



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

Scuola di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

-sede di Lecce-

A.A. 2016-2017

ETICA E DEONTOLOGIA APPLICATA ALLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

3 anno, 1 semestre

**Corso Integrato: ASPETTI ETICO-GIURIDICI DELLA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA**

LA CONTENZIONE

Docente

Dott. Roberto Lupo

La contenzione

Evoluzione storica del fenomeno

È un fenomeno recente, seppur le variegate e policrome misure contenitive siano presenti nel panorama medico e assistenziale da tanti anni. Lo strumento ha da sempre accompagnato l'universo psichiatrico: ne vediamo rappresentazione già nell'arte romana e greca, raffiguranti luoghi di cura e assistenza. Della contenzione parla Celso, Celio Aureliano, è rivisitata da Alessandro di Tralles fino al manicomio di Costantinopoli all'inizio del 500.

Evoluzione storica del fenomeno

La contenzione in psichiatria è sempre esistita e continua ad esistere, ma al contempo viene **celata**. Uno strumento inevitabile del quale non piace parlare tanto il cui scopo è quello di **controllare, limitare, ridurre, escludere i movimenti di una persona e comunque condizionarne il comportamento**. Le tecniche di contenzione nascono nel settore chirurgico e vengono estese alla psichiatria solo dopo la riforma patrocinata da Philippe Pinel e dalla sua scuola.

Evoluzione storica del fenomeno

L'atto di Pinel nel 1793 dà origine ad una nuova visione della scienza psichiatrica: libera i pazienti da catene e confina i pazienti in una nuova dimensione: **il manicomio**, luogo di cura e studio della malattia psichiatrica. Appaiono nuovi strumenti di contenzione, camicia di forza, fermatesta, casco del silenzio, cintura di protezione, guanto senza dita, manette, letto di contenzione. **Fino agli anni 50** il modo più semplice per controllare i malati mentali era quello di immobilizzarli in modo da contenerne la pericolosità, quando poi camicie e lacci risultavano inefficaci si procedeva al loro isolamento. I pazienti venivano spogliati per evitare che si auto ledessero con i vestiti e confinati in piccole stanze.

EVOLUZIONE STORICA DEL FENOMENO

La riforma Basaglia, abrogando le leggi in materia di assistenza manicomiale, ha in qualche modo messo «in soffitta» la contenzione, ma al tempo stesso non ne ha impedito la ricomparsa. Infatti, se è vero che nella legislazione in vigore non vi è alcun cenno specifico ad essa, neppure vi è un espresso divieto, e quindi la si può ancora applicare, purché ricorrano determinati presupposti

EVOLUZIONE STORICA DEL FENOMENO

«Non è importante tanto il fatto che in futuro ci siano o meno manicomi e cliniche chiuse, è importante che noi adesso abbiamo provato che si può fare diversamente, ora sappiamo che c'è un altro modo di affrontare la questione; anche senza la costrizione»

(Franco Basaglia)

Basaglia diceva che la libertà era terapeutica, la vera cura era restituire al paziente un livello accettabile di umanità perduta.

Con **Legge Basaglia** si intende la [legge italiana](#) numero 180 del 13 maggio [1978](#), "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*".

Alla legge ci si riferisce comunemente con l'associazione al nome di [Franco Basaglia](#) ([psichiatra](#) e promotore della riforma psichiatrica in Italia).

TSO E CONTENZIONE

Il 16 maggio 1978 sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica vedeva la luce la legge n. 180, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori.

Procedimento amministrativo legittimato dall'art 32 della Costituzione; viene effettuato dopo una segnalazione da parte di un qualunque medico il quale compila una proposta di TSO; deve poi seguire un certificato di convalida da parte del medico del SSN. A completamento deve essere presente un'ordinanza del Sindaco; con questa ordinanza il sindaco viene accompagnato presso la struttura sanitaria. Le situazioni che giustificano il provvedimento TSO sono:

Incapacità della persona di avere coscienza del proprio stato di malattia

Opposizione alle necessarie cure

Necessità di un intervento terapeutico urgente

Dura 7 giorni e può essere effettuato all'interno di reparti psichiatrici e ospedali



La Contenzione

Assenza di presupposti di legittimità e reati ipotizzabili

La contenzione non rappresenta un'attività di per sé illecita; tuttavia è necessario che il ricorso ad essa sia assistito da specifiche ragioni e avvenga entro limiti ben precisi, in quanto trattasi di un trattamento sanitario non assistito da valido consenso del paziente, poiché incapace di prestarlo. In mancanza dei presupposti che autorizzano il ricorso a procedure coercitive, la contenzione diviene perciò condotta penalmente rilevante, integrando diverse figure di reato.

