

Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale

BOZZA

1. Contenuti e obiettivi

2. La contenzione nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale

L'evoluzione del dibattito istituzionale dal 2008 ad oggi

3. Raccomandazioni e azioni per il superamento della contenzione entro un triennio (2021-2023)

Raccomandazione 1. Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali

Raccomandazione 2. Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione

Raccomandazione 3. Rispettare i diritti e la dignità delle persone

Raccomandazione 4. Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio

Raccomandazione 5. Garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi

Raccomandazione 6. Promuovere il lavoro di gruppo e il lavoro in rete

Raccomandazione 7. Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori

1. Contenuti e obiettivi

La *contenzione meccanica* è la pratica volta a limitare o impedire il movimento volontario di una persona in cura, allo scopo dichiarato di evitare che procuri danno a se stessa o ad altri. La contenzione meccanica utilizza per l'immobilizzazione, totale o parziale, della persona presidi meccanici quali cinghie, lacci, fasce, polsini, cinture, corpetti, bretelle, tavolini servitori, spondine, ecc. Si tratta di un atto di limitazione della libertà personale, lesivo della dignità e dei diritti della persona. La modalità più frequente in cui si attua è legare la persona al letto o bloccarla su una sedia. Si ricorre alla contenzione nei confronti di persone con disturbi mentali, ma anche anziane o con disabilità, ospitate in strutture sanitarie, socio sanitarie o assistenziali (cd persone istituzionalizzate).

La Carta Costituzionale sancisce l'inviolabilità della libertà personale, la cui restrizione può essere ammessa solo "*per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi previsti dalla legge*" e prevede la punizione di "*ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà*" (art. 13). Inoltre, l'art. 32 dispone che "*nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*", la quale "*non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*".

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) definisce la contenzione "*una violazione dei diritti fondamentali della persona*" il cui superamento deve essere considerato "*un tassello fondamentale*

nell'avanzamento di una cultura della cura in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario". Il CNB afferma che *"il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è il presupposto per un intervento terapeutico efficace"*¹.

La Corte di Cassazione nel 2018 riconosce che la contenzione non ha *"la dignità di pratica terapeutica o diagnostica"*².

La *contenzione meccanica* non è l'unica forma di limitazione del libero movimento imposta: nei luoghi di cura sono anche praticate la *contenzione fisica*, che consiste nel blocco temporaneo della persona da parte dell'operatore con il proprio corpo; la *contenzione ambientale*, ovvero l'impedimento alla libera circolazione della persona attraverso interventi sull'ambiente (porte chiuse, recinzioni, cancelli, ecc.) e la *contenzione farmacologica* che utilizza alti dosaggi di farmaci sedativi per ridurre la capacità di vigilanza della persona e la capacità di movimento. Le ricerche evidenziano che le diverse forme di contenzione di norma coesistono, giustificandosi a vicenda.

Fra tutte le forme di contenzione, quella *meccanica* è la modalità che più interroga dal punto di vista etico e giuridico, dal momento che si configura come una condizione di *"soggezione totale"* rappresentando *"la più estrema privazione della libertà immaginabile"*³, nonché dal punto di vista sanitario, posto che *"non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente"*⁴, ma al contrario può produrre gravi esiti psicofisici, fino alla morte.

Il presente documento si occupa della *contenzione meccanica* (d'ora in poi contenzione) attuata nei confronti di persone con problemi di salute mentale.

Obiettivo del documento è approfondire il tema della contenzione sulla base delle evidenze empiriche e scientifiche e dei documenti nazionali e internazionali, nonché formulare raccomandazioni operative che impegnino tutti i soggetti e tutti i livelli istituzionali nella prevenzione della contenzione, con l'obiettivo di promuoverne il suo definitivo superamento in tutti i luoghi della salute mentale, entro un triennio. Come dice il Comitato Nazionale di Bioetica *"Ci sono diversi ordini di motivi per non legare, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi: la gestione non violenta e non coercitiva [in SPDC] elimina il clima di paura (per pazienti e per operatori) e riduce lo stigma. E ci sono ragioni terapeutiche, in primis di evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione fisica innesca: l'agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione fra la persona legata e il personale"*⁵.

¹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi etici*, 2015, pag. 3. http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf.

² Cassazione penale, sez. V, sentenza 07/11/2018 n. 50497, pag. 46-47. <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/2833-cass-50497-18.pdf>

³ D. Piccione *I profili costituzionali della contenzione in una (insoddisfacente) sentenza della Corte di Cassazione*, *Giurisprudenza Costituzionale*, n 4 del 2019, pp. 460 e ss.

⁴ Cassazione penale, op cit., pag. 45.

⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, op. cit, p. 17.

2. La contenzione nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale

La contenzione meccanica nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è un fenomeno poco conosciuto e poco monitorato. I dati disponibili sono parziali, non confrontabili e talvolta non riportati in cartella clinica.

Nei servizi del DSM la contenzione è pratica diffusa, a volte routinaria anche se sommersa, “*non omogeneamente applicata nelle diverse regioni ma, soprattutto, con differenze notevoli tra un servizio e l'altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico*”⁶. I servizi del DSM in cui prioritariamente si attua sono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)⁷, le strutture residenziali e le cd comunità terapeutiche, pubbliche e private accreditate.

Le *ricerche* del 2001 dell'Istituto Mario Negri⁸ e del 2005 dell'Istituto Superiore di Sanità⁹, le ultime disponibili, evidenziano che l'85% degli SPDC fa ricorso alla contenzione e che questa si accompagna di norma ad altre limitazioni della libertà personale. Al momento sul totale di 320 SPDC si dichiarano *no restraint* solo 20 servizi¹⁰: operano cioè senza ricorrere alla contenzione anche nella presa in carico di persone in crisi. Altri SPDC hanno in corso un processo verso la progressiva diminuzione della contenzione, fino alla sua abolizione.

Nei servizi che ricorrono alla contenzione, in particolare negli SPDC, sono attuate di norma altre limitazioni della libertà personali: la porta chiusa; le perquisizioni e le spoliazioni delle persone al momento del ricovero, e perfino dei familiari in visita, da oggetti di uso comune, riconosciuti dall'organizzazione come pericolosi; il sistema di videosorveglianza; la rigidità delle regole¹¹. Queste limitazioni sono pensate per contenere la pericolosità del ricoverato e far sì che non accadano "incidenti", ma invece, esasperando le situazioni e i vissuti, a volte li facilitano.

La contenzione, in particolare se prolungata, produce esiti psicofisici negativi: organi e funzioni possono essere danneggiati direttamente dalla pressione o dal mal posizionamento del mezzo di contenzione. In letteratura sono descritte abrasioni della cute, compressione di nervi, ischemie di arti e di organi. L'immobilità può produrre inoltre tromboembolia polmonare, piaghe da decubito e uretriti per il ricorso all'uso del catetere quando una persona è legata. Gli esiti infausti arrivano fino

⁶ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010.

⁷ In base alla normativa vigente, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC, afferisce al DSM, ancorché collocato all'interno di un presidio ospedaliero.

⁸ E. Terzian e G. Tognoni, *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, “Rivista sperimentale di Freniatria”, 2003, vol. 127, suppl. n. 2.

⁹ De Girolamo et al., *Prevalence of common mental disorders in Italy, risk factors, health status, and utilization of health services: the ESEMeD-WMH project*, *Epidemiol Psichiatr Soc* Oct-Dec 2005;14(4 Suppl):1-100.

Dell'Acqua et al., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*, “Giornale Italiano di Psicopatologia”, 13, 2007

¹⁰ Associazione *Club SPDC no restraint*, Convegno annuale, Pistoia, ottobre 2019.

¹¹ E. Terzian e G. Tognoni, op cit.

alla morte, di norma per tromboembolia o morte improvvisa¹². Ma il legare produce anche "*dolore mentale*", ben descritto dalle persone che hanno subito tale esperienza, senso di annientamento, diminuzione dell'autostima, depressione, ma anche "*rabbia, odio e rivendicazione per un'ingiustizia subita*"¹³.

Con riguardo alle *motivazioni* della contenzione, gli operatori le ascrivono nella maggior parte dei casi all'aggressività minacciata o agita dal paziente verso se stesso o gli altri, richiamandosi allo *stato di necessità* (art. 54 del Codice Penale), all'urgenza cioè di "*salvare sé o altri dal pericolo attuale di danno grave alla persona*"¹⁴. Alcuni professionisti si appellano altresì alla "*posizione di garanzia, vale a dire all'attribuzione di responsabilità ai curanti in relazione ad azioni-reato, auto ed etero lesive, commesse da una persona in cura, e da questo fanno discendere l'obbligo alla "custodia" da attuarsi anche attraverso la contenzione*"¹⁵. Frequentemente la giustificazione fornita è la carenza di personale, ma come dice il *Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti* "*Questa motivazione è fallace. L'applicazione di mezzi di contenzione nel modo corretto e in un contesto adeguato richiede più, non meno, personale*"¹⁶.

Ma si ricorre alla contenzione anche "*per somministrare i farmaci rifiutati dal paziente, per sottoporre la persona a prescrizione diagnostiche o terapia infusione, per impedire cadute dal letto di pazienti di solito profondamente sedati, per impedire l'allontanamento dei ricoverati dal reparto in casi di tentativi ripetuti di fuga*".¹⁷ Risultano certamente non frequenti, ma pure presenti, atti di contenzione usati come "*sanzione di comportamenti trasgressivi o come mezzo per determinare un cambiamento nel comportamento...*"¹⁸

Dalle ricerche disponibili emerge che "*le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione*" sono "*la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo psicopatologico*"¹⁹.

¹² In un solo anno, dal sett. 2018 all'agosto 2019 muoiono negli SPDC 3 persone legate. Il 5 settembre 2018 un uomo di 30 anni nel SPDC di Sassari; il 23 dicembre 2018 un uomo di 45 anni nel SPDC di Cagliari; il 13 agosto 2019 una ragazza di 19 anni, nel SPDC di Bergamo.

¹³ F. P. Peloso, *La contenzione fisica in Liguria. Il vissuto degli operatori e dei pazienti*, in *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006, pp. 171 e172.

¹⁴ Codice Penale, articolo 54 - Stato di necessità. "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo*".

¹⁵ G. Del Giudice, *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, 2015, Alpha Beta Verlag, Merano, p.268.

¹⁶ Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti, *16a Relazione Generale sull'attività del CTP per il periodo dal 1 agosto 2005 al 31 luglio 2006*, Strasburgo, Consiglio d'Europa, 2006, p 8 (cfr punto 43).

¹⁷ G. Del Giudice, op cit., p.265.

¹⁸ Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura, op.cit. , p 8 (cfr punto 43).

¹⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica, op. cit, p. 3.

L'evoluzione del dibattito istituzionale dal 2008 ad oggi

In Italia, dopo l'impegno del movimento antistituzionale del secolo scorso che ha portato alla riforma psichiatrica, la ripresa di attenzione intorno al tema della contenzione meccanica nei servizi per la salute mentale si registra a seguito dell'intervento nel 2008 presso il Governo del *Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti* (CPT) del Consiglio d'Europa, successivo all'indagine condotta del 2005/2006 sull'utilizzo dei mezzi coercitivi negli istituti psichiatrici per adulti in alcuni stati europei tra cui l'Italia²⁰. Il CPT mette in luce l'eccesso di ricorso alla contenzione, talvolta utilizzata anche come punizione o mezzo pedagogico.

Dello stesso periodo è la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, sottoscritta nel 2006 e ratificata dal Governo italiano con la legge 18/2009), la quale afferma che gli Stati devono garantire che le persone con disabilità “*non siano private della loro libertà illegalmente o arbitrariamente*” (art. 14) e ribadisce per ogni individuo “*diritto di non essere sottoposto a torture, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti*” (art. 15).

A seguito dell'intervento del CPT e alla “*pubblicizzazione di eventi tragici che riguardano persone “legate”*”²¹ (le morti di 3 persone contenute ricoverate negli SPDC tra il 2006 e il 2009), nel 2010 la *Conferenza delle Regioni e delle Province autonome* emana le *Raccomandazioni sulla contenzione fisica*. Le Regioni, come si legge nel testo, sono state spinte a produrre queste raccomandazioni “*anche dalla preoccupazione che una pratica disinvolta della contenzione avvalorò il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno*”²². Obiettivo dichiarato è “*costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica*” fondata sulla consapevolezza che “*la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla*” e che “*rispondere alla violenza con la violenza non paga*”. Le raccomandazioni continuano affermando che “*A partire da questi assunti può disegnarsi un percorso per giungere alla meta costituita dal superamento della contenzione fisica, facendo di tale superamento un elemento di qualità del miglioramento continuo della pratica psichiatrica*”²³.

Il testo si conclude con sette raccomandazioni:

1. monitoraggio a livello regionale della contenzione;
2. monitoraggio dei comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti;
3. promozione della formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di *escalation*;
4. definizione e garanzia di standard di struttura e di processo per la salute mentale;
5. valutazione dell'impatto di informazione, formazione e appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza;

²⁰ Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura, op cit..

²¹ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2010, op. cit , pag. 1.

²² Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2010, op. cit , pag. 1.

²³ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2010, op. cit , pag. 5.

6. promozione di pratiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi;
7. trasparenza dei servizi in cui si trattano casi acuti, attraverso il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini.

Le Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 2010 sono messe in atto solo molto parzialmente, come ben evidenzia la *Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani* del Senato nel 2017²⁴ analizzando lo stato di attuazione delle Raccomandazioni stesse. Le differenze a livello regionale sono notevoli e tanto più le carenze²⁵:

- PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna e Puglia effettuano il monitoraggio della contenzione (anche se i dati non sono aggiornati in tutte le regioni);
- Toscana, Umbria hanno recepito il documento ma non effettuano il monitoraggio;
- Val d'Aosta, PA di Bolzano, Piemonte, Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Molise, e Campania non hanno recepito le raccomandazioni (recepite tuttavia da alcune Aziende sanitarie);
- Abruzzo, Basilicata, Sicilia e Sardegna non hanno fatto niente a livello regionale né a livello delle Aziende sanitarie.

Il 24 gennaio 2013 la *Conferenza Unificata* approva il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* (PANSM), contenente - fra l'altro - una batteria di strumenti per la valutazione della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza fra i quali è compreso l'“*esistenza di sistemi di monitoraggio*” anche in materia di contenzione fisica²⁶.

Il 30 gennaio 2013, la *Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale* approva la *Relazione finale sull'attività della Commissione*. Interviene in maniera significativa sugli SPDC e sul ricorso alla contenzione. In relazione agli SPDC, “*per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione*”, propone “*obbligo di prestazioni riabilitative psicosociali precoci ..., miglioramento delle condizioni ambientali di vita per i degenti, ... contenimento dell'espansione dei posti letto ospedalieri a favore di posti letto nei CSM aperti nelle 24 ore*”. In relazione alla contenzione propone “*rigorosi protocolli di prevenzione (tra cui il divieto di fasce contenitive già applicate ai letti); se disposti interventi temporanei di contenzione fisica in caso di necessità ... l'attuazione degli stessi dovrebbe essere documentata in apposito registro, vidimato e distribuito dalle Aziende sanitarie locali, con indicazione delle motivazioni e modalità di restrizione della libertà del paziente. ... Una prassi di tal genere consentirebbe il monitoraggio del fenomeno analogamente a quanto accade nella segnalazione degli eventi avversi ospedalieri, con dissuasione dagli abusi*”²⁷.

²⁴ Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, *La contenzione meccanica*, 2017 https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf

²⁵ I dati sono stati presentati dalla Conferenza delle Regioni nel 2017; non tengono quindi conto dei recepimenti successivi di alcune regioni.

²⁶ Piano di Azioni Nazionali per la Salute Mentale, 2013, pag 13. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf

²⁷ Senato della Repubblica, Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, *Relazione finale sull'attività della Commissione*, Doc. XXII-bis n. 10, *Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale*, pag. 23 e segg. <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/698049.pdf>

Nell'aprile del 2015 il *Comitato Nazionale per la Bioetica* (CNB) emana il parere sulla contenzione meccanica occupandosi in maniera specifica e distinta delle persone con disturbo mentale e delle persone anziane²⁸. Il CNB considera fondamentale il superamento della contenzione in una concezione della cura centrata sui diritti e rispettosa della dignità della persona. Riguardo all'area della salute mentale, il CNB sostiene che il ricorso alla contenzione ha a che fare prioritariamente con l'orientamento culturale degli operatori e l'organizzazione dei servizi, più che con la gravità e il profilo psicopatologico della persona in cura. Dichiara la contenzione ammissibile come *extrema ratio*, anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio, solo nelle situazioni dello stato di necessità, di cui art. 54 c.p.: “*in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi*”.

Tra il 2015 e il 2017, la *Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani* del Senato approfondisce il tema della contenzione meccanica nei servizi psichiatrici e a conclusione dei lavori, formula una serie di raccomandazioni:

1. colmare l'assenza di dati certi sul fenomeno e di ricerche nazionali;
2. promuovere il monitoraggio del numero e della tipologia degli infortuni degli operatori negli SPDC e attuare un confronto con quanto avviene negli SPDC *no restraint*;
3. monitorare i trasferimenti di pazienti sottoposti a contenzione dagli Spdc ad altri reparti e l'esito del loro ricovero;
4. dotare di maggiori risorse i servizi per la salute mentale, la spesa essendo lontana dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le regioni con un documento nel 2001;
5. investire sulla formazione di tutto il personale dei servizi di salute mentale
6. promuovere e incentivare da parte delle Regioni i Dsm *no restraint*;
7. promuovere l'attraversabilità dei servizi di salute mentale, in particolare del Spdc, da parte dei familiari, delle associazioni del territorio e dei cittadini.

In relazione all'*orientamento giuridico*, significativa è la recente sentenza 50497 del 2018 della V Sezione penale della Corte di Cassazione che conclude il processo FM, morto il 4 agosto 2009 nel SPDC di Vallo della Lucania (SA) dopo 87 ore di contenzione. La Corte afferma che la contenzione meccanica non rientra in nessuna delle categorie che definiscono l'atto medico, “*trattandosi di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente*”²⁹. La Corte ribadisce che l'atto medico “*gode di una diretta copertura costituzionale non perché semplicemente frutto della decisione di un medico, ma in quanto caratterizzato da una finalità terapeutica, cui va assimilato quello avente natura diagnostica, parimenti finalizzato alla cura ed alla guarigione del paziente, nonché quello destinato ad alleviare le sofferenze del malato terminale, in quanto comunque diretto a migliorarne le condizioni complessive (c.d. trattamento del dolore)*”. Al contrario, afferma la Corte, la contenzione “*può concretamente provocare, se non utilizzata con le dovute cautele, lesioni anche gravi all'organismo, determinate non solo dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo,*

²⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi etici*, op. cit.

²⁹ Cassazione penale, sez. V, sentenza 07/11/2018 n. 50497, pag. 45. <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/2833-cass-50497-18.pdf>.

quali abrasioni, lacerazioni, strangolamento, ma anche dalla posizione di immobilità forzata cui è costretto il paziente”³⁰. La Corte nel ribadire che la contenzione non è un atto medico ma un "presidio restrittivo della libertà personale" argomenta che si tratta di una pratica lecita solo "al ricorrere delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., allorquando sussista una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza), non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità”³¹.

