



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 1 di 8

Piano utilizzo delle contenzioni 2022

1. Finalità:

La finalità del presente piano, attuativo del Protocollo contenzioni approvato, è quello di avviare un'approfondita riflessione sulle motivazioni, modalità e cause dell'utilizzo delle contenzioni nelle strutture gestite dall'ente Fondazione con la finalità di comprenderne – in maniera approfondita - l'utilizzo nell'ottica del miglioramento continuo della qualità del servizio erogato. Partiamo dalla consapevolezza che la contenzione rappresenta il modo estremo di 'contenere' la libertà di una persona al sommo scopo di eliminare un danno imminente e maggiore alla sua salute e sicurezza. Essendo 'in gioco' due 'beni' tutelati nel massimo grado dalla Carta costituzionale – libertà e salute – si rende necessario definire le modalità e responsabilità sull'utilizzo dei mezzi di contenzione nella struttura. E' bene specificare sin dall'inizio che il ricorso ai mezzi di contenzione deve rappresentare l'estrema ratio e può avvenire solo in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze, utilizzando le modalità meno invasive e solo per il tempo strettamente necessario. In altre parole, non può essere sufficiente a giustificare la contenzione il solo stato di agitazione della persona ma occorre anche la presenza di un pericolo grave e attuale, per esempio che la persona compia atti auto-lesivi o contro altri.

2. Riferimenti Normativi

- Principio di inviolabilità della libertà personale (art. 13 Costituzione italiana);
- Consenso all'atto terapeutico (art. 32 Costituzione italiana);
- Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione 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. 571 Codice penale)



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 2 di 8

- Difesa della libertà e della dignità della persona (art. 2 Codice deontologico dell'infermiere, art. 5 Codice deontologico del medico)
- “L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali” (art. 4.10 Codice deontologico);
- “L’uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza” (art. 610 Codice penale), “Va dall’altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 Codice penale), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) può essere applicata;
- Altro riferimento ‘storicamente’ rilevante per giustificare la contenzione rimane l’art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: “Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione (...)”;
- Si giunge quindi alla riforma psichiatrica n. 180 del 1978, intitolata “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”, poi inserita all’interno della legge n. 833/78 per cui, giustamente, il principio ispiratore diventa il fatto che il malato di mente ha gli stessi diritti degli altri pazienti e quindi non deve più essere curato in base alla pericolosità sociale con la custodia. La cura e il ricovero diventano una libera scelta della persona, solo in casi particolari si può intervenire contro la sua volontà tramite un trattamento sanitario obbligatorio definito un atto sanitario e mai di controllo sociale.

Naturalmente, ai disposti normativi si affianca una ricca giurisprudenza che non riportiamo nel presente protocollo limitandoci, per competenza e prossimità, a citare la sentenza della Corte di Cassazione del 20/6/2018 n 50497 la quale pone giustamente seri limiti all’utilizzo della contenzione e la inquadra normativamente affermando anche esplicitamente che non ha una finalità di carattere terapeutico.



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 3 di 8

3. Tipologie di contenzioni

Di contenzioni vi sono diverse tipologie e diverse modalità operative in considerazione delle diverse necessità emergenti e dei bisogni dell'utente. Le principali sono:

a. Contenzione farmacologica

La restrizione chimica descrive l'uso deliberato di farmaci per controllare il comportamento e/o limitare la libertà di movimento, ma che non è richiesto per trattare clinicamente una condizione identificata. Questi farmaci possono inoltre essere appositamente somministrati per sedare un paziente come mezzo di convenienza per le modalità organizzative e di gestione dell'utente.

b. Contenzione ambientale

La restrizione ambientale consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti (esempio tenere le porte del reparto chiuse a chiave, le sbarre sulle finestre e la limitazione di visite da parte dei familiari).

c. Contenzione relazionale

La contenzione relazionale mette in campo l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, de-escalation, praticati applicando delle tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di taluni pazienti. Quella della contenzione è una pratica tuttora applicata ed applicabile, nonostante la letteratura scientifica e giuridica continui a definirla come extrema ratio e tralasciando spesso la componente etico-morale insita nella pratica assistenziale.

d. Contenzione fisica



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 4 di 8

L'applicazione di strumenti o dispositivi al corpo o parti di esso all'utente, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari o involontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

I principali mezzi di contenzione applicabili in RSA possono essere così classificati:

- 1 cintura per carrozzina o poltrona,
- 2 fascia pelvica;
- 3 tavolino per carrozzina;
- 4 spondine per letto;
- 5 fasce di sicurezza per il letto a polso e/o piedi;
- 6 guantone.

