



Medicina Penitenziaria

Agorà Penitenziaria 2016 - XVII Congresso Nazionale SIMSPE

***“La contenzione fisica nei reparti
di Medicina Protetta”***

Dott. Rodolfo Casati

Medicina 5^a Protetta - ASST Santi Paolo e Carlo Milano

Roma 14-16 settembre 2016



Un protocollo specifico per la Medicina Protetta

- **Elevata percentuale di pazienti ricoverati con anamnesi psichiatrica (21 %) come comorbidità**
- **Molteplici episodi di agitazione psicomotoria verificatisi nel corso degli anni**
- **Peculiare contesto operativo nel quale diventa mandatorio “procedurizzare”**



Definizioni

CONTENZIONE FISICA:

Atto compiuto dagli operatori nei confronti di determinate categorie di soggetti (pazienti) che prevede l'immobilizzazione a letto con l'applicazione di appositi mezzi contenitivi.

MEZZO CONTENITIVO:

Ogni dispositivo applicato al corpo del soggetto che è destinato a scopi medici e che limita i movimenti del paziente.

LA REGIONE LOMBARDIA LI DEFINISCE :

Strumenti di protezione e tutela fisica del paziente (*d.g.r. 8496/2008*)



Normativa nazionale

La contenzione fisica è un atto che lede il rispetto della dignità e la libertà della persona.

Argomento di conflitto etico/deontologico che non possiede una normativa specifica di riferimento.

COSTITUZIONE ITALIANA (1947):

Art. 13 La libertà personale è inviolabile... [omissis] ...e' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

Art. 32 ...[omissis]...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.



Normativa medico/infermieristica:

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006)

Art 18 *I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviare le sofferenze.*

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE (2009)

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



Normativa Penitenziaria

ORDINAMENTO PENITENZIARIO Art. 41 (1975)

Non è consentito l'impiego della forza fisica nei confronti dei detenuti e degli internati se non sia indispensabile per prevenire o impedire atti di violenza... [omissis]... Il personale che per qualsiasi motivo, abbia fatto uso della forza fisica nei confronti dei detenuti o degli internati, deve immediatamente riferirne al direttore dell'Istituto il quale dispone, senza indugio, accertamenti sanitari e procede alle altre indagini del caso.

Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e comunque, non vi si può far ricorso ai fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario. ..[omissis]



Stato di Necessità

CODICE PENALE – ART. 54

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi 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.

PERICOLO REALE ED IMMINENTE



NON ALTRIMENTI EVITABILE!!!



Stato di necessità

- **La contenzione fisica può essere realizzata dal personale infermieristico in assenza di prescrizione medica solo ed esclusivamente nel caso di paziente che presenta condizioni clinico-assistenziali ravvisanti uno stato di necessità.**
- **Tale possibilità deve essere intesa come esclusivamente limitata al tempo che intercorre tra il manifestarsi dello stato di necessità e la relativa prescrizione medica.**



Il Consenso

- E' auspicabile, prima di porre in essere un intervento contentivo, ottenere un consenso da parte del paziente, ovviamente nei casi in cui ciò sia possibile
- Tale consenso deve essere “raccolto” dal medico anche in un tempo successivo, allorquando le migliorate condizioni del paziente consentono un'interazione positiva con lo stesso.
- Consenso implicito (o tacito)
- Consenso esplicito (o necessario): quando aumenta il rischio delle indagini cliniche e degli atti terapeutici: il consenso allora assume una forma espressa chiaramente e deve avere un contenuto specifico in relazione al tipo di intervento



Ipotesi di reati penali

La mancata osservanza dei principi etico-deontologici enunciati, limita il diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale di movimento ed espone, di conseguenza, a ipotesi di reati penali

- **Violenza personale (art. 610 CP)**
- **Sequestro di persona (art. 605 CP)**
- **Maltrattamenti (art. 572 CP)**
- **Abuso dei mezzi di correzione (art. 571 CP)**

E qualora ne derivasse un danno per lesioni attribuibili all'uso di tali mezzi contentivi, possono essere attribuibili i seguenti reati penali:

- **Lesioni personali colpose (art. 590 CP)**
- **Omicidio colposo (art. 589 CP)**
- **Morte o lesione personale come conseguenza di altro delitto (art. 586 CP)**



Attribuzione di Responsabilità

Figura professionale	Responsabilità
Personale medico	<ul style="list-style-type: none">- Prescrive e partecipa attivamente alla realizzazione della contenzione- Conosce e condivide il protocollo
Personale Infermieristico	<ul style="list-style-type: none">- Realizza la contenzione ed assiste il paziente contenuto rispettando quanto contenuto nel protocollo
Personale di supporto	<ul style="list-style-type: none">- Conosce il protocollo e collabora alla sorveglianza del paziente
Personale di Polizia Penitenziaria	<ul style="list-style-type: none">- Collabora attivamente nella realizzazione della contenzione e alla sorveglianza del paziente contenuto rispettando quanto previsto dal protocollo



Indicazioni generali

- **Stati di agitazione psicomotoria:**
quando l'impiego della contenzione si dimostra la scelta più idonea/opportuna
- **Auto ed eteroaggressività:**
quando è in pericolo la sicurezza (tutela della vita e della salute) del paziente o di altre persone



Obiettivi specifici

- Evitare che il paziente possa far del male a sé o ad altri
- Controllo della confusione mentale e dell'agitazione, prevenzione delle cadute, protezione da eventuali rimozioni di presidi medicali e interruzione di terapie
- Evitare che il paziente viva la contenzione come atto punitivo a causa degli atteggiamenti verbali o fisici troppo aggressivi
- Evitare tempi lunghi nell'applicazione della contenzione
- Favorire il corretto posizionamento e utilizzo dei mezzi contentivi
- Assicurare al paziente contenuto sostegno emotivo, bisogno di sicurezza e assistenza nei bisogni primari
- Tenere un comportamento appropriato secondo l'età, la costituzione e il sesso del paziente



Mezzi contenitivi...come riconoscerli?