In conclusione, sulla base dei pronunciamenti di autorevoli istituzioni internazionali e nazionali possono essere tratte le seguenti considerazioni di sintesi:

- la contenzione non è un atto sanitario, né un atto medico non avendo nessuna finalità terapeutica, diagnostica o lenitiva del dolore;
- la contenzione produce il peggioramento delle condizioni psicofisiche della persona, con esiti negativi che possono arrivare fino alla morte;
- la contenzione, confermando la natura violenta della cura psichiatrica, aumenta la resistenza a rivolgersi ai servizi e lo stigma nei confronti della malattia mentale;
- la contenzione non è rispettosa dei principi di cui agli artt. 13 e 32 della Costituzione e della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità;
- l'art. 54 del Codice Penale, ove ricorrono le condizioni del "pericolo attuale di danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo", esclude la responsabilità penale dell'operatore, ma non legittima in alcun modo la contenzione;
- le diverse raccomandazioni concordano nel sollecitare il definitivo e stabile superamento della contenzione attraverso azioni volte a monitorare il fenomeno, investire nella formazione, individuare standard di struttura e di processo, promuovere la verifica degli interventi, garantire la trasparenza dei luoghi di cura.

3. Raccomandazioni e azioni per il superamento della contenzione entro un triennio (2021-2023)

Il superamento della contenzione nei servizi del DSM si configura come un processo necessario e urgente, ma complesso, che necessita di molteplici azioni a tutti i livelli istituzionali, così come a livello dei beneficiari dei servizi e della cittadinanza.

Queste raccomandazioni, emanate a 10 anni da quelle della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 2010, ne costituiscono uno sviluppo, in continuità con le stesse, reso necessario anche a partire dalla "crescente consapevolezza dell'importanza della salute mentale e dell'offerta di servizi e strumenti centrati sulla persona, con un approccio orientato alla ripresa e

³⁰ Ibidem, pag. 45-

³¹ Ibidem, pag. 49.

basato sui diritti umani”³². Costituiscono una cornice di carattere generale, come strumento di indirizzo per favorire il percorso di superamento della contenzione che le Regioni e le Province autonome sono tenute ad attuare tenendo conto delle esperienze già avviate e dei bisogni della popolazione di riferimento. In particolare, le Regioni e le Province autonome adeguano il Piano di Azioni sulla salute mentale e sviluppano specifiche azioni per il perseguimento dell’obiettivo di superamento della contenzione nel triennio 2021-2023. Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, definirà uno specifico percorso di monitoraggio finalizzato all’analisi dei progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente documento, anche attraverso i flussi informativi esistenti, nella finalità generale del pieno riconoscimento dei diritti e della dignità della persona in cura.

Si aggiunga che la pandemia da Coronavirus ha messo in evidenza alcune criticità del nostro sistema sanitario, compreso quello della salute mentale, e ha evidenziato la necessità di rilanciare e rafforzare un sistema di servizi socio sanitari territoriali integrati, inclusivo, basato sui diritti, partecipato e liberato da pratiche coercitive e mortificanti i pazienti e gli operatori.

A partire da tali considerazioni, le raccomandazioni che seguono intendono promuovere il miglioramento della qualità delle cure attraverso “*modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale*”³³.

La sfida è avviare un percorso che, anziché limitarsi a riproporre affermazioni di principio, peraltro ampiamente condivise, si confronti con i fattori che ad oggi hanno reso difficile il superamento della contenzione e si spinga concretamente verso l’adozione di pratiche rispettose della dignità delle persone con disturbo mentale e degli operatori dei servizi.

A tal fine si individua l’obiettivo della *contenzione zero* da raggiungere nell’arco di un triennio (2021-2023), attraverso le azioni indicate di seguito, avvalendosi delle risorse disponibili per il rafforzamento del Ssn, in particolare di quelle destinate al potenziamento dell’assistenza territoriale, comprese quelle di fonte UE.

Raccomandazione 1

Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali

L’avvio del processo di superamento della contenzione parte dal *riconoscimento* della stessa come pratica limitativa delle libertà personali e lesiva dei diritti umani fondamentali.

Riconoscere che la contenzione non è pratica sanitaria, ma pratica anti terapeutica e lesiva dei diritti umani fondamentali, è presupposto cardine per operare per il suo superamento attraverso azioni a più livelli istituzionali - Governo, Regioni, Aziende Sanitarie, DSM - ma anche della cittadinanza e in particolare dei beneficiari dei servizi, persona in cura e familiari, che richiedano l’esigibilità dei loro diritti.

³² Debora Kestel, *Supporting Statements*, in WHO, *Strategies to end seclusion and restraint. WHO Quality Rights Specialized training. Course guide*, Geneva, 2019, pag. XI.

