



APSILEF

ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE
LEGALI E FORENSI



UNINT
Università
degli Studi Internazionali di Roma

Master in

*“Infermieristica forense e gestione
del rischio clinico”*

TESI

*“Ruolo dell’infermiere legale e forense
nell’ambito della contenzione”*

Candidato

Dott. La Tosa Silvano

Relatore

Prof.ssa Mara PAVAN

Anno Accademico 2014-2015



INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1. <i>PROTEZIONE</i>	
1.1 Modalità di protezione	pag. 4
1.2 Valutazione della problematica protettiva	pag. 5
1.3 Classificazione delle misure protettive di salvaguardia fisica	pag. 5
1.4 Quando e come utilizzare i mezzi di protezione	pag. 8
1.5 Prescrizione e attuazione degli interventi contentivi	pag. 9
1.5.1 monitoraggio dell'utente	pag. 11
1.5.2 rimozione della protezione fisica	pag. 11
1.5.3 acquisizione del consenso	pag. 12
1.6 Soggetti a rischio di protezione	pag. 12
1.6.1 Fattori di rischio intrinseci	pag. 12
1.6.2 Fattori di rischio estrinseci	pag. 13
1.7 Complicanze legate all'uso dei mezzi protezione	pag. 13
1.8 La contenzione e il rischio cadute	pag. 14
1.9 Aspetti giuridici della protezione	pag. 15
CAPITOLO 2. <i>PRIVACY, VIDEOSORVEGLIANZA E VIDEOREGISTRAZIONE</i>	
2.1 Videosorveglianza e videoregistrazione	pag. 21
CAPITOLO 3. <i>CONTENZIONE O PROTEZIONE</i>	pag. 23
CAPITOLO 4. <i>CONTENZIONE NEGLI O.P.G.</i>	pag. 24
CAPITOLO 5. <i>RUOLO DELL'INFERMIERE LEGALE E FORENSE</i>	pag. 26
CONCLUSIONI	pag. 27
SITOGRAFIA	pag. 29
BIBLIOGRAFIA	pag. 30

Parlando di contenzione nel nostro ordinamento non c'è nessuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso di mezzi di contenzione, o per meglio dire, Misure Protettive di Salvaguardia. Molto poco c'è scritto nella legge n.180/1978 (Legge Basaglia) la quale è stata integrata da varie circolari e regolamenti ministeriali. Detto ciò, è lampante come tale pratica in sanità stride con principi come la *"Libertà personale è inviolabile"* (Art. 13 Costituzione Italiana) ed anche con il fatto che la *"Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"* (Art. 32 Costituzione Italiana).

Il dato di fatto è che talvolta in sanità ci si trova in quella sfumatura di grigio dove si deve curare, salvaguardare ma senza ledere i diritti dell'utente. Un difficile equilibrio per tutti.

Altrettanto importante è la privacy, nella fattispecie verrà trattata la videoregistrazione, a cui gli utenti potrebbero essere sottoposti, durante questo tipo di trattamento sanitario. Attualmente si sta dibattendo sull'appropriatezza della parola contenzione, mezzo e concetto meglio espresso dal termine "protezione".

A tal proposito, in questo elaborato si farà riferimento alla situazione dei detenuti psichiatrici negli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari nei momenti di protezione, i quali sono stati descritti dalla commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale nella relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari.

In tutto questo il ruolo dell'Infermiere Legale e Forense è molto importante dato che il personale infermieristico è coinvolto in primis in molte fasi dell'applicazione, valutazione e registrazione delle misure contenitive di salvaguardia. Attualmente l'Infermiere è diventato una figura fondamentale al quale vengono attribuite sempre più gravose responsabilità che non sempre sono conosciute a fondo dal medesimo personale, il quale rischia sempre più procedimenti di tipo legale.

CAPITOLO 1

PROTEZIONE

Per protezione delle persone assistite si intende *l'atto sanitario-assistenziale di natura eccezionale, 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.*¹

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. Per esempio in Lombardia i mezzi di protezione sono definiti "strumenti di protezione e tutela" secondo normativa regionale.

