

La seduta inizia alle ore 13,40.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

Il presidente [MANCONI](#) comunica che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale: audizione della dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), sulla contenzione

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 21 giugno scorso.

Il presidente [MANCONI](#) introduce Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI) ricordando il ruolo centrale e delicato di tali figure professionali riguardo alla misura della contenzione.

La dottoressa Barbara MANGIACAVALLI, presidente IPASVI, ricorda che a partire dagli anni '80 la contenzione del paziente è stata messa in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Ancora oggi è acceso il dibattito per definire se è opportuno e quando ricorrere a mezzi di contenzione. La contenzione, infatti, oltre a rappresentare una limitazione della libertà della persona, può avere ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei familiari e determinare una sequela di conseguenze fisiche al paziente "contenuto". Codice penale e Codice deontologico dell'infermiere indicano che la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali (articolo 30, codice deontologico dell'Infermiere: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali").

Di recente (maggio 2016) anche il Comitato nazionale di bioetica si è espresso contro la pratica della contenzione nei confronti di pazienti psichiatrici e degli anziani, da considerarsi «un residuo della cultura manicomiale». «La contenzione - si legge nella relazione - rappresenta in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni

per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non-contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico».

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice penale. Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 del codice deontologico dell'infermiere: "L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente"). La contenzione può essere definita come un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione: la contenzione fisica, che prevede l'applicazione di presidi sulla persona o l'uso degli stessi come barriera nell'ambiente per ridurre o controllare i movimenti; la contenzione chimica, che prevede la somministrazione di farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi; la contenzione ambientale, attuando cambiamenti all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti; la contenzione psicologica o relazionale o emotiva, attraverso l'ascolto e l'osservazione empatica del soggetto.

Le tipologie di contenzione che più direttamente interessano e/o coinvolgono gli infermieri sono quelle fisica e meccanica. I mezzi di contenzione fisici e meccanici sono i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in mezzi di contenzione: per il letto (per esempio le spondine); per la sedia (per esempio, il corpetto); per segmenti corporei (per esempio polsiere e cavigliere); per postura obbligata (per esempio, i cuscini anatomici). Ovviamente le contenzioni non possano essere disposte da motivazioni di carattere sanzionatorio o per compensare comprovate carenze organizzative: l'infermiere, in questo caso, deve potersi avvalere della clausola di coscienza prevista dall'articolo 8 del Codice deontologico in applicazione delle indicazioni dell'articolo 33.

Entrando nello specifico dei mezzi di contenzione, le spondine, applicate o corredate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il soggetto dalla caduta accidentale dal letto, o se usate per i pazienti immobilizzati. Se invece sono usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione. Tuttavia le spondine in genere non circondano completamente il letto cosicché non potrebbero impedire di trattenere il paziente a letto contro la sua volontà.

L'unica ragione che può sostenere l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente, in particolare per quanto attiene la prevenzione delle cadute. Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati. Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione è consigliata l'informazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi e i problemi associati all'uso di tale metodica. Le strutture sanitarie dovrebbero, a tal proposito, prendere in esame l'organizzazione aziendale e valutare l'opportunità di chiedere la consulenza di esperti per effettuare specifici interventi di formazione; attivare una verifica accurata e sistematica dei soggetti sottoposti a contenzione per valutare se vi è la possibilità di rimuoverla; informare la famiglia e se possibile il soggetto in cura; intervenire sull'ambiente per ridurre il rischio di cadute (per esempio usando materassi concavi, sistemare ai bordi del letto una coperta arrotolata, sistemare

