senso le sponde rappresentano il tipo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle R.S.A. sia negli ospedali.

Non sono considerati mezzi di contenzione:

1. gessi ortopedici;
2. bracciali che impediscono la flessione dell'arto durante un'infusione venosa;
3. dispositivo d'allarme al letto e/o alle porte;
4. sponde che proteggano metà o tre quarti del letto.

QUANDO E COME UTILIZZARE I MEZZI DI CONTENZIONE

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione:

1. in situazioni d'emergenza ovvero quando il comportamento del paziente/ospite rappresenti un serio pericolo per sé e/o per altri e l'uso della contenzione si configuri come la scelta migliore;
2. in caso di auto ed eterolesionismo;
3. quando è in pericolo la sicurezza dell'ospite in quanto soggetto a caduta a ogni tentativo di alzarsi o camminare;
4. quando il paziente/ospite è in stato di incoscienza;
5. nel periodo pre e post sedazione;
6. in caso di trasporto in barella;
7. per mantenere il corretto allineamento posturale in pazienti/ospiti con deficit psicomotorio che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico;
8. in casi di somministrazione farmacologica endovenosa qualora non vi sia la piena collaborazione del paziente/ospite;
9. per impedire al paziente/ospite di rimuovere presidi medicali quali cateteri, cannule tracheostomiche, sonde, drenaggi (specialmente quando necessari al suo immediato benessere).

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia; è, indiscutibilmente, un atto medico e dunque proscritto al personale di assistenza in assenza di prescrizione medica.

SOGGETTI A RISCHIO DI CONTENZIONE (fattori di rischio intrinseci)

La letteratura riporta che le ragioni per le quali gli operatori sanitari utilizzano più frequentemente la contenzione sono le seguenti:

1. presenza di deterioramento cognitivo;
2. presenza di disorientamento spazio-temporale;
3. presenza di agitazione psico-motoria;
4. riduzione del visus;

5. rischio di caduta;
6. wandering
7. interferenza con i trattamenti;
8. rischio di rimozione di devices (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica...);
9. comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici.

FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI (ambientali, ergonomici, organizzativo-assistenziali)

1. inadeguato dimensionamento delle stanze di degenza;
2. pavimenti o scale scivolose senza soluzioni antiscivolo o presenza di ostacoli per raggiungere il bagno;
3. carente illuminazione degli ambienti;
4. letti non regolabili in altezza;
5. bagni sprovvisti di supporti per il sollevamento dal WC o per la doccia;
6. ausili per la deambulazione non sottoposti a corretta manutenzione e revisione.

COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI CONTENITIVI

La revisione di Evans (bibl_22) propone di suddividere le lesioni associate a contenzione fisica in due gruppi:

- a) danni diretti: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica (lacerazione, abrasione o compressione);
- b) danni indiretti: tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione etc.).

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione.

Alcuni studi hanno invece chiaramente dimostrato che la contenzione fisica può essere causa diretta di morte.

I potenziali danni legati a un utilizzo scorretto e/o prolungato dei mezzi di contenzione e si dividono in tre categorie:

Traumi meccanici

- o Strangolamento
- o Asfissia da compressione della gabbia toracica
- o Lesione dei tessuti molli superficiali (eritemi, abrasioni, ematomi etc.)
- o Lesioni ischemiche e/o nervose (da presidi troppo stretti o applicati non correttamente)

Malattie funzionali e organiche

- o Decondizionamento psicofisico
- o Incontinenza
- o Lesioni da pressione
- o Infezioni
- o Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare
- o Aumento dell'osteoporosi
- o Effetti collaterali e reazione avverse da farmaci

Sindromi della sfera psicosociale

- o Stress
- o Umiliazione
- o Depressione
- o Paura e sconforto

In letteratura c'è ormai un ampio consenso sui gravi rischi legati all'utilizzo della contenzione fisica e sulla sua talvolta dubbia efficacia rispetto alle motivazioni che ne hanno sostenuto il ricorso.