4. Criteri generali per l'applicazione delle contenzioni

L'applicazione di un sistema di contenzione deve sempre rappresentare la ratio estrema e rispettare ognuno e tutti i seguenti principi:

a – Non è un sistema sostitutivo: cioè l'applicazione della contenzione non deve avvenire per facilitare la risposta del servizio a un problema di gestione del paziente, inevitabile non per ragioni oggettive ma per ragioni soggettive interne all'organizzazione dello stesso, come conseguenza dell'assenza di risorse in grado di offrire una modalità d'intervento differente e alternativo in linea ordinaria;

b – Estrema ratio: l'utilizzo della contenzione si può giustificare solo se sia l'unico modo per prevenire un reale e grave pericolo per la salute e sicurezza dell'utente e – congiuntamente – non si ravveda altra possibile e praticabile soluzione e per il tempo minimo necessario ad evitare il pericolo;



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 5 di 8

c – Consenso informato: è bene qui ricordare che una prescrizione, per essere valida, dovrà essere preceduta dal consenso informato. Solo in questo modo la contenzione assumerà dignità propria. E' chiaro, quindi, che la contenzione rimane una pratica illegale, laddove applicata senza il consenso del paziente. Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà quindi il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità non potendo prescindere dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo ed avendo quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile (cfr. art. 30 Codice Deontologico medico). Nel caso, invece, di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore (cfr. art. 33 Codice Deontologico medico). Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento dell'anziano nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito. Corre onere evidenziare, infatti, che la posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico costituisce espressione dell'obbligo di solidarietà garantito dalla Costituzione⁷ funzione che gli conferisce addirittura l'obbligo giuridico di intervenire sancito dall'art. 40 CP secondo il quale "*non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo*". A questo deve necessariamente aggiungersi che le professioni sanitarie in genere, le quali costituiscono "*servizi di pubblica necessità*" ai sensi dell'art. 359 C.P., implicano talora l'uso di violenza personale nell'interesse del paziente.

È chiaro il riferimento allo stato di necessità disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale secondo il quale il medico che abbia applicato la misura di contenzione, pur avendo compiuto un reato (in quanto ha limitato la libertà di movimento di una persona senza il consenso di quest'ultima) non sarà punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

In tali circostanze il medico ha non solo il diritto ma anche il dovere di agire anche in assenza di esplicito consenso in quanto, in caso contrario, potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace;



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 6 di 8

d – Proporzionata: l'utilizzo della contenzione deve esser rigorosamente proporzionata alla necessità di tutelare l'utente dal rischio che è stato rilevato. Perché possa dirsi sussistente lo stato di necessità, e quindi perché il medico che ha applicato la misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente non sia punibile, è però necessario che sussista il cosiddetto principio di proporzionalità. Oltre all'imminenza e alla non evitabilità del pericolo si richiede quindi la proporzionalità del fatto al pericolo; più precisamente si richiede quell'adeguatezza d'intervento verso i rischi cui il soggetto andrebbe incontro non applicando, nel caso concreto, la misura di contenzione;

e – Limitata temporalmente: l'utilizzo della contenzione non può essere permanente ma deve avere una sua limitazione temporale che deve esser definita nel modulo nel consenso informato;

f – Costantemente monitorata: la contenzione, pur rispettando tutti i requisiti sopra indicati, deve esser costantemente monitorata al fine di verificare che il suo impiego non arrechi un danno maggiore all'utente;

g – Massima condivisione: l'intervento e la valutazione medica di cui ai punti e) ed f) è bene che sia condivisa, soprattutto per la contenzione fisica, con le figure professionali multidimensionali dell'equipe di lavoro della RSA, almeno infermieri, addetti all'assistenza, fisioterapisti e animatori affinché la scelta sia effettivamente il frutto di un'analisi socio-sanitaria approfondita, multidisciplinare e condivisa. A questo processo di condivisione non possono essere esclusi l'utente, se capace di intendere e volere, l'assistente sociale di riferimento e i familiari e/o rappresentanti legali. Questo percorso di profonda condivisione rappresenta anche una garanzia di corretta valutazione applicazione della contenzione;

g – Prescritta-autorizzata: tutto il processo informativo della contenzione fisica, valutativo ed autorizzativo-applicativo deve risultare da atti scritti a garanzia e tracciabilità della valutazione svolta.

