

La dignità negata. La sottaciuta vicenda della contenzione degli anziani non autosufficienti

Augusto Fierro[\[1\]](#)

Questo il titolo del convegno organizzato dal Consiglio regionale del Piemonte e dall'Ufficio del Difensore Civico che si è svolto lo scorso 28 settembre con finalità di denuncia e di contrasto nei confronti di un fenomeno fortemente lesivo della dignità degli anziani non autosufficienti ricoverati nelle residenze sanitarie.

Nel segnalare che la video registrazione dell'intera giornata di studio sarà presto disponibile sul sito del Difensore Civico, riporto qui di seguito una sintesi degli interventi e delle mie conclusioni che solo parzialmente ho potuto illustrare al termine della giornata di studio.

La contenzione meccanica -tema di cui si è principalmente discusso nel convegno- si realizza con l'uso di dispositivi volti a limitare, più o meno intensamente, la libertà di movimento di una persona. Essa è praticata in medicina in diversi ambiti assistenziali: in psichiatria la sensibilità al tema si è sviluppata nel corso di una riflessione pluridecennale che è giunta a condannarne i presupposti deontologici prima ancora di quelli scientifici o giuridici.

Come è noto, fu Franco Basaglia il principale protagonista della rivoluzione culturale che condusse il nostro paese ad abbandonare la logica custodiale sottesa alla pratica manicomiale ed anche l'uso della forza nei confronti dei malati: cardine del suo pensiero fu il principio etico secondo cui compito dello psichiatra è quello di curare anziché di legare.

In un articolo del 1999 che s'intitolava "*Quale pratica per la salute mentale alla fine di un secolo di riforme?*", Franco Rotelli, uno degli eredi spirituali di Basaglia, ebbe a scrivere: *La biologia molecolare e la neurofisiologia potranno avere poteri ancora enormi, le neuroscienze potranno dirci molto sul cervello, molto ci dirà la genetica. C'è però una cosa su cui mai potremo avere risposte da queste scienze: sulla modalità con cui gli uomini decidono di fondare il contratto sociale, sui valori in base ai quali decidono di stabilire le modalità del proprio relazionarsi, in una parola sull'etica. Franco Basaglia ha saputo fare quest'operazione, ha saputo porre la questione al massimo livello, l'ha posta a partire dall'etica, affrontando la malattia e la medicina a partire dai valori. A partire dalla questione di come le istituzioni possano dare un volto concreto a questi valori.*

Sulla scorta del grande movimento di pensiero che Basaglia seppe suscitare, si è nel tempo consolidato un consenso unanime della psichiatria sull'idea per cui superare la contenzione sia non solo possibile ma anche doveroso. Per alcuni operatori la contenzione va rifiutata subito, sempre e in ogni caso; altri, pur avendo un atteggiamento meno radicale, convengono comunque sulla necessità di ridurre il ricorso a tale pratica, confinandolo a contingenze particolari, rare ed estreme.

Ciò nonostante, l'utilizzo inappropriato della contenzione in psichiatria non è stato del tutto debellato, visto che la cronaca ci ha narrato, ancora recentemente, delle vicende sciagurate di Franco Mastrogiovanni e Giovanni Casu, conclusesi con la morte di quei pazienti.

Non è però in contesto psichiatrico che si verificano i casi più frequenti ed i maggiori rischi di abusi: occorre infatti non dimenticare e, tantomeno, sottovalutare ciò che accade nei luoghi dell'assistenza agli anziani sofferenti per demenza, all'uso della contenzione al letto o alla sedia a rotelle, come alternativa a forme di vigilanza più onerose, per evitare allontanamenti errabondi o prevenire cadute.

Anche nel documento del Comitato Nazionale di Bioetica pubblicato nell'aprile 2015 e dedicato al fenomeno della contenzione viene preso in considerazione il suo utilizzo nei confronti dei pazienti anziani ricoverati in strutture sanitarie, osservando che per essi il fenomeno è ancora più allarmante perché la sua pratica è sottratta alla discussione, diversamente rispetto a quanto accade invece per i pazienti psichiatrici.

L'autorevole posizione del Comitato Nazionale è stata esposta nel convegno da Stefano Canestrari, docente di diritto penale a Bologna, coestensore del documento prima citato, che ha ricordato come nel caso di paziente sottoposto a contenzione meccanica, il CNB abbia ritenuto che non vi possano essere scusanti per la violazione dell'autonomia della persona in nome del suo "bene", non apparendo appropriato ipotizzare due principi in conflitto, la libertà della persona da un lato e la supposta finalità terapeutica dell'intervento coercitivo dall'altro.

