

**Contro la contenzione, garantire sempre l'articolo 13 della  
Costituzione, si può e si deve!**



**Trieste 1 giugno 2012  
– MIB School of Management  
L.go Caduti di Nasiriya n. 1 Trieste-**

**La contenzione non è atto medico,  
non è prescrivibile e non è protocollabile: riflessione critica**

**Claudio Pandullo e Pier Riccardo Bergamini**

Medici e infermieri concentrano frequentemente la loro attenzione sulle modalità attuative della contenzione fisica e sui riflessi giuridici che ne possono conseguire.

Il quesito che oggi ci poniamo è invece SE la contenzione sotto il profilo deontologico possa essere oggetto di prescrizione medica.

**La prescrivibilità o meno  
della contenzione fisica  
da parte di un medico  
è il punto nodale  
della questione**

L'esercizio della professione medica non è soggetto a limiti codificati, ed è valido il principio cardine che ricomprende nell'esercizio della medicina ogni atto diagnostico o terapeutico finalizzato a prevenire, curare e riabilitare, e capace di incidere su una situazione preesistente in modo da impedirne una sua modificazione peggiorativa o, nella più parte dei casi, da indurne una migliorativa.

**La prescrizione, espressione di quanto precede, costituisce quindi ATTO TIPICO della professione medica e indica - di regola direttamente alla persona assistita - gli accertamenti diagnostici da effettuare, i farmaci da assumere, nonché gli interventi terapeutici effettuabili.**

**La prescrizione, già ispirata a "scienza e coscienza", oltre che essere fondata sull'accurata ed attuale conoscenza delle condizioni della persona assistita e dei suoi veri bisogni terapeutici, necessita oggi del confronto costante con l'evolversi delle conoscenze scientifiche.**

**Le norme deontologiche - fonti cui informare inequivocabilmente le condotte in ambito medico e più in generale sanitario - forniscono importanti indicazioni su questo specifico aspetto.**

**Nuovo Codice di Deontologia Medica (2006)  
Capo IV, Accertamenti Diagnostici  
e trattamenti terapeutici**

## art. 13

*"La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia ... non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o ... a un fondato sospetto diagnostico ... al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, scelta e applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico ... fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto ...".*



Prosegue, inoltre, ribadendo che "Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche ... sempre perseguendo il beneficio del paziente ... Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza ... delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate".

**Emerge così dall'analisi del precedente articolo la necessità - sempre - di una preliminare analisi delle conoscenze scientifiche a disposizione, al fine di utilizzarne i migliori suggerimenti nella pratica quotidiana.**

**In questo soccorre proprio la Medicina Basata sulle Evidenze scientifiche (EBM), che si propone di rendere quanto più possibile “scientifiche” le pratiche sanitarie mediante un processo di validazione e uso sistematico dei risultati della ricerca contemporanea come supporto per le decisioni cliniche.**

Una pratica basata sull'evidenza scientifica, quindi, che implementi da un lato l'utilizzo da parte dei sanitari dei dati dell'evidenza sperimentale e, dall'altro, induca a tralasciare pratiche consolidate da consuetudini di non accertato valore scientifico.

**Tra queste un posto di rilievo va assegnato alla contenzione della persona assistita.**

**Le sue conseguenze, dirette e indirette, sono infatti ampiamente note e altrettanto ampiamente descritte**

**... lesioni di natura contusiva, morte per causa asfittica, aumento del numero delle cadute e del livello di confusione, lesioni da decubito, incontinenza ...**

La letteratura internazionale degli anni più recenti ha diffusamente affrontato la problematica: il dato che emerge con nitidezza assoluta da *revisioni sistematiche di studi clinici randomizzati, studi di coorte e casi controllo*, è l'assoluta assenza di evidenza scientifica giustificativa dell'uso sistematico di mezzi di contenzione meccanica per prevenire lesioni, cadute e fratture

**C'è invece ampia evidenza scientifica che le cadute delle persone contenute comportino conseguenze più gravi rispetto a quelle non contenute (in particolare il ricorso ostinato all'uso delle bandine al letto dell'assistito).**

**Altrettanto ampia letteratura indica poi la possibilità di un efficace ricorso a modalità alternative di assistenza siano esse personali, ambientali o sociali.**

L'evidenza è dunque quella di una pratica diffusa che si pone oggettivamente in forte contrasto con l'interesse dell'assistito: non previene, non cura e non riabilita, bensì peggiora.



**La contenzione dell'assistito sembra quindi mancare di qualsivoglia legge scientifica di copertura realmente legittimante una sua collocazione nel novero degli atti sanitari prescrivibili e - conseguentemente - attuabili come tali.**

Sembra così opportuna una riflessione responsabile sulle modalità di esercizio della professione medica, senza prescindere dalle evidenze attuali in tema di risultati della contenzione.

La contenzione è priva dei caratteri di tipicità della prescrizione medica e non può quindi essere prescritta da un medico né da altri esercenti professioni sanitarie

**UNA  
DIREZIONE  
UNIVOCA ?**

**Cassazione Penale - Sez. V - 27.09.2010, n. 34961**

**“... situazione di illegittimità ...mantenuta,  
senza soluzione di continuità sotto il  
progressivo controllo di tutti gli indagati in  
assenza di ogni indicazione in cartella clinica e  
senza la predisposizione della dovuta  
annotazione senza interrompere la contenzione  
per porre in essere le attività prodromiche  
all'eccezionale trattamento, e per ripristinarlo  
solo all'esito del fallimento delle best practices”**

# **CODICE DEONTOLOGICO**

**Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svoltasi in Roma in data 17.01.09**

## *Articolo 30*

**L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali**