

Uso terapeutico della contenzione fisica negli anziani istituzionalizzati

Tutela della salute o tutela della libertà? Il punto di incontro tra le varie professionalità per migliorare la qualità nell'assistenza è rappresentato anche dalla condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale dell'anziano e la costruzione di un piano assistenziale individuale

Mauro Marin

Direttore Distretto sanitario, Pordenone

L'uso terapeutico della contenzione fisica negli anziani istituzionalizzati è oggetto di un dibattito etico-politico continuo (J Med Ethics 2006, 32: 148-152; Ann Ist Super Sanità 2013, 49/3: 281-285) e nei casi concreti di una valutazione contrapposta tra il diritto alla tutela della libertà personale e il diritto alla tutela della salute e della vita. Gli studi scientifici valutano casistiche e popolazioni, mentre sanitari a priori e giudici a posteriori valutano singoli casi concreti considerando la realtà delle numerose variabili individuali e di contesto.

La raccomandazione del Ministero della Salute n.13 del 1.12.2011 per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie riconosce che il 78% delle cadute è prevedibile per fattori di rischio identificabili, che il riscontro anamnestico di una precedente caduta negli anziani è un indicatore di alto rischio di nuova caduta, che la metà degli anziani ricoverati con frattura di femore da caduta perdono la capacità di deambulare e il 20% di essi muore per complicanze entro sei mesi. La stessa raccomandazione individua le azioni utili per la prevenzione delle cadute e afferma che la contenzione fisica deve essere applicata solo ai casi strettamente

necessari per finalità assistenziali terapeutiche su prescrizione medica scritta o valutazioni infermieristiche documentate, solo dopo avere attuato misure assistenziali alternative e corretto i fattori di rischio per le cadute, deve essere riportata in cartella clinica, deve essere preceduta da interventi relazionali con il coinvolgimento possibile del paziente e l'informazione ai familiari, deve essere limitata al tempo minimo indispensabile e quindi monitorata per il rischio di danno psico-fisico correlato.

► La voce della Cassazione e la legislazione

- La Cassazione sezione Penale IV con sentenza n. 9170 del 26.2.2013 ha condannato per omicidio colposo l'infermiere per violazione della norma cautelare posta a garanzia dell'incolumità del paziente ricoverato, caduto dal letto una prima volta e poi deceduto per i danni riportati a seguito di una seconda caduta "prevedibile", imputata al mancato impiego di spondine di contenimento al letto per omessa sollecitazione da parte dell'infermiere al medico, affinché prescriva il mezzo di contenzione necessario e per omessa vigilanza, anche se la costante vigilanza non è

sempre oggettivamente esigibile.

- La stessa sezione della Cassazione con sentenza n. 21285 del 17.5.2013 afferma che l'omissione negligente dell'impiego delle spondine di contenimento al letto del paziente confuso e agitato, che pur rifiuta l'intervento di contenzione, comporta responsabilità per omicidio colposo a carico dell'infermiere, in caso di decesso del paziente per trauma da caduta. L'infermiere è tenuto all'obbligo di accudimento e protezione in quanto titolare di una posizione di garanzia verso l'assistito per la tutela della vita e della salute (art. 2 e 32 della Costituzione) ai sensi dell'art. 40, comma 2, del Codice penale che afferma: "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

- La Cassazione sezione Penale IV con sentenza n. 23661 del 31.5.2013 ha ritenuto responsabili del suicidio di un anziano demente gli addetti all'assistenza e il direttore della Casa per anziani che non hanno adottato le misure restrittive necessarie a prevenire il danno.

- La Costituzione all'art.13 vieta la restrizione della libertà personale se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge, mentre all'art. 32

tutela la salute individuale e afferma che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento se non per disposizione di legge.

- L'art. 60 del Regio Decreto n. 615 del 1909 afferma che 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 che indichi la natura del mezzo di coercizione. L'art. 11 della legge n. 180/1978 ha abrogato altre norme, ma non questa che quindi è ancora vigente (art. 12 e 15 del Codice civile).

