

 [Versione per la stampa](#)
 [Mostra rif. normativi](#)

Legislatura 17^a - Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani - Resoconto sommario n. 97 del 25/05/2016

COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

MERCOLEDÌ 25 MAGGIO 2016

97^a Seduta

Presidenza del Presidente

MANCONI

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Bernardo Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria.

La seduta inizia alle ore 13,35.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

Il presidente **MANCONI** comunica che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale: audizione del professor Bernardo Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria, sulla contenzione

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, convocata nella seduta del 17 maggio scorso.

<input type="checkbox"/>	Documento completo (27K)
	Frontespizio
<input type="checkbox"/>	SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI
	MANCONI
<input type="checkbox"/>	PROCEDURE INFORMATIVE
<input type="checkbox"/>	Seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella real[...]
	MANCONI
	MANCONI
	MAZZONI (AL-A (MpA))
	FATTORINI (PD)
	SIMEONI (Misto)
	MANCONI

Il presidente **MANCONI** ricorda che l'audizione del professor Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria (SIP), è la terza tenuta dalla Commissione sul tema della contenzione fisica e che verterà sulle raccomandazioni elaborate in materia dalla SIP nel 2012.

Il professor Bernardo CARPINIELLO sottolinea che la Società Italiana di Psichiatria raccoglie circa 6.000 psichiatri in tutta Italia. Le Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica, pubblicate nel 2012, sono state aggiornate in vista dell'audizione odierna e verranno diffuse nei prossimi giorni. La contenzione fisica investe l'assistenza sanitaria in generale ma - in alcune aree come la medicina di emergenza, la salute mentale e la geriatria - il problema riveste maggiore importanza. Nel campo della salute mentale essa assume un significato del tutto particolare, in relazione all'importanza in psichiatria della libertà personale, e questo per una pluralità di ordini di motivi. In primo luogo con riguardo al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale; in secondo luogo in rapporto all'importanza che il tema della contenzione fisica e dei movimenti volti a ridurre o abolire l'utilizzo hanno avuto nella storia della psichiatria e al rilievo che la gestione di questo aspetto può avere anche oggi nel vissuto di pazienti, operatori, familiari e nelle caratteristiche del clima di un servizio ospedaliero e di un dipartimento di salute mentale (DSM); in terzo luogo in relazione alla bassa contrattualità sociale che caratterizza il più delle volte il paziente psichiatrico e la complessiva difficoltà del soggetto a vedere adeguatamente valorizzato e ascoltato il proprio punto di vista; in quarto luogo con riferimento al fatto che la contenzione fisica avviene il più delle volte in psichiatria senza/contro il consenso informato del paziente che ne è oggetto, laddove in altre discipline mediche, come la chirurgia, essa avviene all'interno di pratiche mediche complesse, che prevedono anche momenti in cui il tasso di violenza esercitata è maggiore ma la natura sanitaria dell'atto ha un maggior grado di certezza, e il soggetto ha dato il proprio consenso perché possano avere luogo; in quinto luogo per il fatto che le considerazioni per le quali l'uso della forza può essere considerato lecito in psichiatria (prevenzione della violenza imminente o applicazione forzata di una disposizione dell'autorità) corrisponde alle considerazioni in virtù delle quali per le quali esso lo è parimenti considerato - ma in quel caso chiaramente regolamentato - da parte delle forze dell'ordine; in sesto luogo in relazione al rischio che l'adozione o il protrarsi della contenzione in psichiatria possano assumere valenze disciplinari o punitive improprie - anche in rapporto alla posizione

particolarmente limitrofa alle questioni inerenti la pubblica sicurezza della psichiatria rispetto alle altre discipline mediche - o che possano essere eccessivamente influenzati dall'assetto emotivo di chi assume la decisione, anche perché l'atto configura il più delle volte una risposta a un rischio soggettivamente percepito.

Già nel 1904 al XII Congresso della nostra Società scientifica, tenutosi a Genova, Ernesto Belmondo sostenne l'abolizione della contenzione meccanica nei manicomi. In tale occasione venivano sottolineati i rischi di uno scivolamento inconsapevole verso l'abuso di questo strumento, dell'instaurarsi di cattive abitudini nello staff e veniva richiamata l'importanza di dare ascolto, su questa pratica, alle esperienze dei pazienti. Il congresso concludeva perciò su questo tema: «Il Congresso, facendo plauso alla Relazione del professor Belmondo, disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti Manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci si impegnino a provocare, con ogni loro energia, nelle Amministrazioni quei provvedimenti che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, coll'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione nell'articolazione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attui anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di contenzione per gli alienati». Da questa presa di posizione, che rappresenta la sintesi di un dibattito franco e impegnativo, riteniamo si debbano evincere tre concetti: il primo è che la contenzione meccanica in psichiatria rappresenta una pratica disapprovata dagli psichiatri e da abolire. Il secondo è che il ricorso alla contenzione meccanica non ha a che fare esclusivamente con le condizioni cliniche del soggetto che vi è sottoposto, ma almeno altrettanto con la formazione del personale e l'assetto logistico e organizzativo in cui opera. La terza è che i soci della SIP devono sentirsi particolarmente impegnati nel perseguire l'obiettivo di abolire la contenzione e nella creazione di condizioni logistico-organizzative idonee a conseguirlo. Il successivo Regolamento applicativo della legge del 1904 (Regio decreto n. 615 del 16 agosto 1909) regolava la contenzione all'articolo 60 che guardava all'abolizione dello strumento e ne sottolineava il carattere di gravità ed eccezionalità: «nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione». Non vi è dubbio pertanto che già oltre un secolo fa la contenzione meccanica fosse vista come una pratica da evitare ogni volta che fosse possibile, da far durare il meno possibile, e cogliesse in pieno l'importanza del fatto di creare condizioni assistenziali complessive idonee a promuoverne la minimizzazione.