1.1 MODALITÀ DI PROTEZIONE.

La protezione può avvenire attraverso modalità differenti che possono essere così schematizzate:

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

¹ Dott. Proh P. Responsabile U.O. Fragilità - Dipartimento ASSI - ASL Provincia di Sondrio, Dott. Fiori C. Direttore Sanitario R.S.A. Città di Sondrio, I.P. A.F.D. Piani E. Responsabile Centro Post-Acuti Sondalo, La contenzione nelle strutture residenziali e semi-residenziali: linee di indirizzo.

soddisfano il bisogno di sicurezza.

1.2 VALUTAZIONE DELLA PROBLEMATICAZIONE PROTETTIVA.

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure protettive risulta essere la corretta valutazione multifattoriale (agitazione psicomotoria, aggressività, delirio, allucinazioni, alterazioni ciclo sonno-veglia) dell'utente/ospite.

Da una revisione sistematica della letteratura risulta che la motivazione che giustifica la decisione di implementare la procedura per l'uso della protezione sia la presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri. Prima però di procedere alla prescrizione medica di metodi protettivi, 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 protezione. Va tuttavia tenuto presente che pochi degli interventi alternativi sono stati valutati sistematicamente e per nessuno si dispone di evidenze scientifiche chiare.²

Ora vediamo le possibili cause che portano ad una valutazione di protezione.

- *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 pochi 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

² Evans D. et al. "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", The Joanna Briggs Institute n. 22, 2002 Adelaide, South Australia.

- 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 sanitario
 - 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'utente/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 nell'utente/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 nella cartella infermieristica vengano registrati:*
 - la valutazione dell'utente/ospite;
 - l'eventuale attuazione di azioni alternative;
 - l'esito sul comportamento dell'utente/ospite.

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

1.3 CLASSIFICAZIONE DELLE MISURE PROTETTIVE DI SALVAGUARDIA FISICA.

Una possibile classificazione delle misure contenitive di salvaguardia fisica è la seguente:

1. *Mezzi di protezione applicabili al letto*
 - Fasce e cinture applicate all'utente a letto
 - Lenzuolo contentivo
 - Sponde di protezione
2. *Misure protettive di salvaguardia applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona*
 - Corpetto con bretelle
 - Cintura addominale
 - Cintura pelvica
 - Tavolino o piano d'appoggio fisso
 - Divaricatore inguinale
3. *Misure protettive di salvaguardia per segmenti corporei*
 - Cavigliere
 - Polsiere
4. *Sistemi di postura utilizzati a fini di protezione*
5. *Altri sistemi utilizzati a scopo di protezione (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 protezione:

- 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.

1.4 QUANDO E COME UTILIZZARE I MEZZI DI PROTEZIONE.

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di protezione:

1. in situazioni d'emergenza ovvero quando il comportamento dell'utente/ospite rappresenti un serio pericolo per sé e/o per altri e l'uso della protezione si configuri come la scelta migliore ed di ultima istanza, dopo aver provato altre strategie di comunicazione;
2. in caso di auto ed eterolesionismo;
3. quando è in pericolo la sicurezza dell'utente/ospite in quanto soggetto a caduta a ogni tentativo di alzarsi o camminare;
4. quando l'utente/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 (tutore);
8. in casi di somministrazione farmacologica endovenosa qualora non vi sia volontariamente la piena collaborazione dell'utente/ospite;
9. per impedire all'utente/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 di competenza medica e dunque proscritto al personale di assistenza in assenza di prescrizione medica.

1.5 PRESCRIZIONE E ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI.

L'indicazione della contenzione è un atto di competenza del medico ed è di

tipo 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 dell'utente/ospite.

La prescrizione è competenza del medico. In assenza del medico e solo in situazioni di emergenza, per proteggere l'utente/ospite o gli operatori da lesioni, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando sulla cartella infermieristica 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).

