

Martina Bertoni

La contenzione nelle Case Residenza per Anziani.

Restraint in Care Homes for the People.

ABSTRACT: Il lavoro analizza la contenzione nelle Case Residenza per Anziani, approfondendone evoluzione, tipologie e implicazioni etiche, deontologiche e giuridiche. Attenzione è rivolta al quadro normativo e al Comitato Nazionale per la Bioetica, che la considera pratica eccezionale e potenzialmente lesiva della dignità. Dall'analisi dei contesti organizzativi emerge la necessità di superare modelli standardizzati, valorizzando il ruolo dell'educatore nella prevenzione.

ABSTRACT: This study examines the use of restraints in rest homes, exploring their evolution, along with their types and ethical, professional and legal implications. It reviews the regulatory framework and the position of the Italian National Bioethics Committee, which identify restraint as an exceptional measure that can compromise personal dignity. An analysis of organizational contexts highlights the need to move beyond standardized models and emphasizes the role of the caregiver in prevention.

SOMMARIO: Introduzione - 1. Destinatari delle contenzioni e diverse tipologie di contenzione - 2. Implicazioni deontologiche secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica - 3. Le Case Residenza per Anziani (CRA) - 4. L'equipe multidisciplinare in CRA e il PAI - 5. Carta Europea dei diritti del malato - 6. La figura dell'educatore all'interno delle Case Residenza per Anziani - Bibliografia

Introduzione

«Con contenzione (dal latino contentio -onis, derivato di contenere «contenere») si intende l'atto, il fatto di contenere, nel senso di comprimere, di immobilizzare [...]. In passato, nelle istituzioni psichiatriche e in particolare negli ospedali psichiatrici giudiziari, mezzo di contenzione è qualsiasi apparecchiatura (fascia, cinghia, corsetto, camicia, letto) usta per limitare i movimenti delle persone agitate» (Treccani, G., 2010).

La definizione di contenzione si è modificata nel tempo, passando attraverso diversi periodi storici. Nel 1922 la *Health Care Financing Administration* definisce la contenzione come

«ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parte del proprio corpo» (Mislej & L., 2018, p. 48-49).

Dal 2006, anno in cui il Comitato Nazionale italiano per la Bioetica definisce la contenzione come «la limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo», si pone al centro della discussione la necessaria differenziazione delle pratiche di contenzione da quelle di corretta postura della persona.

Questo al fine di evitare che l'obiettivo di correzione della postura diventi un alibi per l'utilizzo di mezzi di contenzione inappropriati. Successivamente, nel 2015, sempre il Comitato Nazionale della Bioetica stilerà un documento che definisce in maniera ancor più netta la contenzione come la pratica di legare i pazienti con l'uso della forza e contro la loro volontà.

In generale, è ormai pensiero comune che l'attivazione ed il ricorso alla contenzione debbano essere ritenuti da parte di qualsiasi equipe multidisciplinare come un insuccesso: contenere una persona significa limitare la mobilità ed il diritto di autodeterminazione (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007).

Il più elementare dei diritti, secondo l'Art.13 della Costituzione italiana, afferma che

«la libertà personale è inviolabile, non è ammessa alcuna forma di detenzione, d'ispezione o perquisizione personale e qualsiasi altra restrizione della libertà personale se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge» (Mislej & Bicego, 2007, p. 29).

Anche il Codice di Deontologia Medica del 2014, nell' Art.18 afferma che

«i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona» (Codice di Deontologia Medica, 2017, p. 6).

1. Destinatari delle contenzioni e diverse tipologie di contenzione

Nelle Case Residenza per Anziani i soggetti più sottoposti a pratiche di contenzione sono coloro che manifestano patologie e/o disturbi del comportamento, quali ad esempio (Mislej & Bicego, Contro la contenzione, 2018):

- persone ad elevato rischio di caduta,
- persone adite al vagabondaggio,
- persone con agitazione psicomotoria,
- persone con deficit o handicap cognitivi,
- persone colpite da demenza.

Le contenzioni, quando vengono attivate o applicate, vengono di sovente giustificate da parte dell'equipe multidisciplinare con la motivazione di tutelare la persona. La realtà è che spesso tali pratiche finiscono per diventare uno strumento di tutela di chi le applica, a scapito della libertà di movimento e di azione della persona che la subisce e che da esse viene limitata. Frequente conseguenza di tali pratiche è il peggioramento dei disturbi del comportamento e l'aumento dell'aggressività. Si tratta infatti di prassi diffuse capillarmente e tollerate in quanto abituali, ma di cui è necessario riconoscere la gravità e le conseguenze (Longhi, 2021).

Proprio per questo l'applicazione di una misura di contenzione dovrà essere considerata un'*extrema ratio*, una decisione da prendere quando ogni altra alternativa terapeutica è stata testata e ogni tentativo di prevenzione si è rivelato essere infruttuoso (Roccon, 2020, p. 142).

Per tali ragioni, considerati i rischi e i diritti della persona in gioco, la prescrizione medica resta un elemento necessario e fondamentale per l'attivazione e applicazione di qualsiasi mezzo di contenzione. Essa dovrà specificare la tipologia di strumento di contenzione prescritto, la modalità di utilizzo con i relativi tempi e frequenza e soprattutto dovrà indicare la motivazione che ha portato alla decisione di applicarla. Sarà dunque sempre necessario lasciare traccia documentale di tutte quelle strategie che sono state proposte e testate prima di arrivare alla decisione di contenere una persona.