dei tappeti morbidi ai piedi del letto); personalizzare la cura e l'assistenza al paziente. Essendo le contenzioni riconducibili a pratiche terapeutiche previste nel Profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94), per le responsabilità conseguenti l'infermiere potrà direttamente o in concorso con altri "contenere" solo dietro una prescrizione medica "ex ante", registrata nella cartella clinica e/o integrata, motivata e circostanziata rispetto alla durata del trattamento e al tipo di contenzione e modalità da osservare. In situazioni che non consentano di agire secondo una prescrizione o in assenza, ad esempio, del medico nell'Unità operativa interessata l'infermiere dovrà dimostrare di aver agito in stato di necessità, fatto questo tutt'altro che scontato. Infatti, rispetto allo stato di necessità difficilmente si può parlare di emergenza in riferimento ai trattamenti coercitivi; sono infatti sempre possibili altre opzioni. L'insorgenza dell'indicazione di "contenere" potrebbe essere diretta conseguenza di imperizia o negligenza dei sanitari, che hanno quindi concorso al "pericolo" al quale porre rimedio. Il ricorso all'uso della forza non rappresenterebbe con assoluta certezza il punto di sintesi nel bilanciamento dei diversi interessi in gioco. Il ricorso a mezzi di coercizione sembrerebbe sempre motivato dalla necessità di tenere al riparo il paziente da pregiudizi alla propria salute, prevenire gesti autolesivi, eteroaggressivi e garantire la continuità terapeutica e la protezione dalla rimozione di eventuali presidi medicali quali cateteri venosi centrali, erogatori di ossigeno, tubi endotracheali, sondini naso gastrici, cateteri venosi, aghi cannula, *butterfly* e così via. In questo senso è necessario chiedersi se queste necessità giustificano e autorizzano il ricorso ad atti coercitivi prevalendo sul consenso informato non rilasciato. Il concorso della componente infermieristica alla pratica delle contenzioni deve essere sempre valutato di caso in caso, assegnando una valenza determinante sia alla corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche sia alle prescrizioni mediche e alle direttive ricevute e tenendo sempre ben presente che il consenso informato non deve essere acquisito o rinviato *sine die* per giustificare i trattamenti coercitivi quanto, piuttosto, per garantire un minimo di autodeterminazione all'utente nel momento in cui si incide sulla sfera delle sue libertà individuali.

Per entrare nel merito delle alternative alla contenzione, la Federazione IPASVI ha da tempo realizzato e diffuso un quaderno sull'argomento in cui sono indicati anche i programmi di riduzione della contenzione e le alternative a quella fisica. A partire dall'approccio organizzativo: la maggior parte dei programmi riportati in letteratura insiste sulla necessità che tutta l'organizzazione (case di riposo, ospedale, dipartimento) e tutti i professionisti e gli operatori che ne fanno parte a diverso titolo debbano essere coinvolti nel progetto di riduzione della contenzione. Un forte supporto amministrativo è ritenuto essenziale per creare una cultura libera da contenzione. In particolare viene suggerito all'organizzazione di dotarsi di un comitato o commissione di studio e supervisione multidisciplinare (costituito da infermieri, medici, fisioterapisti, amministratori, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori e farmacisti) che individui le strategie, partecipi ai programmi di formazione, supervisioni il lavoro dei gruppi di professionisti e suggerisca soluzioni nuove. Obiettivo di molti programmi riportati in letteratura è poi la riduzione della contenzione fisica piuttosto che l'abolizione del suo uso. Un lavoro identifica le situazioni per le quali la contenzione può essere ragionevolmente utilizzata: rischio di suicidio, aggressività e protezione dei trattamenti salvavita. L'approccio più comunemente utilizzato è quello di rimuovere la contenzione a quei soggetti per i quali si ritiene di poter facilmente implementare soluzioni alternative: ad esempio i soggetti che manifestano incessante pulsione a deambulare (*wandering*) e che hanno una deambulazione sicura e un basso rischio di caduta. Molte organizzazioni che hanno adottato una politica di riduzione della

contenzione hanno definito un piano comprensivo di definizione e l'adozione di protocolli per specifiche situazioni, descrizione di quelle situazioni per le quali ancora è indicato l'uso dei mezzi di contenzione, normato da dettagliate procedure. Elemento comune a molti programmi di riduzione della contenzione è la valutazione strutturata, la quale ha l'obiettivo di individuare a quali residenti può essere rimossa la contenzione, sia di individuare gli interventi assistenziali più adeguati. Per la valutazione viene suggerito l'impiego di protocolli che indagano le abilità motorie (andatura, equilibrio, trasferimenti), utilizzando scale di valutazione standardizzate, e la discussione dei singoli casi da parte dello staff multidisciplinare. In ospedale, quando vi sia presenza di una o più delle condizioni che pongono il paziente a rischio di essere contenuto (interferenza con la terapia, rischio di caduta, agitazione, deficit cognitivo, *wandering*) è necessaria un'accurata valutazione per definire obiettivi e priorità degli interventi e attivare un piano di cure e assistenza che minimizzi la necessità di contenere. I familiari vanno coinvolti in molti programmi di riduzione della contenzione attraverso la semplice informazione, la discussione sulla decisione di rimuovere la contenzione e sulla priorità degli interventi, o attraverso programmi di formazione strutturati e specifici.