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- a.** motivazione circostanziata;
- b.** tipo e modo di protezione;
- c.** durata: l'utilizzo deve essere ben indicato e limitato nel tempo (ore, giorni, settimane secondo i casi); se durante il periodo previsto l'utente/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;
- d.** metodologia e azioni di monitoraggio: operatori, luoghi, momenti della giornata, ecc.;
- e.** 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 protettivi che supporta il clinico nel processo di prescrizione e assicura che i tempi di prescrizione, monitoraggio e verifica vengano rispettati.

In seguito alla prescrizione medica, può essere apportato all'utente/ospite l'intervento contenitivo.

L'attuazione dell'intervento protettivo deve essere registrato nelle rispettive cartelle sia cliniche che infermieristiche deve essere aggiornato con le nuove indicazioni terapeutiche; ci dovrà essere coerenza tra il diario clinico, infermieristico, le terapie e gli interventi in atto, i contenuti delle riunioni di équipe, le schede di contenzione e di consenso.

Riguardo gli utenti/ospiti anziani (o chi lo rappresenta) i familiari/caregivers devono essere coinvolti nel processo decisionale. A tal fine è indispensabile che il

medico e l'infermiere illustrino loro le modalità di somministrazione e di monitoraggio. Inutile acquisire il consenso dei familiari, come "scudo" da eventuali denunce non avendo nessun valore legale, bensì li si aggiorni sullo stato del degente.

In mancanza di qualsiasi punto di riferimento dell'utente/ospite si agisca per consenso presunto, evitando lo stato di necessità. Importante tenere a mente lo schema delle responsabilità, indicazione indispensabile per una sinergia della cura.

Nello specifico una schema delle responsabilità in R.S.A. (bassa intensità di cura) e un altro schema di responsabilità proprio degli ospedali (alta intensità di cura).

Tabella 1 schema delle responsabilità in ambito a bassa intensità di cura

ATTIVITÀ	MEDICO	INF	OSS	F.K.T	EDUCATORE/ ANIMATORE	CAREGIVER	UTENTE
Valutazione della problematica	R	R	C	C	C	C	I
Prescrizione della contenzione	R	C	I	I	I	I	I
Registrazione in cartella	R	R	R	R	C	I	I
Attuazione della protezione	I	R	C	C	I	I	I
Monitoraggio dell'utente	R	R	R	R	R	I	I
Sanificazione dei presidi	I	I	R	I	I	-	-
Acquisizione del consenso	R	C	-	-	-	-	-

Tabella 2 schema delle responsabilità in ambito ad alta intensità di cura

ATTIVITÀ	MEDICO	INF	OSS	F.K.T.	CAREGIVER	UTENTE
Valutazione della problematica	R	R	C	C	C	I
Prescrizione della contenzione	R	C	C	I	I	I
Registrazione in cartella	R	R	R	R	I	I
Attuazione della protezione	C	R	C	C	I	I
Monitoraggio dell'utente	R	R	R	C	I	I
Sanificazione dei presidi	I	C	R	I	-	-
Acquisizione del consenso	R	C	-	-	-	-

Tabella 3 schema delle responsabilità in ambito psichiatrico

ATTIVITÀ	MEDICO	I.P.	OSS	CAREGIVER	UTENTE
-----------------	---------------	-------------	------------	------------------	---------------

Valutazione della problematica	R	R	C	C	I
Prescrizione della contenzione	R	C	C	I	I
Registrazione in cartella	R	R	R	I	I
Attuazione della protezione	C	R	C	I	I
Monitoraggio dell'utente	R	R	R	I	I
Sanificazione dei presidi	I	C	R	-	-
Acquisizione del consenso	R	C	-	-	-

R = Responsabile

C = Collabora

I = Informato

1.5.1 MONITORAGGIO DELL'UTENTE.

Durante il periodo di contenzione l'utente/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 protettivo si renda ancora indispensabile.

Le attività di monitoraggio devono essere riportate in cartella infermieristica.

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.

