

## **Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica (21.02.2009)**

gruppo coordinato da Paolo F. Peloso

Il fatto di ricorrere o meno alla contenzione fisica - e il quanto e il come eventualmente vi si ricorre - rappresentano elementi determinanti e fondamentali della qualità dell'assistenza sanitaria in un determinato territorio: essi investono l'assistenza sanitaria in generale ma - in alcune aree come la medicina di emergenza, la salute mentale e la geriatria - il problema riveste maggiore importanza.

La frequenza e le modalità della contenzione, e il livello di discussione riguardo a tale problema, rappresentano inoltre un segno del ruolo che al rispetto della persona viene attribuito da parte degli operatori direttamente interessati, del sistema sanitario nel suo complesso e della società civile; ma anche dei diritti e delle garanzie concrete di cui gode la persona, nonché del modo in cui gli psichiatri e gli altri operatori impegnati nella gestione di una crisi, ai diversi livelli di responsabilità, interpretano la propria professionalità. Ricordiamo che per questa sua valenza, che trascende l'ambito strettamente tecnico, il tema è stato fatto recentemente oggetto di attenzione, tra l'altro, dal Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa (Niveau, 2004).

Il tema della contenzione ricorre poi, molto frequentemente, tra i problemi posti da utenti e familiari e dalle rispettive associazioni e riteniamo che una società scientifica non possa prescindere dalla necessità di prendere posizione e di dare indicazioni al riguardo. In questa direzione si sono mosse, per esempio, e pur in un contesto ancora caratterizzato dalla persistenza dell'ospedale psichiatrico, l'American Psychiatric Association (Tardiff, 1999) e il Royal College of Psychiatrists (1999).

Ricordiamo, per ragioni di carattere storico, che la pratica della contenzione è da molti anni oggetto di discussione tra gli psichiatri; nel 1856 John Conolly scrisse un volume di grande importanza dal titolo "Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi" e già nel 1904 al XII Congresso della nostra Società scientifica, tenutosi a Genova, Ernesto Belmondo - direttore del manicomio e titolare della cattedra di psichiatria a Padova - sostenne l'abolizione della contenzione fisica nei manicomi. In tale occasione venivano sottolineati i rischi di uno scivolamento inconsapevole verso l'abuso di questo strumento, dell'instaurarsi di cattive abitudini nello staff e veniva richiamata l'importanza di dare ascolto, su questa pratica, all'esperienza dei pazienti. Nel prendere posizione su una questione dibattuta già allora, Belmondo respingeva l'ipotesi che all'abolizione della contenzione fisica corrispondesse automaticamente un maggiore ricorso a quella che già veniva definita "camicia di forza chimica". Il successivo Regolamento applicativo della legge del 1904 (R.D. n. 615 del 16 agosto 1909) regolava la contenzione all'articolo 60 - che guardava all'abolizione dello strumento - e ne sottolineava il carattere di gravità ed eccezionalità: *«nei manicomi devono 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 e la durata del mezzo di coercizione»*.

Oggi la letteratura internazionale, a sua volta, conferma una preoccupazione rispetto all'uso della contenzione fisica, ne ribadisce il carattere di eccezionalità, concorda in genere sulla sua pertinenza alla potestà del medico e insiste sull'importanza di evitarla e prevenirne la necessità attraverso interventi formativi specifici sul rispetto del paziente e sulla gestione del comportamento violento. In Italia, la ricerca "ProgRes Acuti" ha evidenziato come il fenomeno della contenzione interessi un numero importante di

strutture per acuti; a questo proposito, sono presenti situazioni diversificate che è possibile, sostanzialmente, sintetizzare all'interno di tre tipologie:

- DSM che rifiutano a priori l'uso dello strumento della contenzione ("coordinamento degli SPDC che non legano");
- DSM che hanno messo in atto protocolli, attività formative e/o altri strumenti volti al monitoraggio, alla procedurizzazione e alla minimalizzazione della contenzione;
- DSM che non sembrano, almeno sul piano formale, avere assunto posizione rispetto a questo argomento.