Seguendo questa logica, l'applicazione di un mezzo di contenzione non deve mai essere considerato un processo statico e automatico, ma è un imperativo deontologico che esso sia soggetto a verifiche e valutazioni periodiche, finalizzate a monitorarne l'utilizzo e le conseguenze durante il periodo di applicazione.

Conosciamo in letteratura diverse tipologie di contenzione: fisica, meccanica, farmacologica, ambientale e sociale.

La *contenzione fisica* consiste nell'immobilizzazione e nel controllo del corpo della persona attraverso quello del personale che la mette in pratica. Deve certamente essere considerata una pratica eccezionale e da attuare solo nel caso in cui altri tentativi documentati (come quelli ambientali, psicologici e di comunicazione) non abbiano portato ai risultati sperati.

È un'azione che prevede innanzitutto il riconoscimento dei bisogni della persona, i quali variano a seconda del soggetto stesso, della cultura e del contesto in cui si trova. Si fa, infatti, riferimento a diverse tipologie di bisogni come quelli fisici, quindi di salute e cura del corpo; i bisogni emotivi e psicologici che comprendono la necessità di sentirsi al sicuro, di sentirsi di appartenere a qualcosa, di amore, di stima e di rispetto; e infine i bisogni sociali e culturali, quindi di interagire e comunicare con gli altri sentendosi parte di un gruppo nel quale poter anche esprimere la propria personalità e creatività.

In secondo luogo è anche un'azione che associa all'obiettivo primario di proteggere l'utente quello di tutelare chi lo circonda da potenziali rischi derivati da un'agitazione psico-motoria. Tale pratica può assumere una declinazione aspra o dura ma mantiene, più delle altre, una natura di *cura* della persona, in quanto caratterizzata da un interessamento specifico riferito ai reali bisogni dell'individuo (Mislej & Bicego, *Contro la contenzione*, 2018).

La *contenzione fisica* è infatti considerata, per la sua valenza affettiva, di rassicurazione e di protezione, una *relazione di cura*, utile alla persona per superare momenti di crisi, mantenendo però sempre salda la centralità del soggetto che ne è destinatario.

La *contenzione meccanica*, invece, è un atto che prevede il ricorso ad ausili come sponde per il letto, fasce addominali o pelviche da utilizzare su sedie e poltrone, fasce da utilizzare nei letti, tavolini servitori fissi, cunei o divaricatori da applicare a carrozzine o corpetti con bretelle. Questi, insieme a polsiere e cavigliere, sono gli ausili maggiormente utilizzati all'interno delle Case Residenza per Anziani.

È evidente che tali pratiche sono ben diverse da quelle messe in campo durante una contenzione di tipo fisico. In primis, il ricorso frequente a questo *modus operandi*, oltre a limitare la libertà e l'autodeterminazione della persona, espone anche a ulteriori rischi come la sindrome da immobilizzazione, l'umiliazione, l'incontinenza e l'isolamento (Mislej & Bicego, *Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, 2007).

Un altro aspetto da non sottovalutare è la falsa credenza secondo cui se una persona viene contenuta a causa di un'agitazione psico-motoria (a cui il personale, apparentemente, non riesce a far fronte) allora sarà meno soggetta a un rischio cadute.

In realtà frequentemente non è così: l'utilizzo delle contenzioni meccaniche, a cui viene erroneamente delegato l'intera gestione del problema, spesso porta all'abbandono della persona a sé stessa, con un aumento dell'agitazione psico-motoria e, di conseguenza, un peggioramento del problema.

Vi è poi la diffusa convinzione che la contenzione meccanica sia un atto medico-sanitario e che, quindi, in quanto tale debba essere adeguatamente protocollato con una modulistica adeguata e soggetto a controlli accurati da parte del personale; ma la sensazione è che si tratti di «pratiche fino a ieri esercitate in sordina, di nascosto o comunque consapevolmente non degne che vengono rilegittimate da regolamento, protocolli, definizioni pseudoscientifiche, giustificazioni etiche» (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007, p. 11).

Nelle Case Residenza per Anziani lo strumento al quale si ricorre più frequentemente sono le sponde da letto; questo perché, erroneamente, si pensa che la mancanza di personale possa essere rimediata attraverso l'attivazione e l'applicazione di un mezzo di contenzione. Di notte, infatti, il personale è numericamente inferiore rispetto alle ore diurne: questo porta all'applicazione delle suddette sponde da letto come mezzo di contrasto all'insorgenza di possibili problematiche che potrebbero scaturire dalla libertà della persona parzialmente non autosufficiente o completamente non autosufficiente.

A proposito della contenzione meccanica è stata compiuta un'analisi sulle otto CRA gestite della Cooperativa Sociale Gulliver di Modena tenendo conto che, seppur gestite dalla stessa cooperativa, ognuna ha le proprie peculiarità e modalità di gestione dei processi - come per esempio il numero di utenti che vengono ospitati, la presenza o meno di nuclei specialistici e le modalità di informazione ai caregiver e agli ospiti stessi dell'applicazione di un mezzo di contenzione. (Bertoni, 2025)

Dai dati emerge che il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato è quello delle sponde da letto, mentre gli altri strumenti come cinture addominali, cinture pelviche, divaricatori e corpetti presentano un impiego molto più limitato e variabile tra i servizi.

Presidi come polsiere e tavolini fissi invece non risultano praticamente utilizzati. L'uso delle cinture è generalmente contenuto e ricorre solo in specifiche situazioni assistenziali.