1.5.2 RIMOZIONE DELLA PROTEZIONE FISICA.

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

I mezzi protettivi devono essere rimossi e adeguatamente sanificati. È necessario che la rimozione della contenzione venga registrata in cartella. Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento protettivo è indispensabile che venga avvisato il medico, il quale, dopo valutazione dell'utente/ospite, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un ulteriore intervento protettivo, rivedendo le motivazioni, i mezzi, le azioni, la tempistica e gli obiettivi.

1.5.3 ACQUISIZIONE DEL CONSENSO.

I familiari dell'utente/ospiti possono tendere a considerare il mezzo protettivo 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 protezione fisica in R.S.A. 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 l'utente/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; non avendo però il familiare piena capacità giuridica, si consiglia in quest'ultimo caso di proporre la nomina di un Amministratore di Sostegno. Eventualmente si può agire per consenso presunto, evitando il più possibile al ricorso dello stato di necessità.

1.6 SOGGETTI A RISCHIO DI PROTEZIONE.

1.6.1 FATTORI DI RISCHIO INTRINSECHI.

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.

1.6.2 FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI.

Questi fattori possono essere ambientali, ergonomici o 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.

1.7 COMPLICANZE LEGATE ALL'USO DEI MEZZI PROTEZIONE.

Si possono suddividere le lesioni associate a protezione fisica in due gruppi:

- a. danni diretti: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di protezione 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

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

Malattie funzionali e organiche

- Decondizionamento psicofisico
- Incontinenza

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

Sindromi della sfera psicosociale

- Stress
- Umiliazione
- Depressione
- Paura e sconforto

In letteratura c'è ormai un ampio consenso sui gravi rischi legati all'utilizzo della protezione fisica e sulla sua talvolta dubbia efficacia rispetto alle motivazioni che ne hanno sostenuto il ricorso. La protezione pertanto può essere considerata come appropriata solo in determinati e particolari casi, soprattutto per quanto riguarda gli utenti/ospiti anziani; nonostante ciò, nella pratica assistenziale, è tuttora frequentemente utilizzata.

Sono poche le giustificazioni per l'uso delle misure protettive di salvaguardia 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. Ovvio ricordare che la preparazione degli operatori deve essere tale da non permettere certe situazioni spiacevoli frutto di una opera non fatta ad arte.

1.8 LA CONTENZIONE E IL RISCHIO 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.

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 protezione 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 protezione fisica e al trattamento con psicofarmaci al fine di ridurre o prevenire il rischio di cadute nei soggetti a rischio.

1.9 ASPETTI GIURIDICI DELLA PROTEZIONE.

Importante ricordare che ci sono leggi ben precise che legiferano su principi fondamentali.

[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, in riferimento alla contenzione, stabilisce quanto di seguito:

- **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 protezione. La protezione 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 dell'utente/ospite o di altri soggetti. La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente dalla manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo 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 protezione 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 l'utente.

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.

L'adozione di misure protettive di salvaguardia, 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 gli utenti/ospiti e quindi un dovere di protezione nei loro confronti. 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.

PRIVACY, VIDEOSORVEGLIANZA E VIDEOREGISTRAZIONE

La privacy termine inglese equivalente a riservatezza, è appunto il diritto alla riservatezza della propria vita privata: the right to be let alone (lett. "il diritto di essere lasciati in pace")³, secondo la formulazione del giurista statunitense Louis Brandeis⁴ che fu probabilmente il primo al mondo a formulare una legge sulla riservatezza, insieme a Samuel Warren⁵ Interessante è l'interazione che può venire a crearsi con la protezione in ambito ospedaliero e nelle residenze sanitarie assistite.

Di norma ogni Azienda Sanitaria Locale è fornita del regolamento sulla privacy, strumento di applicazione del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (il cosiddetto "Codice sulla privacy") nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

Il Regolamento da cui si prenderà spunto, parte da un'attenta analisi delle problematiche concrete che quotidianamente emergono nella tutela della riservatezza dei dati personali in ambito sanitario ed è frutto di un lungo ed approfondito studio della normativa vigente da parte di un gruppo di lavoro che ha coinvolto le quattro aziende sanitarie della provincia di Venezia (n. 10 Veneto Orientale, n. 12 Veneziana, n. 13 Mirano, n. 14 Chioggia).