Costituisce, inoltre, violenza personale penalmente rilevante ***ex art. 610 c.p. qualunque compressione della libertà di movimento, pur in assenza di contatto fisico tra l'agente e la vittima.***

Quando invece la contenzione viene ripetuta nel tempo, possono profilarsi altri reati: **il sequestro di persona o i maltrattamenti in famiglia**. Il legare le mani e i piedi al letto d'ospedale, l'incatenamento, costituiscono ipotesi paradigmatiche di sequestro di persona, qualora mantenute per un tempo apprezzabile, punite dall'art. 605 c.p., in quanto estinguono, annullano, sopprimono la libertà personale.

**Quanto può durare la contenzione?
Nessun protocollo nazionale fornisce
indicazioni precise al riguardo, poiché nessuno
può saperlo in anticipo**

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha, comunque, suggerito un impiego della contenzione contenuto nel tempo. Quando dunque l'atto coercitivo non resti circoscritto al lasso di tempo necessario per calmare il paziente o per somministrargli un farmaco, diventerebbe strumento illegittimo e comporterebbe l'applicazione dell'art. 605 c.p

DURATA DELLA CONTENZIONE – EVIDENZE SCIENTIFICHE

- il 3% 16 e l'83% 9,14 nelle nursing home
- il 4% e il 68% negli ospedali .
- In uno studio è stato individuato che il tempo di contenzione varia in un range compreso tra 1 e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni
- In un altro studio, invece, che il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) risulta contenuto per circa 10 ore durante il giorno
- nei servizi ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore è maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%)

Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione: Si può fare. I quaderni dell'infermiere. Luglio 2009(25/07/2015).

De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T, European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of european hospitals and nursing homes. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(9):M922-3

CHI PUÒ DISPORRE LA CONTENZIONE?

Più volte è stato ribadito che la contenzione, **se strumento finalizzato alla tutela della salute del paziente, è da considerarsi atto medico**. La stessa, deve essere praticata **previa prescrizione medica**, con **l'indicazione in cartella clinica delle motivazioni** che la sorreggono, della **durata del trattamento**, e delle **modalità di intervento**. Le linee guida statunitensi del Department of Health and Human Services stabiliscono che l'uso di tali pratiche non possa superare **le dodici ore consecutive**, salvo lo richiedano specifiche condizioni del paziente

- Una sorveglianza almeno ogni trenta minuti
- Una valutazione ogni tre-quattro ore dall'eventuale insorgenza di eventi dannosi
- La garanzia della libertà di movimento per almeno dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte
- L'impiego di una scheda ove registrare gli esiti delle operazioni effettuate e gli interventi adottati

CASO CLINICO

Il caso di Francesco Mastrogiovanni, il maestro elementare morto il 4 agosto del 2009, all'età di 58 anni, in seguito al ricovero in Spdc con trattamento sanitario obbligatorio poiché in stato di "agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività".

Diagnosi d'ingresso: "disturbo schizoaffettivo e dipendenza da cannabinoidi".

Il paziente è stato sedato farmacologicamente ed in seguito anche in modo meccanico mediante "fasce di contenzione ai piedi ed alle mani, senza alcuna interruzione e senza che venisse mai slegato per più di tre giorni, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti e al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza dargli né cibo e né acqua, ma solo idratandolo con delle flebo". La morte del paziente rappresenta l'epilogo di una pratica contenitiva realizzata in aperto contrasto con linee guida internazionali e nazionali. La vittima viene innanzitutto, sottoposta a contenzione meccanica non per finalità terapeutiche, ma per effettuare un atto d'indagine richiesto dalle forze dell'ordine, nella specie per espletare il prelievo delle urine, al fine di accertare l'eventuale presenza di sostanze stupefacenti. Il paziente, che fino a quel momento non aveva manifestato alcuna forma di violenza o aggressività verbale è sedato ininterrottamente e viene legato al letto per l'intera durata del ricovero, in assenza di alcun manovra di *de-escalation dell'aggressività per liberarlo dalla coercizione*.

Gli operatori della struttura non praticano alcuna medicazione per la cura delle escoriazioni al polso, successive allo strofinio delle fascette di contenzione sulla pelle. Viene, altresì, alimentato mediante soluzioni fisiologiche, senza alcun tentativo di alimentazione per via orale, eccetto una sola volta all'ingresso nell'ospedale.

Le condizioni cliniche del paziente, per di più, non vengono adeguatamente monitorate, tanto è vero che i sanitari si accorgono dell'exitus solamente dopo diverse ore.

Questi ultimi, inoltre, non annotano la procedura contenitiva in cartella clinica né nel registro delle contenzioni, di cui il reparto era tra l'altro sprovvisto e, ancora, non ne danno comunicazione ai familiari, impedendo così loro di visitare il parente

·
Non pare, dunque, sussistano dubbi sulla contestazione del delitto di sequestro di persona nel caso di specie. Come emerge del resto dalla motivazione della sentenza, la giurisprudenza ritiene che il delitto di cui all'art. 605 c.p. sussista non soltanto quando il soggetto venga privato della libertà di movimento nello spazio, ma anche quando sia sottoposto a misure coercitive sul corpo, come nel caso di specie, poiché in questo caso le stesse «*di per sé ed obiettivamente sottraggono l'essere fisico alle relazioni spaziali, intercludendolo*»

Per i Giudici la contenzione è atto medico, in questo caso assolutamente non giustificato, da qui la condanna dei medici per sequestro di persona. Durante lo svolgimento del processo non è stato possibile dimostrare con certezza la penale responsabilità degli infermieri con conseguente insussistenza della loro colpevolezza. Questo perché il quadro che emerge dagli atti dipinge una situazione di totale assenza di identità professionale con un'abnegazione assoluta degli infermieri nei confronti dei medici. Un infermiere in corso di interrogatorio afferma "in effetti, io se dipendeva da me l'avrei anche fatto (slegarlo), però siccome i primi anni che sono venuto a Vallo qualche volta di mia iniziativa ho slegato un paziente e sono stato richiamato verbalmente.... Il medico mi ha detto di no".

Il Tribunale assolve gli infermieri dagli stessi reati facendo operare a loro favore l'esimente dell'art. 51, comma 3, codice penale che esclude la responsabilità dell'esecutore di un ordine criminoso quando «per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo». Secondo la tesi del giudice, tra medico e infermiere sussisterebbe un rapporto di soggezione a carattere pubblicistico, analogo a quelli cui si riferisce l'art. 51 del codice penale :

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine

Gli infermieri non hanno una cartella infermieristica, la pianificazione assistenziale è pura fantascienza, non è rinvenibile alcun atteggiamento critico nei confronti della situazione del paziente. Il medico ha ordinato l'applicazione dei dispositivi di contenzione, loro li hanno applicati. Il medico non ha ordinato di rimuoverli e loro non li hanno rimossi. Il tutto in capo alla norma di giustificazione, scriminante, prevista dall'articolo 51 c.p. sull'adempimento del dovere dovuto a un ordine del superiore. Il medico è gerarchicamente superiore all'infermiere? La risposta appare ovvia: no. L'unico responsabile dell'assistenza infermieristica è l'infermiere. Il medico è titolare del processo diagnostico e terapeutico, con tutto quello che questo comporta, ma l'assistenza infermieristica, la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, non fanno capo al medico, ma solo all'infermiere, che deve, ma in questo caso è necessario dire 'dovrebbe', esserne l'unico e ineludibile responsabile. Questi infermieri, invece, poiché si autoumiliano, azzerandosi professionalmente, adducendo di aver solo ubbidito ad un ordine medico, non documentando il processo di assistenza infermieristica perché non attuato, nascondendosi dietro la mancanza di formazione nei confronti del tema contenzione, vengono assolti. Accanirsi sembra inutile, si resta sbigottiti, chiedersi come sia possibile non prestare cure a una persona legata e abbandonata senza chiedersi il perché, senza immaginare che sta andando in contro a morte certa, è già umanamente inspiegabile. Domandarsi come possa farlo un infermiere, oltretutto nel pieno esercizio lavorativo, va davvero oltre ogni ragione

Nel caso Mastrogiovanni è indubbio che ciò sia avvenuto: l'esame del video relativo al periodo di degenza dimostra che la contenzione si era protratta per ben 83 ore, durante le quali era rimasto sempre sedato, alimentato con soluzioni di fisiologica e glucosio, non medicato e non monitorato adeguatamente.

Un paziente sottoposto a contenzione perché ritenuto dai sanitari aggressivo, seppur tali accuse non avessero trovato riscontro nelle immagini del sistema di controllo interno. Il paziente, al di là di ogni logica, viene contenuto e cateterizzato, e dopo essere stato abbandonato a sé stesso, senza venire alimentato e idratato, all'interno di un reparto sprovvisto di aria condizionata, nel mese di agosto, muore, a distanza di ottanta ore dal ricovero. All'esito dell'esame autoptico i consulenti individuavano la causa della morte del Mastrogiovanni in un edema polmonare acuto, diretta conseguenza delle modalità con cui è stata effettuata la contenzione fisica. Si specifica inoltre che la mancata nutrizione e l'omessa introduzione di liquidi (se si eccettuano la soluzione fisiologica e glucosata) avevano cagionato una disidratazione che "unitamente al prolungato blocco dei muscoli respiratori, allo stato di agitazione (rilascio di catecolamine), all'uso di farmaci antipsicotici hanno causato l'edema polmonare acuto riscontrato all'esame autoptico e confermato all'esame istologico".

Quesito: I medici sono stati condannati e gli infermieri assolti: è una vittoria o una sconfitta della professione?