Per questa ragione il CNB ha condannato con nettezza *"l'attuale applicazione estensiva della contenzione"*, osservando che *"la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere interpretato come una cautela rispetto a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Invece questa uscita di emergenza ... assolutamente eccezionale che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario. La tolleranza concessa in casi estremi per un intervento così lesivo della libertà e dignità della persona è stata erroneamente interpretata come una licenza al suo ordinario utilizzo"* [2].

Una ordinarietà purtroppo confermata dai risultati di un approfondito studio realizzato dal Collegio Infermieri (Ipsvi) di Milano Lodi con la collaborazione dei Collegi di Brescia ed Aosta nel 2011 che ha consentito di constatare come la contenzione fosse stata applicata, nel periodo di rilevazione, addirittura al 68,7% dei residenti nelle Rsa ed al 15,8% dei degenti in unità operative ed in ospedale [3]. La prevenzione delle cadute, da sola od associata ad altre motivazioni, era indicata come causa della contenzione nel 70% dei casi in ospedale e nel 74,8% dei casi nelle Rsa. Le spondine al letto erano il presidio più utilizzato (rispettivamente il 75,2% e il 60% dei mezzi di contenzione usati in ospedale ed in rsa).

Si legge nell'abstract della ricerca che *"La numerosità del campione e la concordanza con*

altri studi analoghi fanno presupporre che si tratti di una fotografia realistica: un quadro da cui partire per introdurre percorsi di miglioramento mirati a ridurre la frequenza e la durata dell'uso dei mezzi di contenzione, attraverso l'implementazione di interventi alternativi di efficacia provata per raggiungere gli obiettivi -come la prevenzione delle cadute e la gestione dell'agitazione psicomotoria- per i quali, seppur con molte incertezze, ancor oggi si ricorre alla contenzione”.

Gli interventi di Maila Mislej, Livia Bicego e Melania Salina, dirigenti infermieristiche in servizio nella Regione Friuli, sono stati dedicati all'esame delle ragioni per le quali l'esercizio della contenzione costituisce una pratica grandemente negativa per i pazienti che la subiscono e di come il suo utilizzo affievolisca la sensibilità etica degli operatori nei confronti del fenomeno, per lo più ritenuto inevitabile. Una realtà, hanno ricordato le tre relatrici, di fronte alla quale gli operatori imparano purtroppo, con il tempo, a desensibilizzarsi e, soprattutto, ad evitare di interrogarsi su cosa si possa fare in alternativa.

Sul tema degli effetti negativi delle condotte contenitive sulla salute dei pazienti, le relatrici hanno riferito i contenuti di molteplici studi che dimostrano come la pratica della contenzione provochi nel paziente umiliazione, paura, senso di impotenza, apatia e percezione di insicurezza, rabbia, collera, tristezza, ansia, senso di abbandono. Ed a livello fisico, oltre ad effetti indiretti quali la riduzione del trofismo e del tono muscolare e l'aumento dell'osteoporosi dovuti all'assenza di movimento, anche effetti diretti quali la compressione di nervi periferici, lesioni ischemiche, e, in casi estremi, anche la morte per asfissia.

All'elencazione di questi possibili effetti nocivi, a volte drammatici, i tre interventi hanno aggiunto la riflessione sul come la contenzione meccanica, prevedendo il ricorso a congegni tecnici che consentono l'abbandono del paziente a se stesso, rinunci in via preventiva ad ogni coinvolgimento dell'operatore e sia inoltre priva di ogni dimensione assistenziale e riabilitativa. E dunque sul come essa realizzi una inaccettabile ed arrogante manifestazione di sopraffazione dell'uomo sull'uomo.

Per le tre operatrici friulane il negare il fondamentale diritto alla libertà di movimento alle persone in età avanzata colpite da patologie che comportano disabilità cognitive e comportamentali all'interno delle strutture ove essi vengono istituzionalizzati, oltre ad essere eticamente inaccettabile, rende evidente come le residenze per anziani siano culturalmente più orientate alla custodia che alla cura ed alla promozione dell'autonomia, del benessere e della qualità della vita dei ricoverati.

Le loro relazioni hanno poi affrontato il tema di come sia possibile non rassegnarsi alla logica dell'esistente, ricercando con risolutezza ed impegno soluzioni alternative.