In questo documento sono trattati ovviamente argomenti come la videosorveglianza e la videoregistrazione, strumenti talvolta di tutela, talvolta di violazione di principi come la riservatezza e la dignità.

Importante come sempre cercare un punto d'incontro che soddisfi l'esigenza di utente ed Azienda; non soddisfi pure esigenze di moda o di conformismo.

2.1 VIDEOSORVEGLIANZA E VIDEOREGISTRAZIONE.

³ <https://it.wikipedia.org/wiki/Privacy>

⁴ Louis Brandeis (Louisville, 13 novembre 1856 - Washington, 15 ottobre 1941) è stato un avvocato e giurista statunitense, membro della Corte Suprema degli Stati Uniti dal 1916 al 1939.

⁵ Warren si è laureato presso l'Harvard College nel 1875; Warren e Brandeis fondarono la prominente studio legale di Boston di Nutter McClennen e pesce nel 1879. Alla fine del 1890 hanno pubblicato il loro famoso rivista giuridica articolo "Il diritto alla privacy.

Per videosorveglianza si intende l'attività del vigilare generalmente un luogo o comunque un bene a distanza, tramite l'utilizzo di telecamere o di altri strumenti in grado di assicurare la trasmissione di immagini strategicamente posizionate. Di particolare importanza e applicazione nella sfera sanitaria dal punto di vista dell'ulteriore monitoraggio (e non in sostituzione al personale sanitario) dei degenti nelle stanze o nei luoghi di ricreazione, qualora si è obbligati ad ottemperare a obblighi burocratici lontani da loro.

Per videoregistrazione è la registrazione in forma elettronica di immagini in movimento accompagnate anche da sonoro al fine della conservazione per una successiva fruizione.

La registrazione può avvenire su supporti removibili, quindi trasportabili e archiviabili, o su supporti non removibili. I supporti removibili possono essere il disco ottico o la memoria a stato solido removibile. I supporti non removibili possono essere invece l'hard disk o la memoria a stato solido fissa.

L'installazione di impianti di videosorveglianza nei locali dell'Azienda è ammessa solo dopo attenta valutazione sulla proporzionalità tra lo strumento impiegato e gli scopi perseguiti, e quando altre misure possibili siano realmente insufficienti o inattuabili.

Nel trattamento dei dati devono essere rispettati i seguenti principi:

- la raccolta e l'uso delle immagini sono consentiti solo se necessari allo svolgimento di funzioni istituzionali e per il perseguimento di finalità di pertinenza dell'Azienda;
- i sistemi di videosorveglianza possono riprendere persone identificabili solo se, per raggiungere gli scopi prefissati, non possono essere utilizzati dati anonimi;
- l'attività di videosorveglianza deve essere effettuata nel rispetto del cd. principio di proporzionalità nella scelta delle modalità di ripresa e dislocazione, e nelle varie fasi del trattamento (devono essere trattati solo dati pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite);
- i cittadini che transitano nelle aree sorvegliate sono informati della rilevazione dei dati mediante affissione di specifico cartello secondo il modello proposto dal Garante; i cartelli devono essere visibili in ogni condizione di illuminazione ambientale (anche di notte) e devono informare se le immagini sono solo visionate o anche registrate e se vi è un collegamento diretto con le forze di polizia;
- in caso di registrazione, il periodo di conservazione delle immagini deve

essere limitato a poche ore o, al massimo, alle ventiquattro ore successive alla rilevazione, fatte salve speciali esigenze di ulteriore conservazione in relazione a festività o chiusura di uffici o servizi, nonché nel caso in cui si deve aderire ad una specifica richiesta investigativa dell'autorità giudiziaria o di polizia giudiziaria; può essere ammesso un tempo più ampio di conservazione, comunque non superiore alla settimana, in considerazione di peculiari esigenze tecniche o della particolare rischiosità dell'attività svolta;