Cos'è la contenzione fisica

La contenzione, in generale, può essere definita come: un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come una restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto. In tale definizione viene sottolineato come la contenzione impedisca al soggetto cosciente di compiere azioni volontarie: impedisce a un soggetto di fare ciò che voleva fare o che stava facendo.

Tipologie di contenzione

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione

- **Contenzione fisica:** si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell' ambiente, che riducono o controllano i movimenti
- **Contenzione chimica:** si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi
- **Contenzione ambientale:** comprende i cambiamenti apportati all' ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti
- **Contenzione psicologica o relazionale o emotiva,** con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l' "aggressività" del soggetto perché si sente rassicurato

CONTENZIONE FISICA E MECCANICA

Per contenzione fisica o mezzo fisico si intende qualsiasi apparecchiatura, dispositivo o materiale fissato o posto vicino, al corpo e che non può essere controllato o rimosso facilmente dalla persona e che quindi previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona stessa al proprio corpo. I mezzi di contenzione fisica si classificano in :

MEZZI DI CONTENZIONE PER IL LETTO (SPONDINE)

SISTEMI DI POSTURA UTILIZZATI A FINI DI
CONTENZIONE (CUSCINI ANATOMICI)

MEZZI DI CONTENZIONE PER LA SEDIA (CORPETTO)

MEZZI DI CONTENZIONE PER I SEGMENTI CORPOREI (POLSIERE, CAVIGLIERE)

I soggetti a rischio o comunque con maggior probabilità di essere sottoposti a contenzione fisica sono: pazienti con diagnosi psichiatriche, con disturbi cognitivi, allettati, con comportamenti distruttivi o a rischio di caduta, anziani fragili e i malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere da soli attività di vita quotidiane

È in discussione se l'uso delle spondine debba essere considerato una forma di contenzione fisica

Secondo una revisione sistematica del 2007 **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.**

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.

Una [revisione](#) del 2002 del Joanna Briggs Institute riporta tra le motivazioni del ricorso alla contenzione: il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del paziente, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare. **Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati.**

CONTENZIONE FARMACOLOGICA

I mezzi farmacologici: sono rappresentati dai cosiddetti psicofarmaci

- benzodiazepine (en, tavor, valium ecc)
- neurolettici di vecchia e nuova generazione (aloperidolo, olanzapina ecc).

Il loro utilizzo come mezzo di contenzione si rende necessario nei disturbi del comportamento in situazioni patologiche e funzionali come stato confusionale acuto, demenza, stato maniacale, disturbo acuto, demenza, disturbo dell'umore, schizofrenia, ritardo mentale e umore, schizofrenia, ritardo mentale e abuso di sostanze

PERCHÉ SI UTILIZZA LA CONTENZIONE?

Secondo l'American Psychiatric Association i mezzi di contenzione vanno utilizzati per:

- Evitare un danno imminente ad altri (personale sanitario oppure degenti); - evitare un danno imminente al soggetto (qualora altri mezzi di controllo risultino inefficaci);
- Evitare gravi interruzioni al programma terapeutico o danni significativi all' ambiente
- Evitare danni al soggetto

Perché si utilizza la contenzione?

L'American Psychiatric Association ricorda che

- tutti i soggetti in terapia devono essere trattati con dignità e rispetto della propria sensibilità culturale e umana
- la contenzione e l'isolamento non devono essere usati per motivi di comodità
- la contenzione e l'isolamento devono essere utilizzati per il minimo tempo necessario e solo per tutelare la sicurezza del soggetto
- la riduzione dell'uso dei mezzi di contenzione deve essere un obiettivo organizzato della realtà operativa.

La contenzione : un aspetto poco discusso : Il catalogo delle sofferenze

Quando la contenzione diventa una pratica che va al di là del caso limite della morte comporta sempre numerosi, danni potenziali che derivano:

- Da una errata valutazione
- Utilizzo scorretto o prolungato dei mezzi fisici

Traumi fisici

- Aumento delle cadute accidentali
- Traumi articolari (distorsione, lussazione) , fratture ossee
- Morte causata da strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica
- Cianosi periferiche ; abrasioni da sfregamento, ematomi da microtraumi
- Dolore articolare

Il catalogo delle sofferenze

Patologie organiche e funzionali

- Infezioni multiorgano a carico dell'apparato respiratorio
- Riduzione della massa, del tono, forza muscolare
- Aumento dell'osteoporosi
- Lesioni da decubito

Disfunzioni psicosociali

- Umiliazione
- Depressione
- Stress psicofisico
- Paura e sconforto
- Riduzione dell'iniziativa
- Aumento del livello di confusione
- Aumento del senso di dipendenza

DANNI DIRETTI E INDIRETTI DELLA CONTENZIONE

- danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (per esempio lacerazioni, abrasioni);
- danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).



