

ASPETTI ETICI , GIURIDICI E DEONTOLOGICI RELATIVI ALL'IMPIEGO DELLA CONTENZIONE

Il punto di vista della professione medica per il superamento delle contenzioni

Luigi Conte

Segretario Generale FNOMCeO

Inizio questo mio breve intervento scusandomi per alcune ripetizioni rispetto alle eccellenti relazioni che mi hanno preceduto in questa proficua due giorni e che sono utili al tentativo di dare un filo logico al mio contributo. Ed in premessa vorrei richiamare alcune considerazioni svolte da Marco Zucconi sul diritto di ogni cittadino ed ogni persona a muoversi liberamente. inteso come libertà del proprio corpo e che, a suo dire è qualcosa di più forte di un semplice diritto. Egli constata che anche gli autori di gravi reati hanno la libertà di muoversi, anche se nei limiti del carcere e delle sue regole, mentre basta una malattia, uno stato mentale alterato da patologie organiche, da alcool o droghe, o semplicemente dall'invecchiamento, perché questo diritto venga messo in discussione o alienato. Come a dire che nei momenti più critici della propria esistenza, tra le altre cose, si perde anche il diritto riconosciuto ad altri cittadini.

Con il termine CONTENZIONE si indica ogni mezzo di costrizione fisica della libertà di movimento della persona o del normale accesso al proprio corpo. "I mezzi di contenzione sono tutti quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento", secondo la definizione che ne danno Cester A. e Gumirato G., in "I Percorsi della contenzione, dal caos al metodo", S. Lucia di Piave, Vega Editore, 1997.

A questa definizione va aggiunto che molto spesso è un atto sanitario-assistenziale che dal punto di vista etico-deontologico ed anche medico-legale può facilmente scivolare verso un uso improprio se non addirittura un vero e proprio abuso

La contenzione ha avuto origine in psichiatria dove era data per "scontata" e "lecita" per gli infermi di mente e per la quale vi era assenza di una norma specifica ed esplicita

Ma già con il R.D. 165 del 1909 recante il REGOLAMENTO MANICOMIALE -, all'art. 60 viene proposto un primo tentativo di inquadramento e regolamentazione della contenzione: "Nei manicomi devono 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 e la durata del mezzo di coercizione [...] l'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private".

Questo regolamento è stato abolito con la riforma psichiatrica del 1978 e da allora in Italia non c'è alcuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso dei mezzi di contenzione .

Attualmente la contenzione sanitaria è un evento possibile e non infrequente nei Dipartimenti di salute Mentale, nei reparti ospedalieri per acuti e nelle residenze sanitarie assistenziali “che dà un’immagine contraddittoria dell’intervento sanitario in bilico tra scelta terapeutica e cultura del diritto, tra principio di beneficiabilità (cui deve ispirarsi ogni atto medico) e controllo del comportamento e dell’autonomia della persona”.

Inoltre , come dimostrano anche recenti episodi assurdi agli onori della cronaca, la contenzione si pone anche come problema di “malpractice” quando non vengano rispettate specifiche procedure diagnostiche ed assistenziali; quando è frutto di una ridotta o carente capacità di affrontare e gestire possibili alternative sul piano relazionale con il paziente e quando è frutto di una scelta terapeutica non supportata dalle evidenze

Tra le altre cose va rilevato che la contenzione chimica, di esclusiva competenza medica, è ammissibile solo quando l’iniziativa rappresenta un INTERVENTO SANITARIO Medico e sia parte della terapia stessa. Essa è totalmente’ illecita se praticata al di fuori di un trattamento di tipo terapeutico, finalizzata cioè a riportare l’ordine in un reparto, o risponda a meri intenti punitivi nei confronti del paziente.

La contenzione non può e non deve essere un “automatismo operativo” che ignora il dettato di: Costituzione, Codice penale, Codice civile, Codice etico e Deontologico

Essa può avere effetti indesiderati e realizzare eventi avversi inquadrabili nella classificazione di Evans D. et al., 2002, “*Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review*”, n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia:

- FISICI DIRETTI (Provocati dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo)
- FISICI INDIRETTI (Dovuti all’immobilità forzata)
- PSICOLOGICI

Tralascio i primi due , sicuramente illustrati in precedenza meglio di me, per richiamare l’attenzione su quelli psicologici che più si attagliano al dettato del Codice di deontologia medica e che sono : Senso di impotenza, Umiliazione , Aumento dell’ insicurezza, Aumento dello stato di agitazione , Rabbia . E questi sentimenti vengono descritti variamente : “sono bloccato”, “sono in gabbia”, “sono bardato come un somaro”, “non posso neanche unire le mie mani”, “è una cosa da matti”, “i cani hanno solo un guinzaglio,... io invece ”