La contenzione pertanto può essere considerata come appropriata solo in determinati e particolari casi, soprattutto per quanto riguarda i pazienti/ospiti anziani; nonostante ciò, nella pratica assistenziale, è tuttora frequentemente utilizzata (bibl_26).

Sono poche le giustificazioni per l'uso della contenzione fisica: non controlla la confusione e l'agitazione, che anzi possono peggiorare, (come indirettamente dimostrato dalla riduzione della necessità di utilizzo di psicofarmaci alla loro sospensione); non previene totalmente le cadute con conseguenze gravi. Vi sono, infatti, studi che

confermano che le conseguenze più gravi dopo una caduta riguardano soggetti che cadono mentre sono sottoposti a contenzione.

La contenzione e il rischio di cadute

La prevenzione delle cadute, che è la principale causa di contenzione, non trova grandi riscontri negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti del tutto la caduta nei soggetti anziani.

In particolare l'uso di mezzi di contenzione non si associa a un numero significativamente più basso di cadute o infortuni in sottogruppi di residenti a rischio di caduta. Questi risultati sostengono la necessità di un approccio individualizzato alla persona anziana istituzionalizzata, per ridurre il rischio di caduta e favorire la mobilità, anziché l'immobilità. L'utilizzo delle sponde non si associa a una decisa riduzione di cadute dal letto e la loro rimozione, per contro, non è associata ad un aumento di cadute tra gli anziani istituzionalizzati.

In uno studio si è rilevato che la riduzione della contenzione fisica si accompagna a un aumento significativo di cadute prive di conseguenze (nessun trattamento, non abrasioni o tagli, radiografie non necessarie), mentre il numero di cadute con conseguenze più gravi (ematoma, perdita di conoscenza, tagli e ferite da sutura, fratture, ricovero in ospedale, morte) è sostanzialmente sovrapponibile a quello che si verifica in soggetti non sottoposti a contenzione (bibl_26).

Questi risultati suggeriscono che gli anziani continuano a cadere, con o senza l'uso di contenzione fisica, a causa di cambiamenti associati al processo di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio.

Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti a una caduta.

Quindi, riassumendo:

- il ricorso alla contenzione può aumentare il rischio di caduta: limitare la libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare e riduce la funzione fisica, entrambi fattori di rischio;
- l'utilizzo della terapia farmacologica può portare all'aumento del rischio cadute identificato in letteratura come fattore estrinseco del rischio caduta;
- entrambi gli interventi come dimostrato dalla letteratura e da diversi fonti potrebbero cadere in implicazioni medico legali, e al mancato rispetto dei diritti umani;
- devono essere previsti interventi alternativi alla contenzione fisica e al trattamento con psicofarmaci al fine di ridurre o prevenire il rischio di cadute nei soggetti a rischio.

VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICAZIONE CONTENITIVA

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure contenitive risulta essere la corretta valutazione multidimensionale ("assessment") del paziente/ospite.

Da una revisione sistematica della letteratura risulta che la motivazione che giustifica la decisione di implementare la procedura per l'uso della contenzione sia la presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri (cfr. sopra "Soggetti a rischio di contenzione").

Prima però di procedere alla prescrizione medica di metodi contenitivi, devono essere considerate le azioni da intraprendere per diminuire il rischio di comportamenti lesivi o altre turbe del comportamento.

In letteratura vengono suggerite alcune azioni che possono essere messe in atto per evitare l'utilizzo della contenzione. Va tuttavia tenuto presente che pochi degli interventi alternativi citati sono stati valutati sistematicamente e per nessuno si dispone di evidenze chiare (bibl_22).

Agitazione psicomotoria e tentativi di fuga

- Strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio) e oggetti potenzialmente pericolosi
- 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
- Strategie relazionali dell'operatore e attività occupazionali atte a distogliere l'ospite dal fattore scatenante

Alterazioni del ciclo sonno veglia

- Ridurre i tempi di allettamento 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

- Non criticare né negare la situazione vissuta dall'ospite
- Evitare di commentare, banalizzare, deridere l'ospite
- Mostrare un atteggiamento empatico

Trattamenti sanitari

- Controllo frequente dell'ospite/paziente da parte degli operatori
- Chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitari
- Posizionare i presidi sanitari durante il sonno o fuori dal campo visivo dell'ospite

Vanno comunque sempre considerate delle strategie di contesto che possano contenere il disagio o il malessere dell'ospite:

Compagnia e sorveglianza

- Fare in modo che il paziente/ospite non stia da solo: possono stare con lui il personale, familiari, caregivers, volontari, ciò sarebbe importante soprattutto durante le ore notturne.