La prima condizione per poter fare a meno della contenzione è rappresentata da un'adeguata presenza di operatori di supporto che, adeguatamente formati, presenti in numero sufficiente, supportati dagli appositi presidio ed ausili, possano provvedere adeguatamente all'assistenza dei pazienti. Non vi è bisogno di personale ad alta specializzazione ma occorre però che esso sia coordinato e formato, competente, preparato, motivato e con attitudine alla relazione ed all'assistenza. Che sia in grado, ad esempio, di accogliere il disturbo dell'incessante pulsione a deambulare, noto come fenomeno del vagabondaggio, che provoca spesso ripetuti e frequenti tentativi di fuga.

Di non minore importanza sono poi gli interventi organizzativi che riguardano ambienti e strumenti della riabilitazione: sedie e poltrone che eviterebbero l'uso di cinghie già esistono in commercio e potrebbero entrare, senza eccessive difficoltà, nel novero degli ausili indispensabili alla cura degli anziani in rsa. Così pure sono disponibili in commercio lettini abbassabili fino al livello del pavimento che, unitamente a tappeti morbidi da porre a terra accanto al letto, consentono di fare a meno delle c.d. spondine.

Gli interventi di Chiara Maina e Davide Petrini -che hanno affrontato con notevole approfondimento le problematiche giuridiche riguardanti l'inquadramento penalistico della contenzione meccanica- sono difficilmente sunteggiabili in ragione della loro complessità e, in attesa della sbobinatura, prego il cortese lettore di affidarsi alla video registrazione presto consultabile sul sito del Difensore civico.

Provo invece, qui di seguito, a rassegnare alcune considerazioni, in parte già formulate in sede di Relazione annuale, che, non mi è stato possibile, per ragioni di spazio, esporre compiutamente nell'intervento conclusivo del convegno.

Anzi tutto una premessa: la questione della contenzione chiama in causa in primo luogo, muovendo da considerazioni di natura costituzionale, il tema del rispetto della dignità della persona.

Sotto questo profilo occorre sottolineare come le garanzie che circondano i malati, quando viene loro imposto un trattamento sanitario^[4], non siano solo quelle formali, rilevanti sul versante della legalità e del controllo giudiziario^[5], ma ad esse debba sempre accompagnarsi la consapevolezza della non comprimibilità, per alcun motivo, del diritto al rispetto della persona quando siano in gioco interventi coercibili e la stessa applicazione della coazione. A stabilirlo è anzitutto il secondo comma dell'articolo 32 secondo cui *"la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

L'espressione realizza^[6], *"una delle dichiarazioni più forti della nostra costituzione, pone al legislatore un limite invalicabile, più incisivo ancora di quello previsto dall'articolo 13 per la libertà personale.... Nell'articolo 32 si va oltre. Quando si giunge al nucleo duro dell'esistenza, alla necessità di rispettare la persona umana, siamo di fronte all'indecidibile. Nessuna volontà esterna ... può prendere il posto di quella dell'interessato"*.

A vietare l'utilizzo della contenzione è però anche l'articolo 13 della costituzione che, nell'enunciare il divieto assoluto alla pratica di qualsivoglia violenza fisica o morale sulle persone ristrette, risulta, evidentemente applicabile anche nei confronti dei soggetti ricoverati nelle strutture sanitarie e socio sanitarie.

Le condotte contenitive, anche se rivolte alla protezione dei pazienti, cagionano infatti un'evidente menomazione e mortificazione della dignità della persona, così concretando la violazione del principio dell'*habeas corpus* oggetto della tutela costituzionale.

Questa dunque la cornice nel cui ambito deve collocarsi l'interpretazione del giurista che voglia correttamente verificare da un lato l'astratta configurabilità di fattispecie di reato e, dall'altro, l'eventuale ravvisabilità dei presupposti per il riconoscimento della scriminante dello stato di necessità.

E' la costituzione infatti, prima ancora che il codice penale, ad ammonirci sull'erroneità del convincimento di quei non pochi operatori della sanità che praticano la contenzione ritenendo che essa sia consentita quando realizzata in funzione di un obiettivo di tutela del paziente.

Al contrario, va rammentato che anche l'esercizio dell'attività sanitaria, pur finalizzata alla tutela di un bene costituzionalmente garantito quale è la salute, non implica automaticamente un potere illimitato e discrezionale di intervento sul paziente: occorre infatti che questi abbia espresso un consenso libero ed informato, in difetto del quale l'attività terapeutica che contempra esercizio di forza fisica può integrare il reato di violenza privata e le limitazioni alla libertà personale, accessorie all'attività diagnostica o terapeutica, che non siano state autorizzate quello di sequestro di persona[7].