Nel complesso, i dati suggeriscono che le CRA gestite dalla Cooperativa Sociale Gulliver adottano principalmente forse di contenzione considerate standard (come le sponde), mentre fanno un uso più marginale e selettivo di altri dispositivi.

La *contenzione farmacologica* è l'atto di ricorrere a farmaci o psicofarmaci con l'intento di contenere e/o limitare il comportamento di una persona. È una forma di

contenzione molto rischiosa in quanto, oltre a limitare la libertà della persona da un punto di vista etico e a comprometterne la dignità, può portare anche all'inibizione delle capacità motorie e di reazione.

Per riferimento alla contenzione farmacologica, si parla frequentemente di pratica *impropria* proprio perché questa spesso non è giustificata da una reale necessità terapeutica, ma viene impiegata come forma di controllo (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007). È inoltre vista come una alternativa alla contenzione meccanica, in quanto è idonea al raggiungimento dei medesimi risultati in termini di controllo e limitazione dei movimenti senza però la necessità di ricorrere agli strumenti propri della contenzione meccanica (Roccon, 2020).

Da ultimo, la *contenzione ambientale e/o sociale*

«consiste nella mancata disponibilità di accedere a diversi spazi della struttura, è separazione, allontanamento dal mondo esterno, è il non poter uscire più, né in autonomia, né accompagnati» (Mislej & Bicego, Contro la contenzione, 2018, p. 50).

Questa forma di contenzione ha come ambito di applicazione l'ambiente circostante la persona, che può venire modificato al fine di limitare la possibilità di movimento del soggetto circoscrivendo un determinato ambiente (ad esempio attraverso barriere come muri o porte). Anche la contenzione ambientale è un atto estremamente rischioso, non solamente dal punto di vista etico, ma anche giuridico: così come le altre contenzioni, anche l'applicazione di questa tipologia dev'essere limitata allo stretto necessario per preservare il più possibile la libertà individuale, la dignità e l'autodeterminazione del soggetto.

2. Implicazioni deontologiche secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica

Il tema della contenzione meccanica nei contesti socio-sanitari rappresenta una questione estremamente complessa e delicata dal punto di vista etico, giuridico e assistenziale. In particolare, quando facciamo riferimento alle Case Residenza per Anziani, emerge la necessità di riflettere sul bilanciamento tra sicurezza, cure e rispetto della dignità e dell'autodeterminazione del soggetto.

A tal proposito, il Comitato Nazionale per la Bioetica, il 23 aprile 2015 ha approvato il documento *La contenzione: problemi bioetici*, che rappresenta una chiara presa di posizione contro l'uso della contenzione meccanica - considerata non solo una pratica eticamente discutibile, ma anche spesso priva di reale efficacia terapeutica (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015). La contenzione, secondo il documento, non dovrebbe mai essere considerata una pratica ordinaria, ma semmai una misura

eccezionale, giustificabile solo in casi di grave pericolo attuale per la personale o per altri e per un tempo strettamente limitato (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015, p. 5-6).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica sottolinea come il ricorso alla contenzione nelle Case Residenza per Anziani sia spesso dettato da ragioni organizzative, come la carenza di personale o la necessità di una sorveglianza continua da parte del personale in servizio, piuttosto che da reali urgenze. È quindi necessario rimettere al centro quelle che sono le buone prassi di cura della persona, adottando un modello incentrato sulla relazione con il soggetto, investendo sulla formazione del personale e il potenziamento dei servizi territoriali, e promuovendo infine una presa in carico più personalizzata per ogni persona.

L'analisi di questo documento intende dunque offrire una diversa prospettiva rispetto al tema della contenzione, fornendo un quadro teorico e normativo di riferimento per valutare la contenzione nelle Case Residenza per Anziani. Il Comitato Nazionale della Bioetica non solo mette in discussione l'appropriatezza della contenzione, ma tramite questo documento apre anche la strada a possibili alternative praticabili e fondate su una nuova e corretta visione della cura.

Il documento si inserisce in una prospettiva di riflessione più ampia rispetto al valore della dignità umana nei contesti di cura, e ribadisce che la contenzione è una pratica lesiva della persona: del tutto incompatibile con i concetti di autonomia, giustizia e autodeterminazione. Sempre secondo il Comitato, il rispetto dell'autonomia di un soggetto non può essere sospeso nemmeno in casi di disorientamento e aggressività.

Anzi, è proprio in questi momenti che si rende ancor più necessario rafforzare strategie relazionali evitando di scivolare in interventi coercitivi. Contenere, infatti, può produrre effetti psichici duraturi sui soggetti, come ansia, senso di umiliazione, regressione, rabbia o sfiducia del personale, oltre che essere clinicamente dannoso. Si ha infatti evidenza che vi è un aumento di rischio di comportamenti autolesivi o aggressivi, come anche del senso di disorientamento, ed un peggioramento della prognosi stessa del soggetto, soprattutto se si ha a che fare con persone con deterioramento cognitivo. Si dimostra quindi che contenere non previene le cadute ma che, anzi, può causare lesioni, complicanze cardiovascolari, depressione e demotivazione.

La vera cura, pertanto, si fonda sul coinvolgimento del paziente, sull'ascolto e sulla co-costruzione del percorso terapeutico attraverso un'alleanza tra soggetto ed equipe multidisciplinare; partendo però dal presupposto che non è eticamente corretto sacrificare la libertà della persona in nome del suo presunto bene (Comitato Nazionale

per la Bioetica, 2015). Il rischio clinico va quindi affrontato con strategie preventive e personalizzate.