³³ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2010, op. cit , pag. 7.

Azioni

- a) campagne di informazione e formazione sui diritti delle persone in cura, a cura del Ministero della Salute e delle singole Regioni e Province autonome;
- b) partecipazione di rappresentanti di utenti e familiari ai tavoli nazionali e regionali, nonché agli organi decisionali dei DSM;
- c) esplicito impegno assunto dalle Regioni e dalle Province autonome per il superamento della contenzione attraverso l'approvazione di delibere e loro recepimento attivo da parte delle Aziende Sanitarie e dei DSM.

Raccomandazione 2

Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione

Alla base del superamento della contenzione, da annoverare tra gli “evento sentinella”³⁴, vi è la conoscenza analitica del fenomeno, in termini di frequenza, durata, destinatari e circostanze in cui si attua, nonché il monitoraggio delle contenzioni, del numero e della tipologia degli infortuni degli operatori negli Spdc e l'esito del ricovero dei pazienti trasferiti ad altri reparti ospedalieri, dopo essere stati sottoposti a contenzione negli SPDC.

Il flusso dei dati proveniente dai DSM dovrebbe convergere a livello aziendale, regionale, nazionale. Le evidenze empiriche dimostrano che già l'avvio della raccolta dei dati, con l'invio e l'analisi a cura di un soggetto esterno, producono la diminuzione del ricorso alla stessa e l'abbandono di comportamenti routinari.

Azioni

- a) definizione di una scheda analitica per la raccolta di dati di dettaglio per ogni caso di contenzione e dei suoi esiti; i dati raccolti sono inviati ad un soggetto esterno al servizio (direttore del DSM e/o direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria);
- b) monitoraggio della contenzione attraverso l'attivazione di uno specifico flusso informativo basato su una selezione dei dati contenuti nella scheda analitica, validati dal direttore del DSM e inviati alla Asl, alla Regione e al Ministero (anche attraverso la revisione del flusso SISM);
- c) interventi mirati, a livello di DSM, nei luoghi dove si pratica la contenzione - SPDC, strutture residenziali, cliniche psichiatriche accreditate, ecc. - volti a individuare le condizioni che ne facilitano il ricorso e a predisporre specifiche azioni per la loro rimozione;
- d) predisposizione e pubblicazione di un report annuale a cura del Ministero della Salute sul processo di superamento della contenzione e sul mantenimento dei risultati ottenuti;
- e) trasparenza dei dati e dei servizi per la salute mentale.

³⁴ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella - Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella Luglio 2009 “*eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive*”.

Raccomandazione 3

Rispettare i diritti e la dignità delle persone

Non c'è cura senza il riconoscimento dell'altro come persona, titolare di dignità e di diritti. Non c'è cura se non all'interno di un rapporto di reciprocità, pur nella differenza dei ruoli, delle situazioni e dei contesti. La tutela dell'altro non può mai determinare l'abolizione o la riduzione dei diritti.

Servizi di salute mentale flessibili, accoglienti, rispettosi, capaci di modularsi sui tempi e i bisogni del soggetto e sulla sua specifica situazione, in particolare nell'accoglienza della persona in crisi, favoriscono lo sviluppo della relazione terapeutica operatore utente, rassicurano e contrastano l'emergere di percorsi di escalation della agitazione e di atti di rottura e aggressività. L'accoglienza di una persona in crisi fortemente sofferente, in una situazione di emergenza o urgenza, necessita di una valutazione della situazione di rischio ambientale e della persona, per mettere in atto strategie di fronteggiamento adeguate e azioni finalizzate alla diminuzione del rischio per la persona in cura e per gli operatori.

Azioni

- a) assegnazione da parte di regioni, province autonome e aziende sanitarie di una dotazione di personale, nei differenti ruoli, adeguato ai bisogni e alla complessità delle pratiche della salute mentale territoriale, anche nella emergenza urgenza;
- b) adozione in ogni DSM di strategie e strumenti adeguati a promuovere e garantire pratiche di cura rispettose della Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità.

In particolare, nell'accoglienza e nella gestione della persona in crisi, è necessario:

- rispettare i tempi della persona, senza imposizione di percorsi predefiniti;
- promuovere relazione di disponibilità, di empatia, di esplicita volontà di aiuto, non giudicanti o svalorizzanti la situazione vissuta dalla persona, ma autorevoli e determinate;
- favorire il rapporto con gli operatori referenti, già conosciuti dal paziente;
- adottare flessibilità e favorire di norma la presenza di familiari o di persone di riferimento e le comunicazioni telefoniche o via web;
- contrastare perquisizioni e spogliazioni forzate dagli oggetti personali;
- valutare il numero di operatori adeguato, nella specifica situazione, a rassicurare utente e operatori e a contrastare possibili "incidenti".

Raccomandazione 4

Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio

Il contesto in cui operano i servizi e le modalità con cui gli stessi sono organizzati orientano gli stili operativi e indirizzano le pratiche di cura. Gli aspetti organizzativi dei servizi sono fondamento per il miglioramento della qualità delle cure.

Condizioni di base per promuovere percorsi di salute mentale e di inclusione in grado di assicurare il rispetto della dignità e dei diritti delle persone e rendere possibile il superamento della contenzione sono: Centri di Salute Mentale (CSM) di piccola scala, ubicati vicino ai luoghi di vita delle persone, radicati nel territorio, a bassa soglia, aperti in modo che siano sempre accessibili, in

particolare con immediatezza nelle situazioni di crisi, organizzati in modo da garantire non solo attività ambulatoriale ma tanto più assistenza domiciliare, interventi precoci, continuità terapeutica, presa in carico della persona e del suo contesto sociale e familiare; predisposizione e concreta attuazione di progetti personalizzati che vedano protagonista la persona con sofferenza e i suoi familiari e con la coprogettazione del terzo settore. Servizi che intervengano non solo sulla malattia, ma anche sulla qualità di vita della persona.

Analoghi orientamenti devono informare l'azione negli SPDC. Questi opera in stretta integrazione e continuità terapeutica con i CSM, attraverso una presa in carico globale, con risposte flessibili e rispettose dei diritti fondamentali.

Con riguardo alle strutture residenziali, diventate in gran parte dei luoghi di assistenza protratta, dove nell'assenza di un progetto sono mortificate le capacità residue delle persone e le competenze degli operatori, che assorbono la maggior parte del budget del DSM per i costi elevati e perché diventati nella maggior parte risposta ordinaria e non residuale, va innescato un percorso di progressivo superamento a favore di progetti personalizzati tesi a favorire il permanere o il ritorno delle persone nel proprio ambiente di vita.

Servizi in tal modo organizzati assicurano comportamenti e pratiche di cura che, diventando strutturali, si mantengono nel tempo e non sono esposte ai cambi dei vertici decisionali.

Azioni

- a) attivazione di CSM di prossimità, di piccola scala (orientativamente uno ogni 80 mila abitanti e in ogni caso in rapporto agli specifici bisogni di assistenza della popolazione), dotati di equipe multidisciplinari, in quantità e in qualità adeguate a garantire risposte ai bisogni complessivi di salute e di vita della persona, aperti almeno 12 ore al giorno per 7 giorni alla settimana³⁵;
- b) qualificazione del lavoro degli SPDC orientando le pratiche verso una presa in carico complessiva della persona, attraverso una equipe multidisciplinare, integrata con i CSM, aperti alla comunità, liberi da pratiche coercitive;
- c) adozione sistematica dello strumento del progetto terapeutico riabilitativi personalizzato, sostenuto da budget di salute, attivati dal CSM in co-progettazione e gestione con la persona, i suoi familiari e il terzo settore, anche per l'attivazione di residenze a differente grado di assistenza e piccoli gruppi di convivenza, quale contrasto all'istituzionalizzazione nelle strutture residenziali;
- d) mantenimento della responsabilità terapeutica e della continuità di cura nei confronti delle persone ricoverate nelle strutture residenziali e nelle cliniche psichiatriche da parte del CSM di competenza territoriale della persona;
- e) adozione di strumenti di valorizzazione e riconoscimento, anche economico, dei professionisti e dei servizi che documentano il percorso verso l'abolizione della contenzione.

³⁵ Il DPR 7 aprile 1994, Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996, afferma che il CSM “è aperto almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni a settimana e garantisce l'assistenza sanitaria specialistica al paziente sia presso il proprio domicilio privato che presso il domicilio sociale” (pag. 7). L'apertura è qui aggiornata tenendo conto della necessità delle persone in situazione di crisi di avere risposta al loro bisogno quando questo si manifesta (da parte del CSM di competenza), evitando il ricorso al sistema dell'emergenza-urgenza che spesso esita nel ricovero ospedaliero, anche nella forma del Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Raccomandazione 5

Garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi.

Il contesto in cui operano i servizi influenza l'azione della cura, le relazioni tra gli operatori e gli utenti, i rapporti tra gli operatori, il clima organizzativo e la qualità degli interventi.

Servizi di salute mentale qualificati sotto il profilo dell'accoglienza e del comfort degli spazi, più vicini ai "luoghi della normalità" sono rassicuranti e promuovono atteggiamenti rispettosi e non violenti da parte di utenti e operatori. La qualità degli habitat ritorna come identità positiva per le persone accolte, ma anche per gli operatori a cui viene riconosciuto attenzione e ruolo, superando le condizioni di trascuratezza e degrado che contraddistinguono spesso i luoghi della salute mentale. Questo anche a partire da una pluralità di micro-interventi locali a basso costo, prevedendo la collaborazione degli operatori (conoscitori spesso inermi dei fattori di degrado nella propria realtà lavorativa) e degli assistiti (spesso incapaci di percepire il servizio come un luogo di cui avere cura), favorendo il coinvolgimento della cittadinanza e delle associazioni nonché la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore, in particolare della cooperazione sociale di tipo B.