Cosa accade quando il paziente si rifiuta di essere sottoposto a pratiche contenitive o, come accade frequentemente agli anziani afflitti da demenza, non è più in grado di esercitare il proprio diritto di scelta?

Come già si è osservato sopra, la questione è stata oggetto di discussione soprattutto in psichiatria, nei casi in cui si manifesti una condotta violenta, espressiva di aggressività, da parte del paziente, condotta che sia potenzialmente in grado di mettere in pericolo se stesso o l'incolumità degli operatori.

Secondo alcuni, in questi casi il personale sanitario sarebbe autorizzato a contenere il paziente psichiatrico in ossequio ai doveri di protezione e controllo imposti dalla posizione di garanzia[8]: la tesi viene però criticata dalla dottrina più attenta al tema dei diritti fondamentali, richiamando la cornice costituzionale[9] che si è sopra esposta.

L'opinione secondo cui il potere di legare rientrerebbe tra i poteri tipici del personale sanitario, conseguendo ad una valutazione di carattere sanitario operata dal medico, è inoltre messa in crisi, sul piano scientifico, dalla dimostrazione che della contenzione è possibile ed è doveroso fare a meno, come dimostra l'esempio dei servizi di salute mentale che, proprio per ragioni terapeutiche, la bandiscono.

Il che non vuol dire che l'utilizzo della forza nei confronti del paziente psichiatrico sia da considerarsi, sempre e comunque, illecito: l'ipotesi dello stato di necessità disciplinata dall'articolo 54 del codice penale sottrae infatti le pratiche contenitive alle stimmate dell'illiceità penale a condizione che nella condotta del paziente sia riscontrabile un pericolo attuale, dunque immediatamente riconoscibile, che vi sia proporzione tra l'offesa recata ai diritti del paziente e quella che costui potrebbe realizzare ed infine che il loro utilizzo sia del tutto eccezionale e conseguente all'assenza di alternative.

La contenzione del paziente può, ad esempio, considerarsi necessitata in psichiatria se costituisce, nella immediatezza della situazione concreta, l'unico mezzo per salvaguardare l'interesse in pericolo: il che si verifica quando essa rappresenti il punto di arrivo di un percorso che abbia praticato interventi di carattere ambientale, relazionale e farmacologico, tutti messi in atto senza successo.

Considerazioni analoghe ma non del tutto sovrapponibili si possono formulare con riferimento alla ipotesi di utilizzo di presidi precauzionali (legacci, fasce, tavolini servitori

che comportano la soppressione della libertà di movimento del soggetto che si ha in cura) normalmente utilizzati nei confronti di anziani non autosufficienti, in particolare quelli afflitti da deficit cognitivo, per scongiurare pericoli di caduta. L'utilizzo di quei presidi introduce, nell'ordinarietà quotidiana, limitazioni stabili alle residue capacità del paziente di determinarsi liberamente che gli impediscono di compiere gli ordinari gesti della vita quotidiana (come scendere dal letto od andare in bagno). Peraltro, se ci si immedesima nel paziente contenuto, non si potrà fare a meno di presumere un suo diniego al consenso, apparendo evidente che chiunque rifiuterebbe di rinunciare alla propria libertà di movimento.

Se dunque una massima di esperienza ci suggerisce di presumere il dissenso del paziente, a quali condizioni è possibile invocare la scriminante dello stato di necessità nel caso di persone afflitte da demenza?

Come si è già visto, ai fini del riconoscimento dell'articolo 54 del codice penale occorre che il mezzo di contenzione sia l'unico strumento atto a scongiurare *"il pericolo di un danno grave alla persona"*, che il pericolo sia *attuale* e non volontariamente causato e che la restrizione sia proporzionata al pericolo che si intende scongiurare.

"Se ne ricava che il punto di equilibrio tra contenimento e pericolo si dovrà trovare al minor livello possibile di restrizione e contenimento della libertà personale: in altri termini, ogni volta si dovrà preferire la manovra o lo strumento meno restrittivo possibile in relazione al pericolo da fronteggiare. . ."[\[10\]](#).

Ed è proprio la presenza di alternative alle condotte contenitive, testimoniate dall'esistenza di buone pratiche, che maggiormente mette in crisi la configurabilità della scriminante sotto il profilo del criterio di stretta necessità.

Sul punto vanno segnalate le Raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie adottate dal Ministero della Salute nel 2011 che indicano come la contenzione possa essere praticata senza consenso del paziente solo *limitatamente ai casi strettamente necessari* e che *i presidi contenitivi non possono mai essere utilizzati come alternativa all'osservazione diretta ed alla presenza di personale preparato, numericamente adeguato alle esigenze assistenziali*. Ciò anche perché, rammenta il documento, in letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologia protegga i pazienti dalle cadute.