- al momento dell'installazione della telecamera occorre valutare se sia realmente necessario raccogliere immagini dettagliate, dove collocare le apparecchiature e la tipologia (fisse o mobili);
- va limitata rigorosamente la creazione di banche dati quando è sufficiente installare un sistema a circuito chiuso di sola visione delle immagini senza la loro registrazione;
- in tutti i casi in cui vi siano rischi specifici per le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, in relazione alla natura dei dati o alle modalità di trattamento o agli effetti che può determinare è necessario sottoporre il sistema ad esame preventivo del Garante (ad esempio raccolta associata a dati biometrici, rilevazione automatica di comportamenti o eventi anomali, allungamento dei tempi di conservazione oltre al massimo previsto, inapplicabilità delle prescrizioni del Garante);
- negli ospedali è ammesso il monitoraggio di Pazienti ricoverati in particolari reparti (es. rianimazione); possono accedere alle immagini solo il personale autorizzato e i familiari dei ricoverati.

CONTENZIONE O PROTEZIONE

“Contenzione o Protezione” è un libro scritto da Sara Saltarelli⁶ responsabile dell’area assistenza alla persona della cooperativa Società Dolce e Silvia Vicchi⁷ giornalista e redattore sociale. Interessante il cambio culturale che vuole segnare questo libro.

Una profonda riflessione sul vuoto che c’è tra realtà e pratica quotidiana, purtroppo veramente frenetica e feroce. Questo libro offre una prima proposta di cambiamento linguistico, ma prima di tutto pratico (come schede di prescrizione da parte dell’equipe assistenziale), dove il degente non viene più “contenuto”, quindi stretto, “schiacciato” contro la sua volontà, compresso, ma bensì protetto, azione delle più nobili e giuste, con la collaborazione di una equipe il cui obiettivo è arginare il più possibile l’utilizzo di Misure Contenitive di Salvaguardia, così definite nel libro, poiché la “contenzione” esprime esclusivamente il mezzo, ma non il fine.

Si riflette anche sull’esigenza di avere altri tipi di operatori quali i terapisti occupazionali, di dare un approccio di tipo olistico come la Pet Therapy.

Si riflette sul fatto di avere del personale altamente qualificato anche nella de-escalation, nel lavoro di equipe e di saper gestire i rapporti e dialoghi con i familiari dei degenti che purtroppo hanno un particolare stato d’animo, avendo lì come ospite o ricoverato un loro caro, ma anche nei confronti dei degenti e degli ospiti aggressivi, o violenti, che instaurano un rapporto con gli operatori non costruttivi.

CAPITOLO 4

⁶ Saltarelli S. Responsabile Area assistenza alla persona cooperativa sociale Società Dolce, Bologna

⁷ Giornalista e redattore sociale.

CONTENZIONE NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI – O.P.G.

Gli O.P.G. sono Ospedali Psichiatrici Giudiziari i quali erano una categoria di istituti annoverabili tra le case di reclusione che a metà degli anni settanta, hanno sostituito i vecchi manicomi criminali.

In Italia ce ne sono 6. Il 17 gennaio 2012 la Commissione giustizia del Senato ha approvato all'unanimità la chiusura definitiva degli O.P.G. entro il 31 marzo 2013. Il Decreto Legge 25 marzo 2013 n. 24 ha poi prorogato tale chiusura al 1 aprile 2014.

Ancora una volta, tuttavia, il termine originariamente disposto non è stato rispettato, e lo stesso 1 aprile il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha promulgato "con estremo rammarico" un Decreto Legge che fissa al 30 aprile 2015 la data entro la quale dovranno essere chiuse queste strutture.

Il Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52 convertito in Legge 30 maggio 2014, n. 81, ne ha disposto un'ultima proroga sino al 31 marzo 2015. I detenuti dovranno essere trasferiti nei R.E.M.S. (Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza).

Sono stati concepiti due tipi di R.E.M.S.: una di valutazione e stabilizzazione (in cui si pone la diagnosi e si imposta il programma di cura) con lo scopo di effettuare una "rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale" e l'altra di mantenimento a "vocazione riabilitativa e psicosociale".