Rivalutare la effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel paziente/ospite

- Rimozione di SNG, catetere vescicale, fleboclisi di mantenimento non indispensabili

Modifiche ambientali

- Aumentare l'illuminazione (soffusa e non diretta)
- Mettere il paziente/ospite vicino alla guardiola
- Creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi
- Rendere accessibile al paziente/ospite campanello e altro di necessità
- Letti il più possibile bassi o regolabili in altezza
- Accessi camuffati/facilitati a seconda delle necessità.
- Percorsi circolari

Diversivi ed attività mentali

- Fornire al paziente/ospite attività per intrattenerlo (lettura di giornali, TV, radio, giochi, attività varie)
- Attività occupazionali individuali e/o di gruppo

Al fine della corretta valutazione, è indispensabile che in équipe si discuta e nel FASAS vengano registrati:

- la valutazione del paziente/ospite;
- l'eventuale attuazione di azioni alternative;
- l'esito sul comportamento del paziente/ospite.

Se l'attuazione di tali attività non risulta efficace per l'appropriata gestione del comportamento del paziente/ospite, l'infermiere si rivolgerà al medico per valutare la necessità della prescrizione della contenzione.

PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI

L'indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente profilattico-terapeutico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali.

La decisione di prescrivere la contenzione deve derivare da un processo decisionale che abbia già considerato la ricerca di altre soluzioni possibili e l'esito negativo che tali soluzioni producono sul comportamento del paziente/ospite.

La prescrizione è competenza del medico. In assenza del medico e solo in situazioni di emergenza, per proteggere il paziente/ospite o gli operatori da lesioni, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando sul FASAS la motivazione e le modalità di effettuazione; questa decisione verrà poi valutata, confermata e firmata dal medico nel più breve tempo possibile (entro 24 ore). Anche nel caso di ordini telefonici o verbali il medico deve riportare la prescrizione nel FASAS e controfirmarla entro 24 ore.

La prescrizione deve chiaramente indicare (bibl_25):

1. motivazione circostanziata;
2. tipo e modo di contenzione;
3. durata: l'utilizzo deve essere ben indicato e limitato nel tempo (ore, giorni, settimane secondo i casi); se durante il periodo previsto il paziente/ospite modifica il proprio comportamento la contenzione deve essere rimossa; la prescrizione deve essere effettuata a seguito di un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato;
4. metodologia e azioni di monitoraggio: operatori, luoghi, momenti della giornata, ecc. ;
5. tempi di verifica (durante o alla fine del periodo previsto dal programma).

È indispensabile che la prescrizione della contenzione contenga quegli elementi che sono stati in precedenza descritti: a tal fine si propone una scheda di prescrizione di modi e mezzi contentivi che supporta il clinico nel processo di prescrizione e assicura che i tempi di prescrizione, monitoraggio e verifica vengano rispettati (All. 1).

In seguito alla prescrizione medica, può essere apportato al paziente/ospite l'intervento contentivo.

L'attuazione dell'intervento contentivo deve essere registrato nel FASAS e il PAI deve essere aggiornato con le nuove indicazioni terapeutiche; ci dovrà essere coerenza tra il diario clinico, le terapie e gli interventi in atto, il PAI, i contenuti delle riunioni di équipe, le schede di contenzione e di consenso.

Il paziente/ospite (o chi lo rappresenta) e i familiari/caregivers devono essere coinvolti nel processo decisionale. A tal fine è indispensabile che il medico e/o l'infermiere illustrino loro le modalità di somministrazione e di monitoraggio e acquisiscano il consenso al trattamento.