Promuovere servizi che possono essere attraversati da soggetti esterni -volontari, familiari e cittadini, sia per le visite alle persone in cura sia per specifiche attività- qualifica il clima del servizio, migliora le relazioni e gli scambi, contrasta la segregazione e l'aggressività di utenti e operatori.

Azioni

- a) adozione in ogni Regione e Provincia autonoma e in ogni Azienda Sanitaria di un Piano di Azione per la riqualificazione in via strutturale dei luoghi della salute mentale, con obiettivi definiti, risorse dedicate, tempi di realizzazione e strumenti permanenti di monitoraggio della qualità degli ambienti volte a promuovere interventi in particolare per:
 - attrezzare e arredare i servizi del DSM come luoghi di vita;
 - qualificare gli ambienti degli SPDC con spazi aperti e attraversabili dai ricoverati, stanze con non più di due posti letto, spazi comuni per attività di socializzazione, aree esterne all'aperto accessibili agli utenti, orari di visita flessibili;
 - promuovere il coinvolgimento e la presenza delle associazioni di utenti e familiari;
- b) revisione dei criteri di accreditamento regionale di SPDC e Strutture residenziali, in coerenza con quanto sopra riportato.

Raccomandazione 6

Promuovere il lavoro di equipe e il lavoro in rete

Il lavoro nei servizi di salute mentale, in particolare nella presa in carico delle persone con problemi severi che necessitano di risposte complesse e articolate e delle persone in crisi o che presentano significativi problemi comportamentali e di contesto, prevede e trae vantaggio da un lavoro di equipe in ciascun servizio, così come da un lavoro di rete con i servizi sociali e sanitari del territorio e con le agenzie dell'emergenza.

Il lavoro di equipe, teso alla ricerca di soluzioni adeguate e rispettose dei diritti e della sicurezza di utenti e operatori, sia in fase di accoglienza sia nel ricovero che nel lavoro territoriale, favorisce la qualità della presa in carico della persona e del suo contesto e promuove l'uscita dalla solitudine dell'operatore e la condivisione della responsabilità.

Il lavoro di rete con i servizi sociali e sanitari del territorio favorisce risposte coordinate e non ripetitive, assicurando la presa in carico complessiva dei soggetti, in riferimento alla salute fisica e ai determinanti sociali di salute. Il lavoro di rete con le agenzie dell'emergenza favorisce una presa in carico coordinata, con modalità consolidate e preventivamente condivise, che garantisce, soprattutto nelle situazioni di grave emergenza, pratiche rispettose della dignità e della sicurezza di utenti e operatori.

Azioni

- a) adozione in tutti i servizi del DSM del lavoro di equipe come metodo di lavoro e pratica quotidiana per condividere obiettivi e scelte organizzative, analizzare i bisogni delle persone in cura, in particolare di quelle che presentano problematiche più severe e complesse;
- b) promozione, da parte delle istituzioni regionali o locali, di protocolli tra il DSM, i distretti, i medici di medicina generale, i presidi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, la polizia municipale e le forze dell'ordine finalizzati al lavoro di rete, anche promuovendo iniziative di formazione sulla specificità dei bisogni nella presa in carico delle persone con problemi severi di salute mentale.

Raccomandazione 7

Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori

Il superamento della contenzione richiede una formazione specifica di operatrici e operatori, ma anche dei beneficiari dei servizi, a livello aziendale, dei DSM, con particolare attenzione a chi lavora nei luoghi in cui si ricorre alla contenzione, al fine di abolirne il ricorso e soprattutto superare il paradigma della pericolosità della persona con disturbo mentale.

La formazione deve riguardare prioritariamente le norme alla base del diritto alla salute, la legislazione sull'assistenza psichiatrica, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Deve inoltre affinare la capacità di riconoscimento delle violazioni dei diritti umani fondamentali nelle pratiche di cura, promuovere incontri e confronti con operatori dei servizi che non ricorrono alla contenzione, proporre momenti di ascolto delle persone che hanno subito la contenzione e dei familiari, produrre conoscenza sugli esiti fisici e psicologici della contenzione sui pazienti e sugli operatori.

Azioni

- a) realizzazione di percorsi formativi indirizzati agli operatori, in particolare a quelli che operano negli SPDC e nelle strutture residenziali, non differenziati per ruoli, con docenti con competenze cliniche, assistenziali, giuridiche ed etiche e con esperienza di disturbo mentale;
- b) realizzazione di specifiche attività formative, universitarie e di aggiornamento continuo, delle nuove generazioni di professionisti e degli operatori dei servizi;
- c) organizzazione di momenti di formazione sul campo con operatori di DSM che non ricorrono alla contenzione.