È comunque da sottolineare come questa iniziativa sia unica nel mondo, e nella letteratura scientifica non si ritrovi nulla o quasi di quanto descritto nei provvedimenti legislativi. È vero che l'iniziativa si colloca in un panorama come quello italiano che ha completato il processo di deistituzionalizzazione, ma non vi sono precedenti noti per una deistituzionalizzazione di autori di reato affetti da malattia mentale. L'aspetto delle misure protettive di salvaguardia negli ex O.P.G. è veramente surreale da qualsiasi punto di vista. Questa realtà è stata portata alla luce da un'indagine condotta dalla commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, con esito di pubblicazione della relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli

Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

La descrizione della relazione è a dir poco sconvolgente.

Elemento fondamentale per questa tesi è stato quello di aver trovato un degente contenuto (e non protetto) in condizioni disumane, di tortura, presso l'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto (Me).

“All’interno della stanza contraddistinta dal n. 4, munita di letti particolari che presentavano un foro in corrispondenza del bacino, veniva rinvenuto il sig. S. C.. Questi era nudo; coperto da un lenzuolo; in regime di contenzione attuata mediante costrizione a letto con una stretta legatura con garza, sia alle mani che ai piedi, che gli impediva qualsiasi movimento. L’internato presentava, altresì, un vistoso ematoma alla zona cranica parietale. In merito, si prendeva visione del registro dei trattamenti di contenzione dal quale emergeva che questi non era indicato.”

È ovvio agli occhi di chiunque che si stava agendo nella piena illegalità di qualsiasi specie; per non parlare degli innumerevoli principi dei diritti fondamentali dell’uomo, di codici penali e civili violati con una facilità disarmante. Facendo un’analisi ben precisa: mancava qualsiasi presidio igienico-sanitario (pannolone); la striscia di gommapiuma con foro all'altezza del bacino utilizzata come materasso non è più assolutamente in uso; la rete ortopedica era arrugginita con rischi abbastanza ovvi per la salute del degente; le misure protettive di salvaguardia erano totalmente inadeguate, mancava il moderno kit in uso con della gommapiuma sia per i polsi che per le caviglie per essere meno lesivi e traumatizzanti; soprattutto mancava qualsiasi forma di registrazione scritta del monitoraggio del degente contenuto; i detenuti riferiscono che la contenzione poteva essere la punizione per coloro i quali si comportavano male; il personale infermieristico e medico era inadeguato nel numero e nella pratica per la mole di degenti.

RUOLO DELL'INFERMIERE LEGALE E FORENSE

Nell'ambito della contenzione, l'Infermiere Legale e Forense svolge un'importante ruolo nella salvaguardia delle norme che tutelano sia il cittadino/degente, sia il personale sanitario.

In particolare:

- verifica e aggiornamento con cadenza regolare (tempi da stabilire nelle riunioni di equipe) dei registri dei pazienti sottoposti a contenzione;
- predisposizione di apposita documentazione per monitorare i controlli effettuati dal personale sanitario ai pazienti sottoposti a contenzione (data, orario, tipologia di contenzione, ecc);
- verifica e aggiornamento costante dei protocolli, attuazione e rispetto degli stessi;
- verifica periodica dello stato di integrità delle varie tipologie di presidi utilizzati per la contenzione, e se necessario, provvedere ad integrazione o eventuali sostituzioni;
- inserimento della figura dell'Infermiere Legale e Forense come moderatore ai gruppi di audit sulle riunioni d'equipe territoriale e con caregiver;
- verifica che le procedure di ascolto, terapia e piano assistenziale siano applicate ed effettuate correttamente, ecc.
- Infermiere Legale e Forense come promotore di corsi di formazione/preparazione per personale sanitario neo-assunto o trasferito presso reparti S.P.D.C, ecc.

CONCLUSIONI

È inevitabile non comprendere come le misure protettive di salvaguardia dei degenti o ospiti siano l'ultima ratio e che da entrambe le parti sia una pratica alquanto sconveniente.