DANNI DIRETTI E INDIRETTI DELLA CONTENZIONE

Lesioni dirette: in letteratura esistono poche informazioni sulla prevalenza di lesioni correlate alla contenzione fisica

Lesioni nervose: sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, con i polsini di contenzione da applicare ai polsi di pazienti sistemati in letti in cui la testata è elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione determina la risalita con arrotolamento del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale

Lesioni ischemiche: sono causate dalla contrattura ischemica dei muscoli di entrambi le mani a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio

Asfissia: tanti articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione e l'asfissia.

Morte improvvisa: due articoli descrivono la morte improvvisa in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.

Il 90% delle fratture dello sterno nelle strutture residenziali è causato dal mezzo di contenzione.

Alcuni studi presenti in letteratura hanno dimostrato che la contenzione può essere causa diretta di morte perché il soggetto può rimanere incastrato tra il letto e il mezzo di contenzione e venire quindi soffocato.

Sembra inoltre che ci sia una correlazione tra la durata della contenzione e comparsa di danni indiretti in quanto i soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito.

Pochi studi hanno valutato gli effetti della contenzione sulla sfera psicologica

Rischi

Aumento del numero delle cadute

Morte per strangolamento, asfissia e traumi

Aumento del rischio di lesioni da decubito, contratture, polmoniti, incontinenza urinaria

Benefici

Non ci sono prove a favore della contenzione sulla riduzione del rischio cadute o di agitazione del soggetto. Sembra che la contenzione abbia dei benefici solo in casi di tentativi suicidari.

MORTE

L' FDA ha stimato negli USA 100 casi di morte all'anno da uso improprio della contenzione. FDA. Safe Use of Physical Restraint Devices. FDA, 1992

Cause di morte

Asfissia (40%) - strangolamento (anziani, da scivolamento sul corsetto o tra le sbarre delle spondine) - arresto cardiaco – incendio

www.jointcommission.org

Rimane sempre la difficoltà quasi sempre insormontabile della documentazione e della prova legale del nesso di causalità

– ASPETTI NORMATIVI E DEONTOLOGICI DELLA CONTENZIONE

Il principale riferimento di legge specifico sulla contenzione rimane l'art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: “Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione (...)”

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

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, **è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura**, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Aspetti normativi

La Costituzione, il Codice penale, il Codice civile e il Codice etico e deontologico infatti tutelano il rispetto e la libertà dell'individuo e puniscono l'abuso e l'uso improprio di tali mezzi.

In particolare l'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice penale ("Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente...") e all'articolo 610 del Codice penale ("*L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza*").

Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 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; articolo 40 del Codice penale: **Non impedire un evento che si ha il dovere di impedire, equivale a cagionarlo**).

“Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere” (art. 589 c.p., „Omicidio colposo”; art. 590 c.p. Lesioni personali colpose”; art. 591 c.p., Abbandono di persone minori o incapaci”).

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

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

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’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 codice deontologico dell’Infermiere](#))

Codice penale, deontologico e la contenzione

Art 33 c.p (codice deontologico) 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

Maltrattamenti (art 572 c. p): chiunque, fuori dai casi indicato maltratta una persona a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza e custodia, o per l'esercizio di una professione o un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni

Lesioni personali (art 581 e 582c.p): chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale dalla quale deriva una lesione nel corpo o nella mente è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni

Altre norme di riferimento

Sequestro di persona (art 605 cp): chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni

Violenza privata (art 610 cp) chiunque con violenza o minaccia costringe altri a fare , tollerare o omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni

Stato di necessità

Ex art 54 c.p “ 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, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”

LA CONTENZIONE, IN QUANTO ATTO SANITARIO-ASSISTENZIALE, DEVE ESSERE PRESCRITTA DAL MEDICO?

La contenzione deve essere prescritta dal medico ma la sua validità deve essere valutata in équipe. In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'infermiere può decidere di ricorrere a mezzi di contenzione, tale decisione deve però essere valutata dal medico nel più breve tempo possibile. Inoltre prima di procedere con la contenzione è necessario richiedere il consenso informato del paziente o dei familiari. Nella prescrizione il medico deve indicare quale mezzo di contenzione usare e la durata della contenzione.

Avere un comportamento passivo o non fare nulla, può evitare delle responsabilità?