Ciò premesso, si ritiene che una riflessione sulla contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche debba tenere conto di alcune considerazioni che riguardano:

1. *La necessità di conoscere.* Il fenomeno della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche rappresenta un tema importante di salute pubblica e dev'essere attentamente studiato e conosciuto attraverso un'attività di monitoraggio della quale le Amministrazioni Regionali dovrebbero farsi carico e che le Società Scientifiche e Associazioni a più diverso titolo interessate dovrebbero contribuire a promuovere. Solo la conoscenza dei dati reali rispetto a questo fenomeno potrà permettere di impostare le iniziative volte ad evitarlo su basi e con metodi di carattere scientifico. Ad oggi, sembrano esistere realtà nelle quali la contenzione viene praticata con relativa frequenza e altre nelle quali essa viene praticata del tutto raramente o non viene praticata affatto, ma non è possibile comprendere quanto questo dipenda da differenze relative alla tipologia di situazioni sulle quali si interviene e quanto, invece, da condizioni operative (per esempio, dal rapporto tra sistema sanitario nel suo complesso e luoghi e servizi psichiatrici, da qualità e quantità del personale o da aspetti logistici), da stili di lavoro, da abitudini e culture o dall'esistenza o meno di una riflessione sul tema tra i responsabili e nei gruppi di lavoro, nonché di iniziative attivamente volte a minimizzarne l'utilizzo.

2. *I luoghi.* Il problema della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche non riguarda solo i luoghi della psichiatria, ma può riguardare anche situazioni ad essi esterne quali trasporto in ambulanza, pronto soccorso, altri reparti ospedalieri, realtà residenziali esterne all'ospedale. Un tema particolarmente delicato sotto il profilo etico e tecnico - e particolarmente attuale nel momento del passaggio dell'assistenza penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale - è poi rappresentato dall'uso della contenzione in persone affette da condizioni psicopatologiche nei luoghi di reclusione, dove il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e motivazioni di carattere disciplinare è evidentemente più elevato e il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e trattamento di eventuali complicanze sanitarie può essere inferiore. Va da sé, tuttavia, che solo a partire da una pratica corretta nei riguardi della contenzione fisica all'interno dei propri luoghi, la psichiatria potrà esercitare un'influenza scientifica e culturale volta a minimizzarne l'utilizzo in tutti gli altri luoghi nei quali si può porre la necessità di gestire situazioni di comportamento violento in persone affette da condizioni psicopatologiche.

3. *Il rapporto tra il reparto e il DSM.* L'utilizzo della contenzione all'interno di un reparto psichiatrico non è questione interna al reparto, ma coinvolge tutto il DSM. Non è infrequente, infatti, che il provvedimento della contenzione intervenga prima, o durante, l'ingresso del paziente in ospedale o in reparto. E il modo in cui l'ingresso avviene è in stretta relazione, almeno nel caso dei pazienti in carico, con il fatto che il DSM si senta attivamente impegnato nel perseguire l'obiettivo del superamento dell'uso di strumenti di contenzione fisica nel reparto, evitando il più possibile - attraverso strategie di presa in carico efficace e di riduzione dei drop-out - il fatto che il paziente giunga in ospedale in condizioni di crisi di difficile gestione perché non è stato seguito con sufficiente continuità e tempestività; lavorando per promuovere il più possibile un carattere consensuale ai

trattamenti necessari; e garantendo ogni volta che sia possibile l'accompagnamento del paziente al pronto soccorso da parte di operatori a lui noti. Occorre tenere poi presente che il timore delle pratiche di contenzione contribuisce spesso a rendere più ostili o timorosi il paziente e/o i familiari rispetto alla proposta di ricovero formulata sul territorio.

4. *Le persone e la diagnosi.* Diagnosi clinica e altre caratteristiche personali del paziente non sembrano essere di per sé i determinanti assoluti di una maggiore probabilità di ricorso alla contenzione; alcune situazioni però, come in particolare una storia di atti violenti o la presenza di deficit cognitivi che rendano più problematica la comunicazione, o la comorbidità con uso di sostanze, devono essere considerate fattori di rischio per la violenza e per la percezione - in termini di particolare pericolo - di eventuali atteggiamenti minacciosi del paziente da parte dello staff. Particolare attenzione, perciò, occorrerebbe dedicare alla formazione dello staff nella gestione di queste situazioni.