Schema delle responsabilità

ATTIVITA'	MEDICO	INF. PROF.	OSS/ASA	F.K.T.	EDUCATORE ANIMATORE	CARE GIVER	PAZIENTE OSPITE
Valutazione della problematica	R	R	C	C	C	C	I
Prescrizione della contenzione	R	C	I	I	I	I	I
Registrazione nel fascicolo	R	R	R	R	C	I	I
Attuazione della contenzione	I	R	C	C	I	I	I
Monitoraggio del paziente/ospite	R	R	R	R	R	I	I
Sanificazione dei presidi	I	I	R	I	I	-	-
Acquisizione consenso	R	C	-	-	-	-	-

R= Responsabile; C= Collabora; I= Informato

Monitoraggio dell'utente

Durante il periodo di contenzione il paziente/ospite deve essere tenuto il più possibile sotto osservazione e controllo e deve essergli garantita la possibilità di movimento ed esercizio per almeno 10 minuti ogni 2/3 ore, salvo la notte.

L'attività di monitoraggio è indispensabile per verificare il corretto posizionamento dei mezzi contentivi e prevenire eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, come abrasioni, edemi agli arti inferiori, ematomi o lesioni da decubito e deve essere effettuata dal personale sanitario almeno ogni 4 ore; inoltre un costante

monitoraggio consente di valutare frequentemente il comportamento del paziente/ospite e quindi se l'intervento contentivo si renda ancora indispensabile. Le attività di monitoraggio devono essere riportate nel FAFAS.

Comfort e sicurezza del paziente devono sempre essere perseguiti durante il periodo di contenzione: qualora durante il monitoraggio si rilevi la presenza di effetti dannosi da questa causati, è indispensabile che la contenzione venga interrotta e che venga contattato il medico.

Rimozione della contenzione fisica

È responsabilità dell'equipe assistenziale (infermieri e operatori di supporto) rimuovere la contenzione al termine della durata prescritta.

I mezzi contentivi devono essere rimossi e adeguatamente sanificati.

È necessario che la rimozione della contenzione venga registrata nel FASAS.

Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento contentivo è indispensabile che venga avvisato il medico, il quale, dopo valutazione del paziente/ospite, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un ulteriore intervento contentivo, rivedendo le motivazioni, i mezzi, le azioni, la tempistica e gli obiettivi.

Acquisizione del consenso

I familiari dei pazienti/ospiti possono tendere a considerare il mezzo contentivo come una possibilità di evitare cadute e conseguenti danni; la proposta di toglierlo è talora vissuta come mancanza di assistenza. La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica in RSA (bibl_24).

Al contrario talvolta la contenzione intesa come "protezione" è contestata poiché vista come un'eccessiva e coercitiva restrizione dei movimenti e della libertà.

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.

L'acquisizione del consenso è quindi di particolare importanza; purtroppo spesso il paziente/ospite non è in grado di esprimere validamente il proprio parere; in questo caso, se nominato, va interessato il legale rappresentante (es. Amministratore di Sostegno) o, in sua assenza, il familiare referente (All. 2); non avendo però il familiare piena capacità giuridica, si consiglia in quest'ultimo caso di proporre la nomina di un Amministratore di Sostegno.

Conclusioni

1. La prescrizione della contenzione, che deve indicare le ragioni precise, compete al medico esclusi i casi di emergenza, nei quali la necessità di agire tempestivamente per la salute della persona, consente un suo intervento a posteriori;
2. la contenzione deve essere motivata da circostanze eccezionali;
3. l'adozione dei mezzi di contenzione deve essere immediatamente registrata sui documenti clinico/funzionali, condivisa in équipe e riportata nel PAI;
4. la contenzione deve essere fatta con dispositivi appositi e non con mezzi di fortuna;
5. la contenzione deve essere limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione del problema;
6. un ospite sottoposto a contenzione deve essere controllato più volte al giorno da personale addestrato, registrando il piano di sorveglianza;
7. si deve garantire la periodica possibilità di movimento ed esercizio, ad esclusione della notte;
8. la reiterazione della prescrizione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto;
9. la contenzione non va usata a fini punitivi, per comodità dell'équipe o come succedaneo di un attento controllo;
10. la contenzione con mezzi fisici non deve produrre danno al paziente/ospite e deve indurre il minimo disagio possibile;
11. la contenzione deve essere rimossa quando non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta.