La questione normativa, invece, rappresenta uno dei punti più problematici della questione, in quanto attraverso il documento redatto dal Comitato Nazionale per la Bioetica si rende noto che tutt'oggi non esiste una normativa specifica che disciplini in modo chiaro e puntuale l'utilizzo delle contenzioni all'interno delle strutture socio-sanitarie. In particolare, il documento fa riferimento all'Art. 13 della Costituzione Italiana, che sancisce l'inviolabilità della libertà personali e impone che ogni limitazione sia disposta nei soli casi e modi previsti dalla legge; e all'Art. 32, che tutela il diritto alla salute e stabilisce che nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto della persona umana.

Il ricorso alla contenzione resta quindi un atto giuridicamente discutibile e potenzialmente sanzionabile, soprattutto se attuato in modo sistematico, prolungato e non documentato; a tal proposito il Codice Penale sancisce che l'utilizzo di un mezzo di contenzione, in sede giudiziaria, può essere interpretato come violenza privata (Art.610), sequestro di persona (Art.605) o può essere inteso come lesione personale (Art.582).

Il Comitato conclude che l'unica possibilità di ammissibilità di utilizzo della contenzione si debba presentare proprio in casi di pericolo imminente, sempre a condizione che non esistano alternative meno invasive e a condizione che venga fornita un'adeguata documentazione clinica e giuridica. Il tutto, a riprova del fatto che sono state messe in campo altre strategie prima di ricorrere alla decisione di contenere.

Nelle Case Residenza per Anziani, nello specifico, le strategie che più spesso vengono messe in campo sono la riorganizzazione degli spazi laddove sia necessario e possibile, la riduzione degli stimoli disturbanti, l'attività personalizzata e significativa per la persona stessa sulla base anche della propria storia di vita e la valutazione multidimensionale personalizzata.

Per quanto riguarda la contenzione utilizzata sugli anziani, in particolar modo all'interno delle Case Residenza per Anziani, il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica rileva come questa pratica sia frequente e spesso normalizzata, anche in assenza di effettiva pericolosità.

Essendo gli anziani soggetti in condizione di estrema vulnerabilità, è evidente che l'atto di contenimento risulta essere un trattamento estremamente lesivo della dignità del soggetto, e di conseguenza una vera e propria violenza istituzionale. Il fatto che una persona non sia pienamente in grado, o non lo sia per nulla, di esprimere consenso, non dovrebbe infatti autorizzare l'adozione automatica di misure

contenitive, ma dovrebbe imporre una maggiore responsabilità morale e professionale da parte del personale che opera nelle Case Residenza per Anziani.

Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica ribadisce che l'uso della contenzione negli anziani non può mai essere considerata una prassi normalizzata, ma che si tratta invece di una decisione che coinvolge la responsabilità deontologica dell'équipe. Propone l'introduzione di registri ufficiali della contenzione con una funzione di controllo, che serva a stimolare il miglioramento dei servizi e modelli organizzativi alternativi.

L'obiettivo, infatti, non è solo ridurre o eliminare i mezzi di contenzione, ma personalizzare gli interventi mettendo al centro la persona. A tal proposito, una proposta portata sempre dal Comitato è quella di inserire il superamento della contenzione tra i criteri di valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari: questa logica si ispira a modelli già in uso in altri Paesi europei, come la Germania e i Paesi Bassi, dove i servizi vengono considerati liberi da contenzioni.

Inoltre, la formazione del personale che lavora all'interno delle Case Residenza per Anziani, dovrebbe comprendere tecniche di gestione di anziani con disturbi del comportamento e promozione di una comunicazione empatica portando anche casi clinici già realizzati in ambito nazionale ed internazionale (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015).

A oggi, nelle Case Residenza per Anziani, la contenzione risulta essere ancora ampiamente diffusa e vi è, quindi, necessità di una ridefinizione del modello assistenziale verso pratiche di cura della persona che si basi sui seguenti pilastri:

- ambienti costruiti secondo principi di architettura relazionale;
- aumento del rapporto numerico tra personale ed ospiti;
- valorizzazione delle attività occupazionali, sociali e relazionali;
- coinvolgimento del caregiver nella definizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

In conclusione, si rileva come il Comitato Nazionale per la Bioetica abbia messo in luce con chiarezza la complessità etica, giuridica ed assistenziale che accompagna l'utilizzo della contenzione nei servizi socio-sanitari, non solamente in una logica di superamento progressivo della contenzione come pratica, ma come pensiero appartenente al concetto di cura.

3. Le Case Residenza per Anziani (CRA)

Ormai da diverso tempo ci troviamo davanti a soggetti destinatari di bisogni che si differenziano maggiormente rispetto al passato. Ciò che accomuna tutti i soggetti che hanno necessità di usufruire di servizi di accoglienza sono infatti una maggiore fragilità e vulnerabilità, caratteristiche che compaiono non solo negli anziani ma anche negli adulti in determinati momenti della vita (Saiani & Mortari, 2021).

Tra le strutture di accoglienza, le Case Residenza per Anziani (CRA) sono tendenzialmente dedicate a persona anziane non autosufficienti che prevedono una permanenza per tempi medio-lunghi. L'accesso alle strutture è veicolato da una preliminare valutazione da parte dell'Unità di valutazione geriatrica del Distretto di riferimento, un'equipe multidisciplinare composta da un geriatra, un infermiere e un assistente sociale.