Il paradigma securitario (lego per salvaguardare il paziente) deve inoltre fare i conti con le possibili alternative, quando queste siano concretamente realizzabili, anche nell'ipotesi in cui comportino un costo maggiore: troppe volte, infatti, la gestione dei pazienti prescinde dalla loro specifica condizione clinica ed è invece influenzata dalle caratteristiche strutturali ed organizzative del servizio che viene reso.

Poiché l'esperienza delle case di riposo triestine, in cui è stata abolita la contenzione, testimonia che è possibile assistere gli anziani affetti da demenza facendo a meno dei presidi contenitivi, ben difficilmente potrà essere dunque giustificato, sotto il profilo della stretta necessità, il loro utilizzo conseguente a carenze organizzative e di personale: il non aver fronteggiato quelle carenze si traduce infatti nell'accettazione del rischio dell'essere costretti a contenere, condotta questa equivalente, secondo diritto, a quella della volontaria

causazione.

In sostanza: pare a chi scrive che ben difficilmente possa configurarsi la scriminante allorquando la contenzione dell'anziano non autosufficiente abbia caratteri di permanenza, determinando immobilizzazioni del paziente per svariate ore consecutive.

Da ultimo va rammentato che la non illiceità delle contenzioni attuate in stato di necessità va individuata nella concretezza di ogni singola situazione e, per questa ragione esse non sono suscettibili di essere iscritte in "protocolli" né tanto meno di essere prescritte con ricetta medica.

Interventi di assoluto interesse sono stati poi svolti dal Capitano dei Nas, Antonello Formichella, che ha relazionato sull'attività di vigilanza svolta dai Carabinieri del Nucleo nella nostra regione, riportando le cifre degli illeciti riscontrati e segnalati alla magistratura.

E dall'avvocato Alessandro Mattioda che ha riferito del processo in cui sono stati giudicati fatti-reato (maltrattamenti e sequestro di persona) di assoluta gravità, verificatisi nel 2015 nella struttura convenzionata "La Consolata" di Borgo d'Ale. Un giudizio in cui l'avvocato Mattioda ha patrocinato gli interessi della Regione Piemonte, costituendosi parte civile per ottenere il risarcimento dei danni, nel cui corso ha potuto verificare come l'utilizzo della contenzione possa essere il primo passo nella realizzazione di ancor più gravi condotte di sistematici maltrattamenti ai danni dei pazienti.

Ciò perché l'utilizzo della contenzione meccanica comporta la degradazione del corpo umano a mera materia e dunque la perdita, agli occhi dell'operatore che la pone in essere, della connotazione di dignità che la nostra cultura ad esso attribuisce: il passo dalla contenzione alla pratica di condotte ancora più umilianti ed inumane è davvero breve, come dimostrano i fatti accaduti a Borgo d'Ale^[1].

L'avvocato Giovanna Scollo, Dirigente dell'avvocatura regionale del Piemonte, ha infine riferito della proficua collaborazione instaurata tra il suo Ufficio e quello del Difensore civico che ha consentito di dare attuazione, per la prima volta, alla norma che facoltizza il Difensore civico alla costituzione di parte civile nei procedimenti in cui siano persone offese soggetti disabili.

[1] Difensore Civico della Regione Piemonte.

[2] CNB, relazione su: *La contenzione: problemi etici*, 23 aprile 2015.

[3] La ricerca è stata condotta su di un campione costituito da 39 presidi ospedalieri (per un totale di 2208 pazienti ricoverati in unità di chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia e terapia intensiva) e 70 Rsa (6690 ospiti in nuclei ordinari e alzheimer).

[4] Ciò a maggior ragione, visto che la contenzione non è scientificamente sussumibile nel novero delle pratiche sanitarie.

[5] Massa M.: *La contenzione. Profili costituzionali*, in A.A.V.V., *Il nodo della contenzione*, Merano 2015, pag. 101.

[6] Rodotà S., *Il diritto ad avere diritti*, Bari 2013, pag 256.

[7] Dodaro G.: *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in A.A.V.V., *Il nodo della contenzione*, citato, pag 51.

[8] Sentenza Gup Tribunale di Cagliari, 17 luglio 2012.

[9] Dodaro G., citato, pagina 63.

[10] Dodaro G., citato, pagina 64.

[11] In tal senso la Relazione per l'anno 2016 di questo Difensore Civico.

