



Secondo il Programma regionale per gestione del rischio clinico 2020-2022, approvato dall'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte,<sup>1</sup> la contenzione può essere definita come qualsiasi intervento che limita la libertà di movimento ovvero la normale accessibilità al proprio corpo.

Si distinguono le seguenti forme di contenzione:

▼ psicologica, relazionale o emotiva (tecniche di de-escalation): ascolto e osservazione empatica del soggetto finalizzata a promuovere un miglior controllo del comportamento e di eventuali agiti violenti;

▼ ambientale e tecnologica: consiste nell'attuare cambiamenti strutturali e organizzativi, anche con il ricorso a forme di sorveglianza (dispositivi tecnologici quali videocamere, allarmi alle porte, apertura delle porte con codice o con maniglie di difficile gestione per persone con problemi cognitivi, tag che innescano allarme all'avvicinarsi a una porta, ecc.);

# La contenzione meccanica nei luoghi di cura

Non è un atto terapeutico ma un provvedimento da attuare solo in casi eccezionali

Vincenzo Villari

*Psichiatra e psicoterapeuta*

*Coordinatore della Commissione salute mentale  
Albo degli Psicoterapeuti dell'OMCeO di Torino*



Credits Steve p2008 / CC BY

- ▼ fisica: in cui c'è il contatto fisico diretto con uno o più operatori;
- ▼ meccanica: applicazione di presidi sulla persona che ne riducano o impediscano i movimenti;
- ▼ chimica: somministrazione di farmaci (si precisa che la contenzione non coincide con qualsiasi tipo di sedazione e che la sedazione non rappresenta contenzione quando costituisce uno specifico trattamento ed è parte integrante della terapia). Le suddette forme di contenzione costituiscono un gruppo eterogeneo di interventi che vanno da quelli appropriati e raccomandati dalle buone pratiche (contenzione psicologica, relazionale o emotiva) alle forme più critiche e problematiche (contenzione chimica e meccanica). Queste ultime devono essere oggetto di raccomandazioni finalizzate a ridurne l'impatto negativo sui pazienti e virtualmente a non utilizzarle nella pratica assistenziale.

### Alcune osservazioni

In particolare sulla contenzione meccanica si è focalizzata un'attenzione crescente da parte del Ministero della salute, degli assessorati regionali e dell'Ordine dei medici. Dovrebbe, quindi, essere considerata come un evento sentinella, motivo per cui appare irrinunciabile che venga affrontato per l'intera organizzazione dei servizi sanitari regionali e non solo per la salute mentale. Ciò consente di consolidare l'auspicabile orientamento finalizzato a evitare l'emanazione di leggi e norme speciali per la psichiatria e per la salute mentale.

Appare, quindi, molto importante che l'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte, nel suddetto Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022 articolato in 15 azioni, abbia incluso al punto 13: "Pratiche contenitive in ambito sanitario". In questo documento sono contenute molte delle raccomandazioni proposte dal Ministero ("Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale") ma estese a tutto l'ambito sanitario e non so-

lo ai luoghi di cura della salute mentale. A tale proposito si possono formulare le seguenti osservazioni.

▼ Non è utile emanare leggi speciali per la psichiatria, cosa che accresce lo stigma e il pregiudizio invece di combatterlo.

▼ La contenzione meccanica non è un atto terapeutico, ma un provvedimento da attuare solo in casi eccezionali e in presenza dello stato di necessità, come sancito da una sentenza della Cassazione penale.<sup>2</sup>

▼ In quanto evento critico deve essere oggetto di stretto monitoraggio nei luoghi di cura e a livello regionale da parte dei servizi che si occupano di qualità e gestione del rischio clinico.

▼ È, quindi, auspicabile l'attivazione di un osservatorio regionale e nazionale.

▼ È necessario evidenziare che per raggiungere l'irrinunciabile obiettivo del superamento delle forme più critiche e problematiche di contenzione, soprattutto quella meccanica, devono essere previsti idonei finanziamenti e risorse aggiuntive dedicate sia all'organizzazione dei servizi sia alla formazione continua del personale.

Rispetto agli aspetti organizzativi è indispensabile la disponibilità di risorse sufficienti in quanto è ampiamente considerato inaccettabile dalla letteratura scientifica sul tema che venga attuata la contenzione per ovviare alla scarsità di operatori in servizio, soprattutto nei turni più critici come le notti e i festivi.

Particolare importanza assume la formazione, che è uno strumento fondamentale per ampliare l'impiego di interventi appropriati, non traumatici e raccomandati dalle buone pratiche. I destinatari sono tutti gli operatori delle strutture sanitarie e sociosanitarie che prestano assistenza ai pazienti in condizioni sia acute sia croniche, quindi ospedali, strutture di riabilitazione e di lungodegenza, Rsa, comunità terapeutiche, ecc.

## Quando si ricorre alla contenzione meccanica

Dal punto di vista clinico si possono distinguere tre condizioni a cui è possibile ricondurre i casi che emergono dalla pratica assistenziale e terapeutica.

1. Paziente in condizioni acute, non collaborante, che non è in grado di esprimere né il consenso né il dissenso alle cure, come spesso accade in contesti di emergenza-urgenza, pronto soccorso, reparti di rianimazione, situazioni post-operatorie con pazienti in stato di alterazione di coscienza acuto e concomitante patologia organica grave che richiede un'assistenza ad alta intensità.

2. Paziente in condizioni croniche, non collaborante, che non è in grado di esprimere né il consenso né il dissenso alle cure, come spesso accade in contesti di riabilitazione e/o lungodegenza. Ciò si verifica soprattutto in ambienti extraospedalieri che assistono pazienti con disabilità intellettive e/o disturbi neurocognitivi. In tale ambito si verifica spesso un ulteriore specifico problema assistenziale costituito dal fenomeno del *wandering*, cioè un comportamento motorio erratico e poco organizzato che, tra gli altri rischi, comporta quello dell'allontanamento dalla struttura che, anche se non è intenzionale, può avere gravi conseguenze.

3. Paziente che rifiuta le cure e che, se vi sono le condizioni stabilite dalla legge 833/78, art. 34, può essere sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale il quale, sempre secondo la suddetta legge, può essere effettuato esclusivamente nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali.

In ogni caso si tratta di persone in condizione di fragilità verso le quali i medici hanno uno specifico obbligo deontologico sancito da un articolo del Codice di deontologia medica:

## Art. 32. Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili.

*Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.*

*Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.*

*Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.*

Si ricorda, inoltre, che nei confronti delle persone in condizione di incapacità legale e/o naturale la legge stabilisce un obbligo specifico di custodia.<sup>3</sup> Tale obbligo vale per tutti i cittadini e non ha una specificità sanitaria, ma si associa agli obblighi attribuiti agli operatori sanitari dalla posizione di garanzia.<sup>4</sup> ▲

## Bibliografia

<sup>1</sup> Determinazione dirigenziale sanità e welfare. Atto DD 21 ottobre 2020, n. 1223.

<sup>2</sup> Contenzione del paziente psichiatrico e sequestro di persona: l'antigiuridicità è esclusa (solo) entro i ristretti confini dello stato di necessità (caso Mastrogiovanni). Sentenza n. 50497 del 2018, della V Sezione penale della Corte di cassazione, che conclude il processo sulla morte di Francesco Mastrogiovanni.

<sup>3</sup> Art. 591 del Codice penale: "Abbandono di persone minori o incapaci", reato di pericolo e non di danno.

<sup>4</sup> Art. 40 del Codice penale: "Rapporto di causalità".