Le Case Residenza per Anziani non accolgono però solamente anziani non autosufficienti o con un'elevata necessità di assistenza di base, ma possono ospitare anche adulti con gravi disabilità congenite o acquisite. All'interno di questi luoghi sono infatti presenti anche nuclei specializzati per l'accoglienza e la gestione di persone con disabilità e dei loro caregiver (Salute Regione Emilia-Romagna, 2025).

Oltre alle Case Residenza per Anziani, possiamo trovare sul nostro territorio anche le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), luoghi che offrono percorsi di cura sia assistenziale che sanitaria - quest'ultima a un livello più alto rispetto ad una Casa Residenza per Anziani. Sono infatti strutture destinate a soggetti con necessità e bisogni sanitari più complessi come gravi patologie o disabilità acquisite e non, con gravi malattie neurologiche, anziani non autosufficienti che necessitano assistenza continua o con disturbi cognitivo-comportamentali gravi.

Ciò che dovrebbe accomunare ogni tipo di Residenza per soggetti anziani dovrebbe essere un approccio bio-psico sociale che consideri quindi la persona nella sua totalità senza scorporarla in aree - integrando quindi fattori biologici, psicologici e sociali.

Nonostante la contenzione fisica sia frequentemente utilizzata nei contesti residenziali per anziani con la finalità di prevenire eventi avversi, quali cadute, e di controllare comportamenti della persona ritenuti pericolosi per sé stessa e/o per gli altri, le attuali evidenze scientifiche non ne supportano l'efficacia, ma al contrario contestano la sicurezza di questa pratica e ne problematizzano i risvolti etici, deontologici e legali (Saiani & Mortari, 2021, p. 97).

La carenza di risorse umane all'interno delle strutture è una delle più diffuse giustificazioni per cui si decide l'applicazione di un mezzo di contenzione, tentando

così di colmare limiti che inevitabilmente si prospettano rispetto all'assistenza e alla cura delle persone. Dovendo però sempre evitare di considerare le pratiche di contenzione un'alternativa di gestione o di tutela della persona, ma invece soluzioni temporanee e necessariamente reversibili, da adottare come *extrema ratio*, è fondamentale che l'equipe multidisciplinare si adoperi nel progettare piani e processi da attivare quando si è di fronte a disturbi comportamentali.

L'educatore si pone quindi come figura chiave e di "collante" tra le varie realtà operanti all'interno di una Casa Residenza per Anziani, sulla quale poter investire al fine di personalizzare ed individualizzare gli obiettivi postisi, con approcci e modalità di lavoro da ritenersi integranti (e quindi da integrare) con quelli dei restanti membri dell'equipe.

4. L'equipe multidisciplinare in CRA e il PAI

La presa in carico di un soggetto in una Casa Residenza per Anziani richiede un approccio sempre più integrato da parte dei membri dell'equipe che la compongono. L'equipe multidisciplinare è generalmente così composta:

- medico di struttura referente, che garantisce una supervisione clinica rispetto alle persone che la abitano;
- infermiere, che gestisce, valutano e monitorano le condizioni sanitarie ed attuano poi le prescrizioni mediche;
- responsabile delle Attività Sanitarie (RAS), che coordina il lavoro e le attività svolte dagli infermieri;
- operatore socio-sanitario (OSS), che si occupa dell'assistenza di base e dell'aspetto relazionale;
- responsabile delle Attività Assistenziali (RAA), che coordina il lavoro degli OSS ed intrattiene i rapporti con i caregiver;
- fisioterapista, opera in un'ottica di mantenimento o miglioramento delle capacità motorie e di prevenzione delle cadute;
- educatore/animatore, che promuove attività mirate e personalizzate;
- coordinatore di struttura, che garantisce la collaborazione tra le diverse figure.

L'approccio valutativo multidimensionale, il lavoro in equipe multidisciplinari e la costruzione dei progetti assistenziali individualizzati rappresentano il cuore dell'integrazione. Si tratta di metodi e strumenti che consentono di pensare, valutare e progettare insieme, di evidenziare le risorse necessarie in un'ottica di razionalizzazione e di assumere la co-responsabilità dei risultati tra attori istituzionali, persona e famiglia

(Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007, p. 72).

Osservare i comportamenti e le reazioni di un soggetto è un aspetto fondamentale nel processo decisionale di attivazione/applicazione di un mezzo di contenzione di qualsivoglia tipologia. È proprio attraverso le segnalazioni che vengono rese note che l'educatore può pensare e proporre attività sempre più personalizzate e in linea con l'indole e la storia di vita della persona.

È un approccio che permette di sostenere e far fronte alle esigenze della persona in modo integrato, partendo dal presupposto che ogni soggetto è diverso dall'altro ed è quindi necessario mettere al centro la persona costruendo attorno alla stessa un progetto conoscendone la storia di vita, le abitudini e le peculiarità, garantendo così pratiche di cura e di assistenza maggiormente personalizzate al fine di favorire così il benessere fisico, psicologico e sociale. In questo modo, infatti, è possibile tenere in considerazione la persona secondo vari aspetti, come quello clinico, funzionale (quindi quelle che sono le autonomie di base), cognitivo, psicologico e dell'umore, sociale, nutrizionale, riconoscendo anche quelli che sono gli interessi del soggetto.