E come si può vedere questi sentimenti indotti dalla contenzione mal si adattano al dettato dell’art. 3 del Codice di Deontologia Medica: “Compito del medico è la difesa della vita, della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e dignità della persona umana senza discriminazione d’età, di sesso, di etnia, di condizione sociale ... ecc.”... e dell’art. 4: “Nell’esercizio della professione il medico deve attenersi alle conoscenze scientifiche e alla propria coscienza assumendo come valore fondamentale il rispetto della vita , della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona ”... Altri riferimenti generali ma non specifici che si adattano al tema si ritrovano nei seguenti articoli: art. 13 (prescrizione e trattamento terapeutico), art. 18 :

(trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica), art. 20 (rispetto dei diritti della persona), art 35 (acquisizione del consenso), art. 37 (consenso del legale rappresentante)

Il Nuovo Codice in via di avanzata revisione e rielaborazione all'art. 51 sui DOVERI del medico affermerà :”La contenzione fisica, farmacologica o ambientale può essere attuata solo in condizioni particolari, per documentate necessità cliniche e nel rispetto della sicurezza e della dignità del soggetto.”

Visti gli obblighi deontologici l'illegittimità della contenzione può altresì trovare fondamento nell'art. 13 della Costituzione Italiana (“La libertà personale è inviolabile”) e nell'art. 32 :”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”

E nel Codice di procedura penale si rinvencono elementi di illegittimità alla contenzione nell'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.” Questo reato si realizza se la contenzione è sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare , esigenze di carattere organizzativo, convenienze del personale sanitario configurando: Sequestro di persona(art. 605 c.p.), Violenza privata (art. 610 c.p.), Maltrattamenti (art. 572 c.p.).

Dopo tutto quanto premesso non può sfuggire un doveroso richiamo alla necessità di mettere in atto opportune ed adeguate strategie di minimizzazione del ricorso alla contenzione che secondo Mc Cue RE et al., in Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. J Behav Health Serv Res 2004; 31(2): 217-24 deve prevedere:

- 1) Formazione del personale
- 2) Procedure di monitoraggio e audit
- 3) Utilizzo di linee guida e protocolli
- 4) Interventi ambientali

La **formazione** appare sicuramente la migliore misura per ridurre l'uso della contenzione

- Deve prevedere conoscenze adeguate ed aggiornate sui criteri di utilizzo della pratica e sulle linee – guida che la regolano
- Deve formare alla prevenzione attraverso la precoce identificazione delle situazioni a rischio;
- Deve insegnare interventi comportamentali

- Deve trasmettere tecniche che permettono all'operatore di gestire il rapporto con il paziente aggressivo/violento in modo efficace e sicuro allo scopo di detendere la tensione e di recuperare la relazione con il paziente.

La CONTENZIONE appare un legittimo intervento medico-sanitario-assistenziale se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 c. p.), 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 C.p.) .

Se la contenzione diventa, dunque, l'unica scelta percorribile, è fondamentale che risponda alle norme su :

- a) La prescrizione
- b) La sorveglianza
- c) Le modalità di corretta gestione
- d) La registrazione delle informazioni

LA PRESCRIZIONE è' di competenza del medico ed in situazioni di emergenza e in assenza del medico è l'infermiere che può decidere di applicare la contenzione, ma la decisione presa andrà valutata dal medico nel più breve tempo possibile e deve essere riportata sui documenti clinici del paziente

LA PRESCRIZIONE deve essere scritta e indicare chiaramente : la motivazione (episodio specifico; non prescrizioni "al bisogno" o per un futuro indeterminato) , il tipo di contenzione, il tempo di inizio e tempo di fine e la durata massima deve essere di 12 ore

LA SORVEGLIANZA : durante la contenzione la persona va controllata almeno ogni 30 minuti e la decisione di ricorrere alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata;

LA CORRETTA GESTIONE : riguarda la scelta del tipo di contenzione di cui è importante conoscere la corretta tecnica di applicazione. L'assistenza al contenuto include anche l'informazione ai caregivers e il loro eventuale ruolo nella diminuzione del traumatismo. I familiari di soggetti sottoposti a contenzione spesso vivono l'esperienza del proprio congiunto in modo drammatico e pertanto una corretta ed equilibrata comunicazione e condivisione della scelta è fondamentale per trovare consenso e mitigare il senso di rabbia "montante" ed il profondo "disagio" (G. Casciarri , 2007)

In conclusione il personale medico, infermieristico, fisioterapico e di assistenza deve adoperarsi affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento.

Si deve considerare la contenzione una scelta condivisibile soltanto quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando rappresenti implicita risposta alle necessità istituzionali ed organizzative.

E' auspicabile l'adozione di Linee Guida chiare e illuminanti che diano certezza agli operatori del settore in un campo di non facile interpretazione giuridica e deontologica, senza mai dimenticare che molti disturbi dell'anziano possono essere "contenuti" dedicando loro attenzione, professionalità, rassicurazione.