CONTENZIONE NON ATTUATA

La giurisprudenza, talvolta, ritiene che la **responsabilità penale** dell'operatore psichiatrico tragga la propria linfa non da una condotta attiva, ma **omissiva: pur ricorrendo i presupposti per l'applicazione di una misura contenitiva, il sanitario omette di praticarla**. In questi casi, la giurisprudenza sostiene che possa profilarsi **il delitto di abbandono di persona incapace, ex art. 591 c.p.** *L'attività del sanitario dovrebbe essere rivolta al rispetto dei doveri di diligenza e prudenza: conseguentemente la loro omissione dolosa comporterebbe l'applicazione della fattispecie su indicata. La condotta, infatti, consiste nell'abbandono ovvero nel lasciare il soggetto passivo in balia di se stesso o di terzi, con derivato pericolo per la sua vita o incolumità.*

Tra i precedenti giurisprudenziali di condanna, si segnala la già analizzata sentenza Lampreu del 2008. Agli imputati non si era contestato il solo art. 572 c.p., ma altresì il delitto previsto dall'art. 591 c.p. Gli operatori della casa protetta, infatti, abbandonavano a loro stessi i degenti, omettendo ogni vigilanza nelle ore notturne e ogni misura di adeguata sorveglianza durante le uscite dalla struttura assistenziale.

Avere un comportamento passivo o non fare nulla, può evitare delle responsabilità?

Delitto omissivo
improprio

Art 40 c.p 2° comma
prevede che
“Non impedire un evento,
che si ha l’obbligo giuridico
di impedire, equivale a
cagionarlo”; questa è
l’ipotesi generale del delitto
omissivo improprio

Caso clinico

Il primo caso (Sentenza del 17 maggio 2013 n. 21285, Cassazione Penale, sez. IV.) Siamo nell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dove un uomo in stato di grave agitazione, disorientamento e confusione mentale, muore in seguito a caduta accidentale dal letto di degenza, causata, come afferma la Corte d'appello, dalla mancata apposizione delle sponde al letto del paziente "quale intervento non cruento e non invasivo atto ad evitare o, comunque a diminuire fortemente il rischio di cadute". Questa omissione, sempre secondo i giudicanti, è "connotata da elevatissima negligenza, in violazione di un chiaro obbligo di protezione gravante sul personale infermieristico del nosocomio a salvaguardia del rischio di caduta cui il paziente si trovò concretamente esposto, come comprovato dalle condizioni di disorientamento, di agitazione e di confusione mentale, documentate dal diario infermieristico, a partire dal e ribadite alle ore 6 dello stesso giorno dell'incidente". Il paziente è caduto alle ore 2.30, più di venti ore dopo la prima annotazione di pericolo nel diario infermieristico

LA CONTENZIONE È UN PROVVEDIMENTO DI URGENZA?

IL CODICE PENALE, INFATTI, PREVEDE SITUAZIONI NELLE QUALI LA CONTENZIONE È GIUSTIFICATA (**ART. 51 C.P. STATO DI NECESSITÀ**)

I mezzi di contenzione vanno usati solo se strettamente necessari per prevenire rischi gravi per il soggetto in cura e/o per chi lo assiste. L'uso dei mezzi di contenzione va interrotto non appena decadono le condizioni che ne hanno determinato la necessità di utilizzo. Quando si ricorre a mezzi di contenzione bisogna sempre garantire il comfort e la sicurezza del soggetto.

L'USO DELLA CONTENZIONE RIDUCE IL RISCHIO DI CADUTE?

Non ci sono studi che abbiano dimostrato una riduzione del rischio di cadute nei soggetti sottoposti a contenzione (per esempio con le spondine del letto) né un aumento del rischio di cadute nei soggetti non sottoposti a contenzione. Sembra quindi che gli anziani cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare

CASO CLINICO

Walter viene ricoverato presso il reparto di pneumologia dell'ospedale (...) in stato di ubriachezza e per presunta crisi asmatica; viene posto su un letto dal quale cade una prima volta; a seguito di ciò gli infermieri M. e P. lo posizionano nuovamente a letto, collocando su un solo lato dello stesso una spondina metallica di contenimento e, in assenza di altra spondina disponibile, accostano al muro il letto, ponendo dei cuscini tra questo ed il corpo del paziente. Dopo qualche minuto il paziente si muove, spostando il letto dal muro e cadendo nuovamente a terra, battendo testa e corpo sul pavimento. A seguito delle lesioni riportate nei due impatti al suolo Walter decede.

Cassazione Penale – Sez. IV; Sentenza n. 9170 del 26 febbraio 2013

Nel 2008 il Tribunale di Messina ha assolto dal reato di omicidio colposo i due infermieri M. e P. in quanto ha ritenuto che mancasse una prova sufficiente, sulla base dell'esame autoptico effettuato sul corpo di Walter, a dimostrare che le lesioni fossero state causate dalla prima o dalla seconda caduta. Inoltre questo tribunale ha valutato che i comportamenti di M. e P. dopo la prima caduta (posizionamento di una spondina e accostamento del letto al muro sull'altro lato) siano stati comunque "improntati sufficientemente alla cautela". I giudici del Tribunale di Messina hanno quindi accertato che gli imputati avevano adottato tutte le cautele nelle loro possibilità e che l'evento (la seconda caduta) sia stato inevitabile, in quanto non si è potuto affermare che "l'apposizione delle sponde su entrambi i lati sarebbe valsa ad impedire la seconda caduta".