Sono certamente da incoraggiare e promuovere tutti gli interventi che aumentano la sicurezza ambientale e riducono pertanto la necessità di contenere. Una buona illuminazione, luci che si accendono con facilità, pavimenti non scivolosi dovrebbero essere caratteristiche diffuse in tutti i contesti che accolgono o potrebbero accogliere soggetti con disabilità funzionale e o cognitiva. Nelle strutture che accolgono soggetti con deficit cognitivo andrebbero adottati tutti gli accorgimenti per evitare che i soggetti accedano a luoghi non sicuri o lascino la struttura: porte schermate con pannelli in tessuto fissati con velcro e dello stesso colore delle pareti, speciali serrature a scatto. Per i soggetti con *wandering* è inoltre utile disporre di percorsi privi di ostacoli, magari circolari. L'adozione di sistemi visivi di controllo di zone particolarmente a rischio e di allarmi, che segnalano al personale l'accesso a zone non consentite, può ulteriormente aumentare il livello di sicurezza e ridurre la necessità di contenere.

Numerosi sono gli interventi proposti dalla letteratura per ridurre la possibilità di movimento del soggetto quando è a letto: materasso concavo, ad acqua, coperte arrotolate poste ai bordi del letto. Altri interventi sono finalizzati ad attutire le conseguenze di una caduta accidentale: tappeti morbidi posti sul pavimento a fianco del letto, il coricare il soggetto sul materasso posto sul pavimento, l'abbassare il piano del letto all'altezza minima. Per facilitare i movimenti autonomi minimizzando il rischio di caduta sono proposti: altezza del letto adattata all'altezza del soggetto, trapezio per aumentare la mobilità a letto, sedia o poltrona posta a fianco del letto per facilitare i passaggi posturali, strisce antiscivolo sul pavimento vicino al letto.

Uno spazio rilevante è certamente quello occupato dall'organizzazione delle cure, che devono essere personalizzate e rispettose delle abilità residue del soggetto. Ciò è certamente un compito non facile, affidato agli infermieri e al personale di supporto, ma rappresenta il passaggio obbligato per finalizzare gli interventi scegliendo tra le diverse soluzioni quella che più risponde alle caratteristiche del soggetto.

Il presidente [MANCONI](#) chiede se l'IPASVI abbia realizzato, anche informalmente, una indagine sulla contenzione e si informa sui dettagli organizzativi della stessa organizzazione.

Il senatore [MAZZONI](#) (AL-A) chiede se l'articolo 54 del codice penale al quale la stessa Presidente ha fatto riferimento si possa considerare come una sorta di ombrello protettivo giuridico per la contenzione ovvero se, al contrario, sia solo un pretesto giustificativo per poter porre in essere tali pratiche.

La dottoressa MANGIACAVALLI rileva che la gran parte degli iscritti all'IPASVI appartiene alle categorie degli infermieri e degli operatori pediatrici; ricorda che nelle strutture residenziali molto spesso le funzioni più esposte e maggiormente a contatto con i pazienti sono esternalizzate, e quindi prive della professionalità che sarebbe necessaria. Può capitare, peraltro, che in certune strutture il rapporto tra pazienti e infermieri giunga ad essere uno a centonovanta il che, come ben si può comprendere è all'origine di problemi organizzativi assai rilevanti. Per i casi più critici, invece, come si è detto, occorrerebbe un piano di assistenza individualizzato di carattere clinico-assistenziale realizzato d'intesa tra medici e infermieri.

Il presidente [MANCONI](#) ringrazia la dottoressa Mangiacavalli e i senatori presenti e dichiara conclusa la procedura informativa.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è pertanto rinviato.

La seduta termina alle ore 14,25.