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un cambiamento culturale, basato più sul metodo di cura che sulla speranza di nuove tecnologie.

E' una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la partecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro intelligenza e competenza.

La riduzione del numero degli anziani sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli anziani, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

Può essere utile per monitorare nel tempo il ricorso alla contenzione fisica estrapolare, a intervalli di routine (es. trimestralmente) dal registro delle contenzioni alcuni semplici indicatori statistici (ad esempio prevalenza degli ospiti con contenzione fisica di qualsiasi tipo, prevalenza degli ospiti con sponde di protezione, prevalenza degli ospiti con altre forme di contenzione diversa dalle sponde, ecc.).

Prevalenza di contenzione = [(N° di ospiti con contenzione di qualsiasi tipo, comprese sponde di protezione) / (ospiti ricoverati alla data di rilevazione)] x 100

Prevalenza di sponde di protezione = [(N° di ospiti con sponde di protezione) / (ospiti ricoverati alla data di rilevazione)] x 100

Prevalenza di altra contenzione = [(N° di ospiti con contenzione diversa dalle sponde di protezione) / (ospiti ricoverati alla data di rilevazione)] x 100

Il gruppo di lavoro:

*Dott. Paolo Proh
Dott. Carlo Fiori
I.P. A.F.D. Ercole Piani*

*Responsabile U.O. Fragilità - Dipartimento ASSI - ASL Provincia di Sondrio
Direttore Sanitario R.S.A. Città di Sondrio
Responsabile Centro Post-Acuti Sondalo*

ALLEGATO 1

Carta intestata dell'Ente / della Struttura

PRESCRIZIONE DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data _____

Cognome e nome del paziente/ospite _____

Il/la sottoscritto/a dott. _____

preso atto dei seguenti problemi messi in evidenza dal paziente/ospite: _____

prescrive l'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale :

Presidio	Data inizio	Orario di utilizzo	Data verifica

al fine di _____

L'utilizzo di tale/i mezzo/i verrà discusso in équipe, riportato nel PAI, rivisto a cadenza periodica.

Il personale socio-sanitario sarà tenuto alla verifica della tolleranza, al controllo, al monitoraggio e alla segnalazione di eventuali effetti collaterali.

Il/i parente/i di riferimento o rappresentante legale verrà informato della decisione, e invitato ad esprimere il consenso in forma scritta.

Un ulteriore consenso scritto verrà richiesto in caso di variazioni della tipologia di presidi utilizzati oppure degli orari di utilizzo.

Firma del medico prescrittore _____

Data di verifica _____

Mezzi di protezione e tutela personale in uso ⁴: _____

Tolleranza dei presidi utilizzati: _____

Eventuali effetti collaterali/complicanze: _____

Motivazione per la prosecuzione dell'utilizzo (con orari e tempistica invariati rispetto a quelli indicati nel modulo di prescrizione) ⁵:

Prossima verifica: _____

Firma del medico prescrittore _____

⁴ Deve esserci corrispondenza tra i mezzi di protezione e tutela riportato nel modulo di prescrizione e quelli riportati nel modulo di verifica.

⁵ Gli orari di utilizzo devono necessariamente essere quelli riportati nel modulo di prescrizione.

ALLEGATO 2

Carta intestata dell'Ente / della Struttura

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data _____

Cognome e nome del paziente/ospite _____

Il/la sottoscritto/a _____

nella sua qualità di ⁶ _____ del paziente/ospite

informato/a dal medico dott. _____

sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidio	Data inizio	Orario di utilizzo

al fine di _____

reso dedotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti.

Dichiara inoltre di essere stato informato che variazioni della tipologia dei mezzi di protezione e tutela personale utilizzati oppure del loro orario di utilizzo renderanno necessaria la sottoscrizione di un nuovo consenso.

Firma del familiare / rappresentante legale _____

Firma del medico _____

⁶ Specificare (amministratore di sostegno, tutore, curatore, familiare di riferimento, etc.)