Cassazione Penale – Sez. IV

Il ricorso in appello La Corte di Appello di Messina, in parziale riforma della sentenza di assoluzione del Tribunale di Messina, condanna invece i due infermieri e la struttura sanitaria al risarcimento dei danni. “Gli imputati sono colpevoli di non aver adottato ogni opportuna cautela per evitare ulteriori cadute dopo la prima, trattandosi W. di un soggetto che poteva prevedersi afflitto da crisi convulsive, non risultando l’impiego di sponde di contenimento l’unica cautela adottabile, potendo assicurarsi una costante vigilanza e potendo sollecitarsi il medico all’adozione di idonei mezzi meccanici o farmacologici di contenimento”

L'USO INAPPROPRIATO DELLA CONTENZIONE PUÒ ESSERE PUNITO?

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base [all'articolo 571 del Codice Penale](#) ("Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente...") e all'articolo 610 del Codice Penale ("L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza"). Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito ([articolo 33 codice deontologico dell'infermiere](#)).

L'USO DEI MEZZI DI CONTENZIONE DOVREBBE ESSERE ABOLITO?

Alcuni studi hanno dimostrato che in alcuni casi l'uso della contenzione è efficace. In particolare si è visto che è opportuno ricorrere alla contenzione qualora vi sia un rischio di suicidio, se il soggetto è aggressivo verso gli altri e/o se il soggetto tende a strappare via i presidi per i trattamenti salvavita. Tuttavia l'uso della contenzione deve essere limitato solo ai casi di effettiva necessità: in particolare la contenzione deve essere evitata nei soggetti in cui si può facilmente optare per soluzioni alternative

LA CONTENZIONE QUALORA NECESSARIA PUÒ ESSERE IMPOSTA ANCHE A LUNGO TERMINE?

FALSO. *La contenzione deve essere imposta per periodi limitati, non più di 12 ore consecutive. Ogni 3-4 ore bisogna valutare la sicurezza del mezzo di contenzione utilizzato e l'assenza di conseguenze. Quando si utilizzano mezzi di contenzione bisogna garantire ai soggetti la possibilità di movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore.*

LA DISPONIBILITÀ ALL'ASCOLTO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI O DEI FAMILIARI PUÒ RIDURRE L'USO DELLA CONTENZIONE?

I soggetti con disturbo d'ansia trovano grande beneficio da un atteggiamento positivo e di apertura da parte degli operatori sanitari e/o dei familiari. L'ascolto, il conforto, il contatto fisico e il tenere compagnia sono tutti interventi che possono evitare o allontanare l'uso della contenzione.

I FAMILIARI POSSONO AIUTARE GLI OPERATORI SANITARI A LIMITARE L'USO DELLA CONTENZIONE?

I familiari possono aiutare controllando i soggetti, inoltre possono aiutare i soggetti ansiosi e/o agitati a rilassarsi e a distrarsi proponendo attività diversive e distensive come la visione di un film, una passeggiata o l'ascolto di musica. Non sempre, tuttavia, l'atteggiamento collaborativo dei familiari è sufficiente a tranquillizzare il soggetto. Qualora l'agitazione dovesse essere eccessiva e dovessero manifestarsi atteggiamenti aggressivi, occorre segnalare tali comportamenti al medico che valuterà l'opportunità di utilizzare mezzi di contenzione.

Presupposti per la contenzione

- l'incapacità della persona di autodeterminarsi (gravi alterazioni psichiche)
- Sussista , secondo una valutazione circostanziata, un pericolo concreto di un danno grave alla persona
- Non vi sono le condizioni e le circostanze necessarie che consentono di adottare terapie o strumenti alternativi la contenzione
- Deve essere finalizzata alla prevenzione di un danno grave alla persona e non alle cose

Cosa documentare

In cartella clinica e infermieristica devono essere riportate

- Motivazione circostanziata
- Durata del trattamento o della sua rivalutazione
- Tipo di contenzione e modalità da utilizzare

UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA DEGLI OPERATORI SANITARI SUI RISCHI DELLA CONTENZIONE PUÒ LIMITARNE L'USO?

Gli studi hanno dimostrato che una maggiore formazione del personale sanitario associato alla possibilità di richiedere consulenze specifiche in materia può ridurre l'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero di cadute o di lesioni gravi nei soggetti ricoverati in strutture residenziali.

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

In altre parole la decisione di applicare la misura di contenzione dovrà porsi come l'extrema ratio, assunta al termine di un processo che non potrà prescindere da una valutazione multidimensionale del soggetto, strumento che permetterà di capire a priori chi potrebbe essere a rischio di cadute o di disturbi comportamentali.