5. Principali fattori causali le contenzioni



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 7 di 8

Dall'analisi dei dati a disposizione sia presso la RSA Madonna del Rosario di Orentano e relativo Centro diurno aggregato che presso la RSA Madonna del Soccorso di Fauglia si dà atto che i principali fattori causali che danno avvio all'utilizzo delle contenzioni sono principalmente i seguenti:

PATOLOGIE

- decadimento cognitivo.,
- demenza senile,
- malattia degenerativa
- morbo di Parkinson
- malattie psichiatriche

MANIFESTAZIONI E RISCHI CLINICI:

- Agitazione psicomotoria
- Equilibrio insufficiente
- Rischio di allontanamento
- Rischio di violenza contro se stessi o terze persone

6. Piano di miglioramento individuato

Analizzate le questioni emerse in sede di analisi congiunta – anche con riferimento all'annualità 2020 – l'Organo di coordinamento individua congiuntamente le seguenti azioni di miglioramento dell'utilizzo residuale delle contenzioni presso le strutture socio sanitarie gestite dall'ente Fondazione e, in particolare:

a) Controllo dell'adeguatezza: sembra essere un fattore secondario ma è importante richiamare l'attenzione di tutti i responsabili a valutare, in ingresso e durante l'intero percorso di presa in carico dell'utente, il livello di adeguatezza alla tipologia di struttura. In particolare, tutte le nostre strutture residenziali e semi-residenziali sono – ai sensi dell'Allegato 'A' al Dgrt 2/R del 2018 – classificate come modulo base e, dunque,



Piano utilizzo delle contenzioni

DOC MDR 118

Data: 16.12.21

Rev. 1

Pag. 8 di 8

destinate esclusivamente ad accogliere persone anziane non autosufficienti base, non destinate a modularità specifiche. Questo aspetto risulta assai importante in quanto la presenza di utenti con patologie specifiche e destinati ad altre modularità non possono essere accolti presso la nostra struttura in quanto non idonea e sprovvista degli adeguati strumenti di assistenza e cura. Tale valutazione attenta va operata sia in relazione all'utenza privata che a quella dotata di voucher perché anche la valutazione dei servizi territoriali, vuoi perché svolta da tempo e dunque segnata da altri parametri vuoi per un mero errore valutativo, può risultare errata e indurre l'ingresso di un utente non idoneo per il quale è richiesto un carico assistenziale differente. Si richiama all'uso l'esperienza avuta presso la Rsa Madonna del Rosario di Orentano con l'utente Bagnoli Mario per il quale fu giustamente richiesta con immediatezza la rivalutazione e lo spostamento. In presenza di 'non adeguatezza' si sollecitano i coordinatori a provvedere alla richiesta immediata di nuova valutazione;

b) Personale addetto: Altro aspetto ed indicazione data dall'analisi congiunta svolta è quella di mantenere il livello del personale infermieristico abbondantemente sopra i livelli minimi richiesti dal Dgrt. 2/R del 2018. Si condivide, infatti, che gli utenti che negli ultimi tempi arrivano in Rsa sono caratterizzati da criticità sanitarie ed un livello di autosufficienza crescente tale da indurre un carico assistenziale abbastanza elevato che – per essere adeguatamente soddisfatto – richiede di una adeguata presenza di personale infermieristico, oltretutto assistenziale, al fine di evitare un utilizzo di contenzioni indotto da carenza di personale cosa che nelle nostre realtà non è mai avvenuto. Dunque si concorda di rimanere con personale infermieristico al di sopra dei limiti minimi indicati dalla normativa;

c) Formazione: altro aspetto fondamentale per il miglioramento dell'utilizzo delle contenzioni è dato, da valutazione congiunta, dall'assicurare una adeguata formazione specifica a tutto il personale finalizzata alla sensibilizzazione ed approfondimento sulla corretta applicazione delle contenzioni. In questa prospettiva si dispone di inserire almeno un modulo formativo dedicato a tutto il personale assistenziale, infermieristico, di animazione e fisioterapico da tenere nell'anno 2022.