5. *Gli obiettivi.* L'obiettivo di evitare la contenzione fisica in un reparto rappresenta una condizione in grado di favorire in modo determinante la serenità dei pazienti (che possono anche essere turbati e avviliti dal fatto di essere testimoni, e non solo oggetto, dell'applicazione di questa misura), dei familiari e degli operatori, nonché la buona qualità delle relazioni tra di essi, oltre a migliorare l'immagine del paziente psichiatrico e della stessa disciplina psichiatrica: il paziente cesserà di essere per l'opinione pubblica un "matto da legare" e lo psichiatra di essere "il medico che lega".

5. *Le modalità di conseguimento dell'obiettivo di evitare la contenzione fisica.* Evitare la contenzione fisica in un reparto di psichiatria è un obiettivo ambizioso, che si può raggiungere solo se esso è formalmente assunto dal DSM e dal singolo reparto come un obiettivo centrale nella propria offerta di cura. Coerentemente con questo obiettivo, è necessario che il DSM si impegni a garantire un'offerta psichiatrica di elevata qualità tecnica e scientifica, capace in particolare di un'attiva e continua formazione sui temi dei diritti dei pazienti, dell'ascolto della voce loro e dei familiari, della gestione del rischio, della gestione in particolare della crisi e della capacità di padroneggiare le proprie emozioni e i propri impulsi al controagito da parte di tutto il personale. Ricordiamo che in molte situazioni sono stati proposti protocolli per la gestione il più possibile atraumatica del rischio di violenza, e questo tema è stato tra l'altro fatto oggetto di una Raccomandazione da parte del Ministero della Salute (n. 8, novembre 2007).

6. *Le garanzie di base.* La situazione attuale è tale da rendere poco realistico ragionare come se l'obiettivo di evitare la pratica della contenzione fisica potesse essere immediatamente e ovunque raggiunto in modo completo; ciò rende perciò necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori. Queste garanzie devono riguardare, in particolare, il fatto che:

- A. nessuno possa essere sottoposto alla contenzione fisica per motivi diversi dall'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente. La letteratura internazionale, infatti, tende a concordare esclusivamente su questa possibile giustificazione e ad escludere invece esplicitamente quelle relative al perseguimento di obiettivi di carattere pedagogico o punitivo;
- B. si ponga il massimo impegno perché siano rimosse nei reparti di psichiatria tutte le situazioni di ingiustificata restrizione della libertà personale (difficoltà di accedere al colloquio col personale, al telefono, regolazione eccessivamente restrittiva delle visite dei parenti, della possibilità di fumare, ecc.), che sono talora all'origine di situazioni di attrito e di tensione evitabili tra il paziente e lo staff e possono determinare condizioni di reazione del paziente tali da rendere più probabile l'adozione di provvedimenti di contenzione;