Come autore di questo elaborato sono arrivato alla conclusione che per evitare il più possibile episodi di protezione del degente, si deve agire in maniera veramente incisiva sulla prevenzione di tali situazioni e su una buona mediazione.

Lavorando come Infermiere in S.P.D.C. - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, quotidianamente mi occupo di questi casi e ho fatto alcune considerazioni in merito: si potrebbero suddividere i pazienti in base alla patologia ed ottimizzare i posti letto suddividendoli per alta intensità di cure e bassa intensità di cure. Sulla base di questo verranno differenziate e razionalizzate le esigenze per applicare o meno le varie forme di protezione.

Molto spesso la sola contenzione ambientale (porte chiuse a magnete) in degenti gravi sottoposti a T.S.O. (trattamento sanitario obbligatorio) è condizione necessaria e sufficiente per evitare l'utilizzo di mezzi protettivi di salvaguardia meccanica.

In tutto ciò è fondamentale la prevenzione della malattia mentale nelle sue forme più gravi, mediante il supporto di un maggior numero di personale sanitario (infermieri, psichiatri, educatori, psicologi) e di mezzi idonei per monitoraggio del territorio (auto aziendali). Questi, in collaborazione con il centro di salute mentale, possono essere in grado di riconoscere gli inizi di forme di scompenso mentale e quindi evitare misure più incisive nei confronti dei futuri degenti.

Riguardo le misure protettive di salvaguardia meccaniche, si potrebbe proporre uno studio pilota sul consenso informato fornito dai degenti affetti da scompenso mentale (malato psichiatrico, degente anziano affetto da malattia neurologica, ecc); verranno rilasciate dagli interessati, precise disposizioni in materia di protezione prima che il progressivo aggravarsi della propria patologia porti a deterioramento delle funzioni cognitive.

Altro aspetto fondamentale per la prevenzione delle misure protettive di salvaguardia, riguarda la formazione specialistica o corsi di formazione che dovrebbero essere effettuati dal personale sanitario prima di prendere servizio in reparti di cura così prettamente specialistici. Esistono specifiche tecniche di

apprendimento che riguardano la de-esclation della rabbia, tecniche di empatia e di condotta di un colloquio. È pertanto opportuno poter verificare se l'operatore sanitario possiede queste attitudini per poter espletare il proprio servizio all'interno di questi servizi e reparti (R.S.A, neurologia, geriatria, medicina, psichiatria).

In ultimo, di fondamentale importanza sono le riunioni di equipe territoriale, in cui si prendono in considerazione e valutano tutti gli aspetti di cura e assistenza messi in atto ai pazienti psichiatrici e anziani, fornendo un adeguato supporto anche a coloro che li assistono (caregivers, familiari, badanti, ecc).

-
- <http://www.ipasvi.it/print/percorsi-guidati/7.htm>
 - <file:///home/silvanoannarita/Scaricati/contenzione%20-%20linee%20di%20indirizzo.pdf>
 - <http://www.cdcpederzoli.it/admin/documenti/PGS%2037%20CONTENZIONE.pdf>
 - http://www.santa-chiara.it/_docs/news20080630_lucidi/7_Tosi_contenzione.pdf
 - http://www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C05_Psichiatrica/Contenzione_infermieristica.pdf
 - <http://www.psive.it/NewDocumenti/Campania/All.%2016%20-%20PROCEDURECONTENZIONEDDF.pdf>
 - <http://www.videosorveglianza.it/legge.php>
 - http://www.ulss13mirano.ven.it/media/ulss13/azienda/privacy/regolamento_privacy.pdf
 - http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf
 - file:///home/silvanoannarita/Scaricati/News%202010-08-02%20290710contenz_fisica_psichiatria.pdf
 - http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=22563

BIBLIOGRAFIA

-
- Saltarelli S., Vicchi S., Contenzione o protezione? *Aspetti assistenziali, sanitari, sociali e legali nell'uso delle contenzioni*. Maggioli Editore, Giugno 2014