Se un presidio sanitario viene utilizzato per un paziente occorre porsi due semplici domande:

il dispositivo limita il movimento individuale?*

l'individuo ha difficoltà a rimuovere/aggirare il dispositivo?*

Se la risposta ad entrambe le domande è SI, il mezzo può essere definito mezzo contenitivo.

* Definizione di mezzo contenitivo di Fryback (1998)



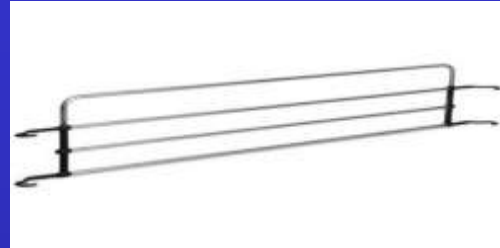
Mezzi contenitivi in dotazione nell'U.O.



Fascette con bottoni per l'immobilizzazione dell'arto (sup o inf.)

Fasce miste velcro e bottoni per l'immobilizzazione degli arti inferiori





Spondine per tutta la lunghezza del letto

Polsiera/Cavigliera per l'immobilizzazione dell'arto al letto (monouso)



Guanti antipresa per l'immobilizzazione delle dita ed impedire la presa ed evitare l'autorimozione di presidi invasivi (SNG, CV, CVC, ecc.)



Documentazione per la contenzione

La prescrizione della contenzione fisica deve essere registrata sulla cartella clinica e sulla scheda delle contenzioni

Scheda di contenzione

- **Contiene la prescrizione medica ed il presidio utilizzato per la contenzione**
- **Le tempistiche della contenzione e dell'eventuale scontenzione parziale o totale**
- **Monitoraggio ogni 2 ore: PV e scontenzione di almeno un arto per 10 min, a rotazione**
- **L'indicazione alla terapia anticoagulante**



Assistenza al paziente contenuto

- **Trasferire il paziente in una stanza ove sia possibile un'osservazione diretta**
- **Documentare per iscritto in maniera sistematica il comportamento del paziente**
- **Controllare il paziente ogni 15 min e registrare eventuali interventi adottati, sulla scheda**
- **Provvedere al paziente soddisfacendo i suoi bisogni fondamentali (alimentazione-idratazione, evacuazione, riposo-sonno, igiene, comunicazione)**
- **Sorvegliare l'insorgenza di possibili complicanze correlate alla contenzione fisica, alla condizione clinica e/o alla terapia farmacologica in atto (dispnea, pallore, ipersudorazione, incontinenza, lesioni da decubito)**
- **Dopo 24 ore di immobilizzazione applicare le linee guida per la prevenzione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare**



Contenzione su richiesta

- Nel protocollo è previsto il caso della contenzione su richiesta del paziente per svariati motivi (paura di cadere dal letto, scivolare dalla poltrona, rimuovere accidentalmente infusioni, ecc.)
- come per la contenzione fisica, viene richiesta la prescrizione medica sulla cartella clinica nella quale si specifica la richiesta del paziente, il presidio impiegato e la durata della contenzione
- Viene chiesto al pz il consenso informato scritto, notificato sulla cartella clinica
- Ogni operatore garantisce il controllo visivo del paziente come da protocollo e non appena ravvisa un pericolo per il paziente, interviene



Lesioni e contenzione fisica

- **Lesioni nervose:** coinvolto il plesso brachiale con l'impiego di corpetti per il tronco
- **Lesioni ischemiche:** dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino
- **Tromboembolia:** segnalato il rischio di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, anche in assenza di FR preesistenti
- **Ipertermia e sindrome neurolettica maligna:** dovuta a somministrazione elevata di neurolettici
- **Asfissia e morte improvvisa**



Conclusioni

- **Strumento validato da una discreta bibliografia, condiviso dal personale sanitario e dal personale di Polizia penitenziaria**
- **Strumento peculiare al contesto penitenziario**
- **Oggetto di continue revisioni dettate dall'esperienza clinica**
- **Profonde implicazioni etico-deontologiche**
- **Forti implicazioni medico-legali**



Le alternative alla contenzione

CASI DI ALTERAZIONE SONNO/VEGLIA:

Stimolare attività diurne (mobilitazione, lettura, terapia occupazionale) favorendo l'illuminazione naturale degli ambienti. Di notte favorire il riposo riducendo luci e rumori ed intervenire su dolore, tosse, sete, fame, ecc.

PREVENZIONE CADUTE

Valutazione rischio clinico (scala validata – es. Conley), fornitura di presidi per l'assistenza alla deambulazione (deambulatori, stampelle, ecc.)

DISTURBI D'ANSIA

Attività di tipo relazionale, approccio di ascolto ed empatia con il pz. (conforto e contatto fisico). Utilizzo di tecniche di rilassamento (se conosciute) o la somministrazione su prescrizione medica di terapia ansiolitica.

AGITAZIONE PSICOMOTORIA e/o DELIRII ed ALLUCINAZIONI

Porre il pz. In ambiente sicuro: stanza singola rimuovendo oggetti pericolosi e contundenti. Diminuire la luminosità e intervento sul microclima. Instaurare rapporto di tipo relazionale: non contraddire, essere assertivo, capire le cause del delirium. Proporre al paziente attività occupazionali: cibo se desiderato, bere, fumare se ne sente la necessità. Non contraddire il paziente e non riportarlo bruscamente alla realtà. Non banalizzare, commentare o deridere le emozioni espresse dal paziente.



La scheda unica di osservazione in uso:

SCHEDA