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è lo strumento che viene redatto da parte dell'equipe multidisciplinare per ogni ospite, all'interno del quale sono delineati gli interventi personalizzati che vengono messi in campo per la persona. Attraverso questo strumento è possibile monitorare l'andamento del progetto ed è opportuno che venga rivalutato almeno una volta ogni 6 mesi - e ogni volta che la situazione del soggetto si modifica. È anche lo strumento nel quale si dovrebbe trovare un riscontro storico di tutti gli interventi che sono stati messi in atto nel tempo a supporto della persona (Castaldo, 2013).

Un aspetto centrale del Piano Assistenziale Individualizzato è quello della condivisione: si tratta di un documento che viene redatto a fini organizzativi ma anche, e soprattutto, per essere condiviso con la persona stessa, il caregiver che maggiormente se ne prende cura o l'Amministratore di Sostegno: l'alleanza terapeutica è infatti fondamentale per la buona riuscita di un progetto.

La standardizzazione dei processi non è mai una cosa positiva in quanto può portare a meccanismi di difesa per cui anche il lavoratore stesso reagisce facendosi scudo con azioni rigide nei confronti degli ospiti e può portarlo inoltre a disaffezionarsi al lavoro, investendo sempre meno sullo stesso (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007).

5. Carta Europea dei diritti del malato

La Carta europea dei diritti del malato è stata redatta nel 2002 e stabilisce i 14 diritti fondamentali riconosciuti a livello europeo – è stata presentata per la prima volta a Bruxelles il 15 novembre dello stesso anno (Active Citizenship Network, 2002). Di seguito vengono riportati tali articoli, collegati direttamente al tema della contenzione delle Case Residenza per Anziani:

1. *Diritto a misure preventive*, in un'ottica per cui ogni soggetto ha diritto ad avere accesso a interventi volti a evitare l'aggravarsi delle proprie condizioni di salute, così come a prevenire anche eventi futuri. In generale, all'interno delle CRA questo diritto pone l'accento sulla *necessità di incontri educativi* che promuovano l'importanza della prevenzione e dell'autocura, attraverso laboratori orientati all'alimentazione, l'igiene e il movimento. Secondo questa prospettiva l'utilizzo di un mezzo di contenzione in CRA rappresenta il fallimento di una strategia preventiva adeguata, in quanto rappresenta uno strumento di fatto sostitutivo della cura.

2. *Diritto all'accesso ai servizi sanitari*, fa riferimento all'avere la possibilità di ricevere cure commisurate alle proprie condizioni di salute e senza discriminazione alcuna. In CRA contenendo un soggetto potremmo trovare una violazione a tale diritto in quanto pratica spesso standardizzata. Un importante intervento da mettere in atto potrebbe essere quello di *fare una mappatura dei bisogni* del soggetto in modo che possa avere accesso a cure adeguate alle proprie necessità.

3. *Diritto all'informazione*, per quanto riguarda il tema della contenzione il soggetto ha pienamente diritto a essere informato sui rischi che l'applicazione di tale mezzo potrebbe comportare, dove una comunicazione trasparente è un aspetto centrale. All'interno delle CRA ci si trova spesso davanti al dover prendere decisioni sanitarie, assistenziali e socio-educative, e il *rendere accessibili e comprensibili le informazioni* può aiutare il soggetto, anche compromesso, a decidere per sé stesso. Può essere utile farlo creando materiale informativo semplificato e maggiormente immediato anche per coloro che sono più in difficoltà.

4. *Diritto al consenso informato*, esige che l'attivazione della contenzione necessiti di un consenso. L'applicazione della stessa senza alcun tipo di consenso si traduce nella violazione del principio di autodeterminazione. In CRA è fondamentale favorire l'autodeterminazione nelle decisioni che riguardano la persona stessa e per farlo è necessario *rendere noti quelli che possono essere gli eventuali scenari* riguardanti le scelte possibili. Anche in questo caso una via potrebbe essere quella di utilizzare materiale informativo comprensibile al soggetto, corredato di illustrazioni che possono aiutare la persona a valutare le conseguenze di una pratica proposta.

5. *Diritto alla libera scelta*, fa riferimento a una scelta consapevole. Calando tale diritto nel tema della contenzione, esso rischia di non venire rispettato dal momento in cui il soggetto non viene adeguatamente informato in un'ottica di scelta consapevole e ponderata rispetto ai rischi e benefici dell'utilizzo di un mezzo di contenzione. A livello socio-educativo è importante *rinforzare l'autonomia decisionale* anche rispetto a cose piccole: un modo potrebbe essere quello della somministrazione di questionari sulle preferenze rispetto ad attività e pasti.

6. *Diritto alla privacy e alla confidenzialità*. All'interno delle Case Residenza per Anziani per quanto riguarda il tema delle contenzioni, si rischia di violare tale diritto in termini di esposizione del corpo contenuto nei luoghi comuni, da un lato, e alla stigmatizzazione pubblica che ne potrebbe conseguire, dall'altro. Dal punto di vista socio-educativo in CRA sarebbe bene educare, anche attraverso laboratori, al rispetto degli spazi personali e della riservatezza. Un altro aspetto che si potrebbe approfondire è proprio quello del concetto di "confine", facendo luce sulle varie accezioni che esso potrebbe avere.

7. *Diritto al rispetto del tempo*, che riporta al tema della personalizzazione degli interventi anche sulla base di una pianificazione delle attività assistenziali sufficientemente flessibile. Questa, oltre ad essere un diritto del soggetto, è anche una buona strategia preventiva per limitare l'applicazione di una contenzione attivata a causa di un'agitazione. A livello educativo è altresì fondamentale *promuovere la valorizzazione del tempo, anche di quello passato*; si potrebbe infatti far scrivere un diario autobiografico, in questo modo si educa anche a dare il giusto valore al proprio tempo passato, presente e futuro.