- L'art. 41 della legge n. 354 del 26.7.1975 afferma: "Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque non vi si può fare ricorso a fini disciplinari, ma solo al fine di evitare danni a persone o di garantire l'incolumità del soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario". L'art. 82 del DPR n. 230 del 30.6.2000 afferma: "La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate dal comma terzo dell'art. 41, si effettua sotto il controllo del sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le stesse finalità negli ospedali pubblici".

► Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per infermi di mente è regolato dalla legge n. 180/1978 secondo le procedure disposte dagli artt. 33 e 34 della legge n. 833/1978, dalla raccomandazione della Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2009 (09/038/CR/C7). Nel caso della gestione di un assistito aggressivo non

altrimenti controllabile, va rilevato che il D.Lgs n. 81/2008 in tema di sicurezza e tutela dei lavoratori afferma all'art. 17 il dovere del datore di lavoro di effettuare una valutazione dei rischi e adottare le misure idonee di prevenzione e all'art. 44 che l'operatore in caso di pericolo grave e immediato è legittimato a prendere le misure necessarie a evitare il pericolo. Va rilevato che la mancanza di un protocollo sulla contenzione seppure eccezionale viola il diritto di formazione degli operatori affinché sappiano gestire correttamente il rischio ai sensi del D.Lgs 81/2008.

► Liceità della contenzione

Dunque esistono casi eccezionali in cui il ricorso alla contenzione fisica è lecito in quanto previsto per disposizione di legge e casi eccezionali in cui il Codice Penale prevede cause di giustificazione: l'intervento per impedire un danno (art. 40), l'aver agito col consenso dell'avente diritto (art. 50) o per l'adempimento di un dovere (art. 51) o nello stato di necessità (art. 54) o, in caso di paziente aggressivo, anche per legittima difesa (art. 52) oltre che per stato di necessità.

- L'art. 50 CP afferma che non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporne. Contenzione non è sempre sinonimo di coercizione: il paziente capace di intendere e volere ma con disabilità motoria può prestare assenso o richiedere lui stesso le spondine al letto come ausilio per riposizionarsi in autonomia o la fascia di contenzione in carrozzina come ausilio per mantenere la postura eretta del tronco in pace altrimenti di autosostenersi.

- Il Tribunale di Pordenone con sentenza n. 39/1992 ha escluso la puni-

bilità per il reato di violenza privata dell'infermiere che aveva impiegato la contenzione fisica sull'assistito confuso in assenza di prescrizione medica ma in situazione di comprovata necessità nell'adempimento del dovere di somministrare una terapia endovenosa (art. 51 CP).

- Il Tribunale di Cagliari sez. GIP con sentenza n. 934/2012 ha escluso la punibilità dei sanitari che hanno applicato la contenzione a un paziente violento.

- L'art. 54 CP afferma la non punibilità di chi ha commesso un fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale e non altrimenti evitabile di un danno grave alla persona, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. In tal caso la contenzione deve apparire nel caso concreto urgente, necessaria e priva di alternative valide a scongiurare il pericolo attuale per l'incolumità fisica. Il principio di proporzionalità richiama la necessità che la motivazione alla contenzione fisica sia sempre adeguata alla situazione reale e attuale. È opportuno ricordare che lo stato di necessità non rende lecito ciò che è illecito (restrizione della libertà), ma lo rende "impunibile" per il contesto in cui tale atto viene compiuto.

► Illiceità della contenzione

Il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione fisica è sempre illecito e può configurare principalmente le seguenti ipotesi di reato previste dal Codice Penale: art. 610 violenza privata, art. 590 lesioni personali colpose, art. 571 abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, art. 572 maltrattamenti ripetuti, art. 605 sequestro di persona. La contenzione fisica non deve essere una metodica abituale di accudimento, né una misura

punitiva, né può essere giustificata da carenze organizzative assistenziali della struttura ospitante.

- L'art.51 del Codice Deontologico 2006 del Medico afferma: in caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non richiede o pone in essere misure coattive salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti di legge. Il medico che prescrive la contenzione senza giusta causa, senza monitoraggio e cure, protraendone la durata illecitamente fino a causare la morte dell'assistito è responsabile dell'omicidio, secondo la sentenza n.825/2012 depositata il 27.4.2013 del Tribunale di Vallo della Lucania.