- C. in ogni reparto siano garantite condizioni logistiche e di organico e siano disponibili specifici protocolli e formazione, perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale;
- D. prima di giungere alla contenzione siano sempre attivati in modo tempestivo tutti gli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici utili al contenimento della crisi, per la cui tempestiva attuazione è necessaria una specifica formazione degli psichiatri e degli altri operatori;
- E. nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto, o essere immobilizzata in altre situazioni di costrizione, senza che il fatto sia reso pubblico e trasparente attraverso un minuzioso resoconto di tutto quanto accade nella cartella clinica e un monitoraggio periodico di questi eventi da parte del DSM e del Servizio Sanitario Regionale;
- F. siano evitati in particolare, nel corso del blocco fisico o della contenzione, atti che possano essere pericolosi sotto il profilo sanitario o che possano essere vissuti come particolarmente angoscianti dalla persona che ne è oggetto;
- G. siano sempre spiegate - contemporaneamente alla contenzione al paziente - le ragioni e il carattere sanitario e non punitivo del provvedimento e venga utilizzato ogni strumento comunicativo utile a rasserenare e a tranquillizzare la persona che ne è oggetto; dopo che il provvedimento ha avuto termine, esso sia ridiscusso con il paziente, con gli altri pazienti eventualmente coinvolti come testimoni, con i familiari e all'interno dello staff, chiamato a fare di questo episodio di temporaneo fallimento un'occasione di crescita professionale perché situazioni analoghe possano essere gestite nel futuro senza giungere alla contenzione;
- H. nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto senza che ci si adoperi con ogni mezzo per aiutarla a sopportare nel modo per lei più confortevole e dignitoso questa condizione dolorosa sotto il profilo emotivo e, potenzialmente, pericolosa; siano stabiliti con chiara certezza e resi pubblici i tempi massimi entro i quali ci si impegna al fatto che il paziente sia periodicamente sottoposto a controllo infermieristico e visita medica; gli siano offerti acqua, cibo e possibilità di muovere gli arti, nonché l'opportunità di espletare le proprie funzioni fisiologiche nel modo il più possibile confortevole e dignitoso;
- I. dal momento che casi di gravi danni alla salute - fino alla morte del paziente durante la contenzione - sono segnalati nella cronaca e nella letteratura scientifica, in particolare in soggetti anziani (Mohsenian e coll., 2002) intossicati o portatori di problemi di carattere medico, particolare attenzione deve essere dedicata all'attivazione di tutti quei presidi sanitari necessari ad evitare che la contenzione possa dare luogo a complicanze fisiche di natura ortopedica, vascolare o neurologica o ad altre conseguenze negative per la salute del paziente e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione;
- J. in nessun caso la contenzione possa essere protratta oltre il tempo strettamente indispensabile in riferimento al rischio di aggressione imminente e siano esplicitamente definiti i tempi massimi nei quali la permanenza della condizione che ha portato alla contenzione sarà di volta in volta verificata perché la contenzione possa essere il più presto possibile interrotta;
- K. appare infine auspicabile che siano previsti in modo esplicito i tempi oltre i quali la permanenza della contenzione che tende a prolungarsi in modo particolarmente significativo dovrà essere supervisionata da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del reparto (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM).

## Bibliografia essenziale:

- AA.VV: *SPDC aperti e senza contenzioni*, Fogli d'Informazione, 203 (numero monografico), 2005.
- AA.VV: *La contenzione in psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 130, 3 (numero monografico), 2006.
- Agrimi E, Spinogatti F: *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, Roma, CIC, 2005.
- Begin S: *Isolement et contentions: revue de littérature et focus sur leur impacts et les normes qui les régissent*, Can J Psychiatry, 36, 752-759, 1991.
- Belmondo E (1904): *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint - isolamento - osservazione*, VI seduta, V tema generale, 20 ottobre pom., Atti del XII Congresso della Società Freniatrica Italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 31, 1905, pp. 254-285.
- Benevelli L: *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca*, Il reo e il folle, 155-180, 2000.
- Catanesi R, Ferrannini L, Peloso PF (eds.): *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffré, 2006.
- Castiglioni R, Flores A: *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, Riv Sper Freniatr, 111, 137-146, 1987.
- Conolly J: *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Torino, Einaudi, 1976.
- Donat D: *An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital*, Psychiatric Services 54, 1119-1123, 2003.
- Fisher WA: *Restraint and seclusion: a review of literature*, Am J Psychiatry, 151, 1584-1591, 1994.
- Flores A, Magni L, Salteri A: *I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata*, Psichiatria Oggi, 7, 47-49, 1994.
- Hyman SE: *Manuale delle emergenze psichiatriche (1988)*, Milano, Mc Graw Hill, 1990.
- Mohsenian C et al: *Deaths due to mechanic restraint*, Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 35, 4, 2002.
- Niveau G: *Preventing human rights abuse in psychiatric establishments: the work of the CPT*, European Psychiatry, 19, 146-154, 2004.
- Royal College of Psychiatrists: *Il trattamento della violenza imminente. Linee guida per la pratica clinica*, Roma, CIC, 1998.
- Spinogatti F, Agrimi E: *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi*, Quaderni Italiani di Psichiatria, 24, 43-51, 2005.
- Sullivan AM et al: *Reducing restraint: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient*, Psychiatric Quarterly, 76, 51-65, 2005.
- Tardiff K: *Violenza*, In: Hales, Yudofsky, Talbott (eds): *Psichiatria*, Torino, CSE, 1403-1426, 1999.
- Tartaglione S: *Approccio al paziente violento*, Riv Sper Freniatr, 118, 4, 581-590, 1994.
- Tartaglione S: *ViolentaMente*, Tirreni, Ed. del Cerro, 1999.