8. *Diritto al rispetto di standard di qualità*, che promuovono un approccio centrato sulla persona. Secondo tale istanza, l'utilizzo di mezzi di contenzione si contrappone ai principi di buona pratica di cura e di assistenza. A livello socio-educativo si potrebbero *creare gruppi guidati durante i quali si valuta la qualità percepita* rispetto a un'attività o rispetto all'impiego del proprio tempo.

9. *Diritto alla sicurezza*. Per quanto riguarda il tema della contenzione, spesso la sua applicazione viene giustificata proprio come uno strumento di sicurezza, mentre in realtà essa può aumentare il rischio di danni diretti o indiretti. Quindi contenere, che dovrebbe essere un intervento volto a proteggere il soggetto, espone lo stesso a ulteriori rischi. Il tema della sicurezza nelle CRA, a livello socio-educativo, si manifesta soprattutto in necessità legate all'ambiente in cui si vive: la presenza di barriere quali letti troppo alti, pavimentazione irregolare, illuminazione scarsa o sviluppo del Casa Residenza in verticale piuttosto che in orizzontale, sono fattori che portano al non rispettare tale diritto. Si potrebbe, attraverso gruppi guidati e strutturati, *eseguire una*

mappatura di quelli che sono ritenuti ostacoli all'interno dei luoghi che compongono la CRA.

10. *Diritto all'innovazione*, che non combacia con l'idea di applicazione della contenzione perché spesso questa è sintomo di una resistenza al cambiamento. Si dovrebbe, invece, puntare su *strategie alternative partendo dalla formazione del personale, la personalizzazione degli interventi e degli ambienti*. A livello socio-educativo, per quanto si pensi che la popolazione anziana sia resistente alla tecnologia, si potrebbe tentare in piccoli gruppi, attraverso laboratori digitali, l'esplorazione di alcuni ausili tecnologici come ad esempio i tablet per fare le videochiamate con i propri cari oppure ausili più strutturati come il puntatore oculare che permette, attraverso il movimento degli occhi, di riprodurre il suono della voce.

11. *Diritto ad evitare le sofferenze ed il dolore non necessari* garantendo interventi proporzionati, adeguati e rispettosi della dignità del soggetto. Per questo il ricorso alla contenzione può tradursi in una forma di sofferenze evitabile, nello specifico quando viene utilizzata in modo standardizzato o per finalità che esulano dal soggetto stesso, quindi per esempio per motivi organizzativi o per carenza di personale. A livello socio-educativo sono aspetti fondamentali per vivere una vita di qualità, che potrebbero essere sostenuti attraverso la costituzione di gruppi mediati da un educatore dove poter parlare insieme del tipo di dolore che si prova, cercando di dargli un nome. Accogliere il dolore dell'altro è un ulteriore aspetto centrare nelle relazioni di cura.

12. *Diritto a un trattamento personalizzato*. Facendo riferimento al tema delle contenzioni, è sempre necessario ricordare che l'uso standardizzato di mezzi di contenzione riduce l'assistenza a una logica di gestione, più che di cura. All'interno delle CRA il trattamento personalizzato è determinato dal *Piano Assistenziale Individualizzato*, che in un'ottica socio-educativa sarebbe bene *co-progettare assieme alla persona stessa*, oltre che in *équipe*, condividendo obiettivi e strategie.

13. *Diritto al reclamo ed alla ricezione di celere risposta*, come nel caso in cui venga segnalato l'uso improprio di una contenzione. Il reclamo spesso risulta essere per le persone più fragili e i loro caregiver *l'unico strumento di difesa* per segnalare la necessità una revisione delle pratiche assistenziali utilizzate. A livello socio-educativo si potrebbero organizzare incontri durante i quali si possono comunicare i propri bisogni e disaccordi.

14. *Diritto al risarcimento*. Per quanto riguarda il tema della contenzione l'uso improprio può configurarsi come fonte di danno ingiusto nei confronti del soggetto che magari subisce anche effetti avversi come l'agitazione o la depressione. Dal punto di vista socio-educativo è fondamentale *informare sui diritti legali e i relativi percorsi per tutelarli*, magari attraverso la produzione di una guida semplificata contenente i diritti dell'ospite.

6. La figura dell'educatore all'interno delle Case Residenza per Anziani

L'educatore professionale nasce in Italia nel secondo dopoguerra, operando inizialmente in strutture residenziali per minori emarginati, senza un riconoscimento formale - che arriverà poi gradualmente, culminando nel DM 520/1998 che ne definisce il profilo e la formazione universitaria. La figura viene oggi definita come interdisciplinare, sociale e sanitaria, centrata in particolar modo sulla relazione educativa secondo principi etici e deontologici. (Venturini, 2015)

L'educatore nelle Case Residenza per Anziani è quel professionista che, coordinando gli interventi assieme a tutti gli altri membri dell'equipe, si occupa di promuovere il benessere e la qualità della vita del soggetto, anche contribuendo a creare un ambiente accogliente e personalizzato. L'obiettivo primo dell'educatore è quello di mantenere, recuperare e valorizzare le potenzialità ed abilità della persona. È quella figura che, assieme all'animatore, ha il compito di stimolare le capacità cognitive dell'ospite creando attività adatte alla persona, tenendone sempre in considerazione la storia di vita, le abitudini e le peculiarità. Al fine della buona riuscita di tali obiettivi, è altresì necessario che instauri un rapporto di fiducia non solo con l'ospite ma anche con i caregiver offrendo loro sostegno e aiuto.