- L'art. 30 del Codice Deontologico 2009 dell'infermiere afferma: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali."

- Va rilevato che ai sensi della legge n. 42/1999, della legge n. 251/2000 e del DM della Salute del 2.4.2001 le professioni sanitarie di infermiere e fisioterapista hanno acquisito autonomia nelle attività di cura proprie del loro ruolo e di conseguenza anche nelle responsabilità derivanti dalla loro condotta personale.

- L'art. 27 della Costituzione afferma che la responsabilità penale è personale. La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione implica la valutazione della condotta di "tutti" i soggetti coinvolti nell'assistenza (art. 110 CP) e quindi richiede la documentazione dei compiti attribuiti a ogni ruolo in un protocollo e la documentazione del loro corretto svolgimento in apposite schede.

Quindi è raccomandata l'adozione di un protocollo multidisciplinare per la gestione della contenzione

fisica pur intesa come ultima ratio in caso di fallimento di misure alternative per tutelare utenti e operatori da pericoli ed errori dannosi.

La contenzione fisica è una misura temporanea ed eccezionale di impiego di mezzi fisici che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita. I mezzi di contenzione fisica usati negli anziani sono le spondine e le lenzuola da letto, le cinture/fasce e il tavolino avvolgente da sedia, i bracciali da polsi o da caviglie.

Le motivazioni che inducono a prescrivere mezzi di contenzione fisica sono (Nursing Oggi 2001; 4: 62-66):

- prevenire i traumi da cadute accidentali
- fornire un supporto come ausilio per mantenere una corretta postura
- prevenire danni da comportamento agitato o violento in soggetti confusi
- consentire l'esecuzione di un esame diagnostico o di una terapia
- garantire la sicurezza del trasporto in barella.

La prescrizione della contenzione fisica è di competenza medica, ma le motivazioni alla sua applicazione spesso derivano da osservazioni documentate per iscritto dal personale infermieristico, fisioterapico e di assistenza. La prescrizione medica scritta dei mezzi di contenzione fisica deve sempre indicare la motivazione fondata e lecita per cui si prescrive la contenzione e il mezzo di contenzione prescritto.

L'applicazione della contenzione deve essere temporanea, limitata alle fasce orarie in cui è necessaria, comunque di durata inferiore a 12 ore continuative e monitorata.

Il monitoraggio orario della contenzione deve essere eseguito mediante controllo visivo da parte del personale e annotato per escludere eventuali danni e per rilevare subito la necessi-

tà di interrompere la contenzione.

Il consenso informato validamente rilevabile va acquisito direttamente dall'assistito capace di intendere e di volere ai sensi dell'art. 35 del Codice Deontologico Medico, i familiari in quanto tali non hanno diritto di decidere per la persona capace di autodeterminarsi sebbene è raccomandabile che siano informati. La sentenza n. 119/1998 della Cassazione Penale sezione VI ha affermato: "Il ricovero in casa di cura o comunità terapeutica comporta l'obbligo di cura e custodia gravante su plurimi soggetti..., ma anche limitazioni all'incapace, le quali liberamente accettate con un valido consenso o non contrastate da un evidente dissenso non sono penalmente apprezzabili... ma l'obbligo di custodia non può comportare l'uso abituale di mezzi coercitivi".

► Possibili soluzioni

Il punto di incontro tra le varie professionalità per migliorare la qualità nell'assistenza è rappresentato da buone relazioni e da una condivisione degli obiettivi assistenziali attraverso la Valutazione multi-dimensionale dell'anziano e la costruzione di un "Piano assistenziale individuale" che affronti i bisogni rilevati mediante i principi del problem solving e sia soggetto a verifica dei risultati. Va ricordato che i disturbi del comportamento negli anziani motivanti a volte la contenzione possono derivare da difficoltà di comunicazione conseguenti a deficit uditivi, visivi, cognitivi e motori che richiedono innanzitutto un'organizzazione di servizi adeguata e lo sviluppo continuo nel personale d'assistenza di capacità professionali di relazione e di empatia, in conformità alle raccomandazioni del 29.7.2010 della Conferenza Stato-Regioni sulla contenzione fisica (10/081/CR07/C7).