BIBLIOGRAFIA

1. Amendolara R. – “La contenzione nelle strutture geriatriche: da strada senza uscita... a percorso circolare!” - Associazione Infermierionline, 16 aprile 2003
2. Benci L.– “Aspetti giuridici della professione infermieristica” - Mc Grow– Hill III edizioni 2002
3. Bredthauer D., Becker C., Eichner B., Koczy P., Nikolaus T. – “Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse” - *Z Gerontol Geriatr.* 2005 Feb;38(1):10-8. Erratum in: *Z Gerontol Geriatr.* 2005 Apr;38(2):151
4. Claudio Bianchin “La contenzione fisica: aspetti medico-legali e procedurali” in *Decidere in Medicina*, n. 1, Febbraio 2013, pag. 75-79
5. Codice Deontologico della Professione Infermieristica (approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009)
6. Codice di Deontologia Medica (approvato il 12 dicembre 2006 dal Consiglio Nazionale della Federazione dei Medici e degli Odontoiatri italiani –FNOMCeO-)
7. Codice Penale
8. E. Zanetti, S. Costantini - “Uso dei mezzi di contenzione fisica” - Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm (2001)
9. G.Casale, A.Guaita, A.Pisani Ceretti, R.Sandri, M.Trabucchi - “Linee operative di consenso in RSA” - Ed. Franco Angeli (2001)
10. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. – “Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents” -. *J Adv Nurs.* 2004 Feb;45(3):246-51
11. L.Belloi, C.Valgimigli - “La notte dell’assistenza” - Ed. Franco Angeli (2001)
12. Laura Cunico – “La terapia psicofarmacologica nel nursing psichiatrico, aspetti psicologici e relazionali” - *Nursing Oggi* nr.1 1998 – Lauri edizioni
13. Mion L.C., Fogel J., Sandhu S., Palmer R.M., Minnick A.F., Cranston T., Bethoux F., Merkel C., Berkman C.S., Leipzig R. – “Outcomes following physical restraint reduction programs in two acute care hospitals” - *Jt Comm J Qual Improv.* 2001 Nov;27(11):605-18
14. *Physical Restraint Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities*, 2002 Vol 6 Issue 4
15. *Physical Restraint Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities*, 2002 Vol 6 Issue 4
16. Pier Luigi Guiducci – “Un aspetto nodale: la contenzione nei centri residenziali per anziani” - Agenzia Sanitaria Italiana nr. 46 2003
17. N. Poli, A.M.L. Rossetti “Linee guida per l’uso della contenzione fisica nell’assistenza infermieristica” *Nursing Oggi*, numero 4, 2001, pag. 58-67
18. U.Senin - “Paziente anziano e paziente geriatrico”- *EdiSES Napoli* (2000)
19. Valter Fascio – “La contenzione fisica in psichiatria: reclusione o nursing?” - Abstract da la Giornata di Studio
20. Zanetti E. – “La contenzione fisica in geriatria: dalla denuncia alla proposta” - Gruppo di Ricerca Geriatrica, *Journal Club* 13 marzo 2009, Brescia
21. L.K. Evans, E. Strumpl, C. Williams “Redefining a standard of care for frail older people: alternative to routine physical restraint” in *Advances in long term care* Vol. 1, 1991 Springer Publishing Company, New York.
22. Evans D. et al. “Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review”, *The Joanna Briggs Institute* n. 22, 2002 Adelaide, South Australia.
23. A. Zagari “La contenzione fisica del malato, aspetti giuridici” in *Io infermiere* n.2, 2006 pagg, 54-60
24. Moore K, Haralambous B “Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities” *J. Adv. Nurs.* N. 58 (6), 2007 Pag. 532-40
25. AA. VV “La contenzione fisica in ospedale, evidence based guidelines” Azienda Ospedaliera, Ospedale Niguarda Ca’ Granda, 2008
26. E. Zanetti, B. Bazoli, O. Zanetti,, L. Cerutti, M.G. Rossetti, L. Tosi “ Contenzione: una pratica da limitare” *L’Infermiere*, marzo/aprile, 1998 pag.46-52