Nell'immaginario collettivo si pensa, erroneamente, che l'educatore sia un intrattenitore e promotore di attività standardizzate promosse per occupare le giornate degli anziani che abitano le Case Residenza per Anziani, quando in realtà ciò è quanto più si discosta dalla figura dell'educatore attento e preparato.

Al contrario, anche partendo da attività standard, questi cerca la personalizzazione al fine di renderle aderenti e combacianti con la personalità del soggetto e con i suoi bisogni; infatti, è quella figura che all'interno di un'équipe si occupa di fare una valutazione globale della persona, non fermandosi ai soli bisogni assistenziali della stessa, ma tenendo in considerazione anche le competenze residue, gli interessi, le abitudini di vita, la storia personale, le paure e altri fattori che potrebbero causare disagio o agitazione nella persona.

Durante la permanenza di un soggetto in Casa Residenza per Anziani, l'educatore/educatrice si occupa di osservare la persona nella quotidianità, nel corso delle attività che vengono svolte regolarmente o nell'interazione con altri, per valutare a quali di questi stimoli vengono date risposte positive e quali invece potrebbero crearle disagio o accentuare disturbi del comportamento. È proprio grazie all'attenzione messa in campo dall'educatore che è possibile poi progettare interventi sempre più personalizzati e costruire un Piano Assistenziale Individualizzato adeguato al soggetto.

L'educatore/educatrice ha altresì un ruolo fondamentale all'interno delle Case Residenza per Anziani proprio perché la noia e l'inattività generano frustrazione e comportamenti aggressivi e di conseguenza disturbi del comportamento che possono poi portare al ricorrere alla contenzione.

La stimolazione occupazionale (o terapia occupazionale) fa in modo che la contenzione venga sostituita da un coinvolgimento attivo e dignitoso del soggetto, sempre attraverso attività mirate, individuali o di gruppo, adatte alle capacità motorie della persona stessa, attraverso attività di stimolazione multisensoriale (come profumi, suoni e luci atti a favorire il rilassamento), coinvolgendo con compiti semplici e significativi come apparecchiare o piegare tovaglioli, rafforzando così il senso di utilità del soggetto non solo verso se stesso ma anche verso la comunità.

Il legame di fiducia che si viene a creare tra educatore/educatrice e ospiti è uno strumento da sviluppare e proteggere in quanto può ridurre nel soggetto la paura verso l'altro. Ci sono alcune peculiarità che un buon educatore deve possedere per poter svolgere il proprio lavoro professionale nel migliore dei modi, come il saper ascoltare attivamente l'altro per cogliere così anche segnali precoci di disagio, intervenire in modo empatico, avere buona padronanza del linguaggio verbale e non verbale (quindi un tono della voce adeguato), adottare una postura aperta e saper quando utilizzare il contatto fisico per calmare la persona. In questo modo il rapporto che si crea tra le due parti permette di non ricorrere a mezzi di contenzione.

Bibliografia

- Active Citizenship Network. (2002). Carta europea dei diritti del malato. *Carta europea dei diritti del malato* (p. 10). Bruxelles: Active Citizenship Network.
- Bertoni, M. (2025). *La contenzione nelle Case Residenza per anziani. Deontologia, etica, pratiche*. Modena: Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione «Giuseppe Toniolo».
- Castaldo, A. (2013, 06 1). La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione. *I Luoghi Della Cura Online*, 5.
- Comitato Nazionale per la Bioetica. (2015). *La contenzione: problemi bioetici*. Roma: Comitato Nazionale per la Bioetica.
- Longhi, A. (2021). *Superare la contenzione in RSA*. Modena: Youcanprint.
- Mislej, M., & Bicego, L. (2007). *Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*. Santarcangelo di Romagna: Carocci Editore.
- Mislej, M., & Bicego, L. (2018). *Contro la contenzione*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

- Odontoiatri, F. N. (2017). *Codice di deontologia medica*. Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.
- Codice penale. (1930). *Regio Decreto* 19 ottobre 1930, n. 1398.
- Roccon, D. (2020). *La nave dei pazzi. Antropologia della malattia di Alzheimer e liberazione dalla contenzione*. Piacenza: Editrice Dapero.
- Saiani, L., & Mortari, L. (2021). *La contenzione degli anziani: una questione etica*. Roma: Carocci editore.
- Regione Emilia-Romagna. (2025, 02 16). *Casa-residenza per anziani non autosufficienti (ex Rsa, Casa protetta)*. Tratto da Salute Regione Emilia-Romagna: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/socio-sanitaria/assistenza-in-strutture-residenziali/casa-residenza-per-anziani-non-autosufficienti-ex-rsa-casa-protetta>
- Senato della Repubblica. (2023, 26 settembre). La Costituzione italiana. Senato della Repubblica. https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_ITALIANO.pdf
- Treccani. (2010). *Contenzione*. In Dizionario di medicina. [https://www.treccani.it/enciclopedia/contenzione_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/contenzione_(Dizionario-di-Medicina)/)
- Venturini, M. R. (2015). Forum non autosufficienza. *Orizzonti di vita in luoghi di declino: rendere protagonisti per promuovere il benessere della persona anziana e del care-giver* (p. 8). Bologna: ANEP.
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell'Educazione. Modena: Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione «Giuseppe Toniolo».