Il punto d'incontro tra le varie professionalità sarà rappresentato dal **Piano Assistenziale Individuale**, in cui sarà possibile affrontare le varie problematiche e nel quale si cercherà di individuare gli interventi da mettere in atto per prevenire i disturbi del comportamento in quel soggetto ed in quella della contenzione deve essere l'ultima risorsa possibile

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

Il diritto alla libertà del proprio corpo è senza alcun dubbio il più elementare dei diritti di libertà solennemente garantiti dalla [Costituzione Italiana](#) che, come noto, all'art. 13 sancisce l'inviolabilità della libertà personale. Eppure basta una semplice malattia, una perturbazione della mente o, più semplicemente, la vecchiaia, perché questo fondamentale diritto venga messo in discussione.

Prescrizione della contenzione

Prima di procedere alla contenzione occorre chiedere il consenso al soggetto o ai familiari. Se il soggetto è cosciente occorre cercare di tranquillizzarlo cercando di far capire che gli interventi attuati hanno come obiettivo la sua sicurezza. L'uso della contenzione deve essere prescritto dal medico.

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

E' bene qui ricordare che una prescrizione, per essere valida, dovrà essere preceduta dal consenso informato. Solo in questo modo la contenzione assumerà dignità propria.

E' chiaro, quindi, che la contenzione rimane una pratica illegale, laddove applicata senza il consenso del paziente.

Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà quindi il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità non potendo prescindere dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo ed avendo quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile (cfr. art. 30 Codice Deontologico medico). Nel caso, invece, di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore (cfr. art. 33 Codice Deontologico medico).

Spesso, però, nelle case protette, nelle residenze sanitarie assistenziali e nei centri diurni sono ospitati soggetti interessati da disturbi psicologici - comportamentali per i quali il trattamento d'urgenza degli stessi disturbi diventa quotidianità.

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

Codice deontologico dell'infermiere che, all'art. 4.10, prevede espressamente l'obbligo per l'infermiere di adoperarsi *“affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”*.

Tale documento, prevedendo esplicitamente la possibilità da parte dell'infermiere di contenere, viene a far rientrare di fatto tra le competenze dello stesso l'applicazione della predetta misura ovviamente nei limiti e nei modi posti dal Codice Deontologico stesso (art 4.10. *Rapporti con la persona assistita*) e nel rispetto della libertà e dignità della persona

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

(art. 2. *Principi etici della professione*).

In particolare, per quanto riguarda la responsabilità infermieristica, essendo la contenzione assimilabile a una pratica terapeutica, l'infermiere potrà contenere soltanto se esiste una prescrizione medica, rispondente alle seguenti regole

- registrazione in cartella clinica con l'indicazione della:
- motivazione circostanziata;
- durata del trattamento o della sua rivalutazione previa verifica;
- tipo di contenzione e modalità da utilizzare (solo polsi, polsi e caviglie, ecc.).

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

I limiti

E SE LA PRESCRIZIONE NON È PRECEDUTA DAL CONSENSO INFORMATO?

Rimane una pratica illegale, laddove applicata senza il consenso del paziente. Con riferimenti a soggetti cognitivamente integri il medico avrà il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità, non può prescindere dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo e deve avere cura di usare un linguaggio semplice e accessibile (art 30 cd medico)

IL CONSENSO INFORMATO E LE MISURE DI CONTENZIONE

I limiti

NEL CASO DI PAZIENTE INCAPACE DI COMPRENDERE?

Nel caso di soggetto dichiarato interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore. (art 33 cd medico)

In caso di demenza?

La diagnosi di demenza non indica di per sé una perdita della competenza intesa come la capacità di comprendere una situazione e di prendere decisioni: nelle prime fasi della malattia è possibile che il paziente sia ancora in grado di valutare una situazione e quindi prendere una decisione al riguardo

Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento dell'anziano nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito per mezzo della posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico (art 40)

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un cambiamento culturale, basato più sul metodo di cura che sulla speranza di nuove tecnologie.

E' una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro intelligenza e competenza.

La riduzione del numero delle contenzioni e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita dei pazienti, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

Ricordare che la contenzione è da ritenersi la risultante del fallimento di ogni mediazione posta in atto prima, quale tentativo non correttivo, di ottenere l'adesione/ascolto del soggetto, al trattamento curativo/assistenziale.

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA

IL Comitato nazionale di Bioetica ribadisce la necessità del superamento della contenzione ,condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione
Ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti ma anche alle istituzioni sanitarie che l'uso della forza e la contenzione rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona

- Occorre incrementare la ricerca sulla contenzione in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi
- Occorre avviare un attento monitoraggio del fenomeno a livello regionale e nazionale
- Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione
- Implementare strumenti di prevenzione prima di contenere

RIFLETTERE PRIMA DI CONTENERE!!