



Allegato. N.6

ISTRUZIONI OPERATIVE RIGUARDANTI IL POSIZIONAMENTO DELLE SPONDE

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 contenzione non dovrà mai essere applicata come atto alternativo alle emergenze gestionali o di assistenza (carenza di personale, difficile organizzazione).

Al soggetto contenuto dovranno essere garantite idonea sorveglianza ed assistenza.

Si è manifestato l'esigenza di analizzare approfonditamente le problematiche giuridiche, etiche e cliniche connesse alla contenzione fisica, allo scopo di dotare le UU.OO. di protocolli da condividere e che consentano una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti, per i quali si giudichi appropriato il ricorso, seppure temporaneo, alla contenzione fisica. I protocolli rappresentano uno strumento indispensabile per garantire un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità del paziente e soprattutto: assicurare un'omogeneità di comportamenti nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

Al momento del ricovero del paziente l'infermiere compila la scheda di valutazione del rischio cadute. In base al risultato ottenuto (medio o alto rischio cadute), se necessario il posizionamento delle sponde, l'infermiere deve informare il medico il quale prescriverà il posizionamento delle sponde sul diario clinico. La prescrizione è di competenza del medico, o, **in situazione di emergenza**, dell'infermiere, previa ratifica del medico nel più breve tempo possibile. Inoltre, provvederà a fare firmare il consenso informato non oltre le 24 ore precedenti l'inizio del trattamento stesso. Si dovranno informare della decisione presa e del suo significato il soggetto da contenere (se in grado di comprendere) e/o i familiari/tutore. Se necessario spiegare l'importanza e la necessità dell'applicazione, tranquillizzando il paziente.

Il consenso deve essere firmato congiuntamente dal medico e dal paziente/tutore, indicando chiaramente:

- giorno
- ora
- modalità e tempi di posizionamento.

La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive, salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto. Il modulo deve inoltre contenere una dichiarazione esplicita da parte del paziente sulla chiarezza delle informazioni ricevute.

L'infermiere provvederà a riportare le annotazioni sul diario infermieristico e, durante il periodo di contenzione il paziente deve essere rivalutato ogni 3-4 ore per l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione. Devono essere perseguiti il comfort e la sicurezza, devono essere utilizzati mezzi autorizzati e il personale deve essere istruito sull'uso, rimuovendo la restrizione se non più necessaria. Al termine del trattamento, rimozione del mezzo di contenzione.

Aspetti normativi sulla contenzione fisica

- 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*)

- 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) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci" (*art. 591 Codice penale*).

Aspetti giuridici della contenzione fisica

Il principale riferimento di legge *specifico* sulla 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.

Tuttavia, riferimenti giuridici di portata più generale, e riguardanti l'insieme dei trattamenti sanitari, sono contenuti nell'articolo 32 della Costituzione, che recita:

"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".

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Il *Codice Penale*, infatti, prevede situazioni nelle quali la contenzione è giustificata (art. 51 c.p., 'Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere'; art. 54 c.p., 'Stato di necessità') o è dovuta (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo'; art. 590 c.p., 'Lesioni personali colpose'; art. 591 c.p., 'Abbandono di persone minori o incapaci').

Qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di *sequestro di persona* (art. 605 c.p.), *violenza privata* (art. 610) e *maltrattamenti* (art. 572).

Qualora, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche...), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato, per *responsabilità colposa* (art. 589 c.p., 'Omicidio colposo' e 590 c.p., 'Lesioni personali colpose') o per *violazione dell'art. 586 c.p.* ('Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto).



Aspetti deontologici della contenzione fisica

In ambito professionale, si possono ritrovare specifiche indicazioni di natura deontologica relative alla contenzione, a cominciare da quanto previsto dal *Codice deontologico degli infermieri*, promulgato nel maggio 1999. L'art. 4.11 recita, infatti: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali".

Dunque, per non incorrere nei reati di cui al precedente paragrafo e per adempiere allo spirito ed alla sostanza del dettato deontologico che la stessa professione si è data, *l'adozione di un trattamento che contempli una pratica di contenzione deve essere correttamente motivata e documentata.*

La contenzione fisica deve essere limitata a circostanze eccezionali:

1. Quando il comportamento dell'ospite rappresenti un immediato pericolo per se o/e per altri e la contenzione si dimostri la scelta migliore.
2. Auto ed eterolesionismo.
3. Protezione di presidi medicali.
4. Soggetto esposto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi e camminare.
5. Stato di incoscienza o ebbrezza.
6. Periodo pre o post sedazione.
7. Trasporto con barella.
8. Mantenimento della corretta postura in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di stabilità
9. Protezione di presidi medicali necessari per il benessere dell'ospite.