Nei decenni successivi, però, come è noto la contenzione meccanica continuò a essere ampiamente praticata negli ospedali psichiatrici mentre venne meno la capacità di discuterne con la stessa franchezza con cui lo si era fatto nell'occasione ricordata, e questa pratica, nonostante fosse utilizzata in modo diffuso, divenne oggetto di pressoché totale rimozione. Il dibattito sulla contenzione meccanica è ripreso in Italia negli ultimi vent'anni in modo prima più sporadico, e poi nell'ultimo decennio via via più diffuso. In linea generale si può osservare come oggi nella letteratura internazionale sia confermata una preoccupazione rispetto all'uso della contenzione meccanica e ne venga ribadito il carattere di eccezionalità e la necessità di sforzi volti a evitarla e prevenirla attraverso interventi formativi specifici sul rispetto del paziente e sulla gestione del comportamento violento. Esiste un fondato dibattito sul fatto che la contenzione debba essere considerata un atto

prevalentemente sanitario, e trovare perciò riferimento nell'articolo 32 della Costituzione; o un atto inerente prevalentemente la libertà personale, e trovare perciò riferimento principale nell'articolo 13 della Costituzione. In entrambi i casi, peraltro, né la legittimità giuridica né a maggior ragione l'obbligatorietà della contenzione attuata con mezzi meccanici troverebbero fondamento, in quanto si tratterebbe comunque di un atto non specificamente previsto né regolamentato dalla legge. I soli riferimenti possibili sarebbero perciò, nei casi in cui la contenzione - per lo più manuale o comunque molto breve - sia attuata ai fini dell'imposizione di una terapia, nelle previsioni per il Trattamento Sanitario Obbligatorio previsto dagli articoli 33, 34, 35 della legge n. 833 del 1978. E nei casi, più frequenti, in cui viene assunta per impedire un atto di violenza imminente nell'articolo 52 ("Non è punibile chi ha commesso il fatto, per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa") e 54 ("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") del Codice Penale, inerenti la legittima difesa e lo stato di necessità. Ma anche in questo caso la contenzione troverebbe giustificazione esclusivamente come provvedimento di emergenza, e in tal caso il criterio della breve durata sembrerebbe fondamentale. Si fa spesso riferimento, infine, all'articolo 40 e alla condotta omissiva: non intervenire a impedire un evento equivale a cagionarlo e, di conseguenza, gli psichiatri hanno l'obbligo di proteggere i pazienti con tutti i mezzi possibili. La giurisprudenza più recente, una sentenza della IV sezione della Cassazione del 27 novembre 2011, va in questa direzione.

In ambito europeo, la Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo (CEDU) e il Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa (CPT) si sono occupati di contenzione. Il CPT prevedeva nel 1992 la possibilità di ricorso alla contenzione come evento raro e autorizzato da un medico, e il fatto che fossero scrupolosamente registrati in cartella e in apposito registro inizio e fine, e specificazione delle circostanze e delle ragioni dell'utilizzo. Nel 1997, con specifico riferimento ai ricoveri psichiatrici, si precisa che la contenzione deve essere disciplinata da chiare linee guida e quando attuata con mezzi meccanici, deve essere interrotta nel minor tempo possibile. Nel 2005 si precisa ulteriormente che il paziente in ricovero volontario, se contrario alla contenzione attuata con mezzi meccanici cui è sottoposto, deve passare al regime di obbligatorietà. Analoghi principi sono stati fissati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (2005), che tra l'altro prevede la frequente rivalutazione della necessità della contenzione e una durata massima di alcune ore.

Dal fatto che la contenzione sia considerata un atto prevalentemente sanitario o inerente la sicurezza ovvero l'applicazione di un'ordinanza del Sindaco, deriva poi un problema rispetto ai soggetti tenuti ad applicarla, rappresentati nel primo caso dal personale sanitario, supportato solo ove occorra dalle forze dell'ordine; nel secondo, salvo casi di immediata emergenza, dalle forze dell'ordine stesse. Esistono in questo momento nel nostro Paese diversi orientamenti e prassi al riguardo. Nell'ambito delle strutture che operano nel DSM, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il luogo della gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica. Ma il problema della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche non riguarda solo i luoghi della psichiatria, ma può riguardare anche situazioni ad essi esterne quali il trasporto in ambulanza, il pronto soccorso, o ancora altri reparti ospedalieri, ovvero realtà residenziali esterne all'ospedale. Un tema particolarmente delicato sotto il profilo etico e tecnico - e particolarmente attuale nel momento del passaggio dell'assistenza penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale - è poi rappresentato dall'uso della contenzione in persone affette da condizioni psicopatologiche nei luoghi di reclusione, dove il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e motivazioni di carattere disciplinare è evidentemente più elevato e il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e trattamento di eventuali complicanze sanitarie può essere inferiore. Va da sé, tuttavia, che solo a partire da una pratica corretta nei riguardi della contenzione fisica all'interno dei propri luoghi, la psichiatria potrà esercitare un'influenza scientifica e culturale volta a minimizzarne l'utilizzo in tutti gli altri luoghi nei quali si può porre la necessità di gestire situazioni di comportamento violento in persone affette da condizioni psicopatologiche.

Diagnosi clinica e altre caratteristiche personali del paziente non sembrano essere i determinanti di una maggiore probabilità di ricorso alla contenzione; tra i fattori di rischio extraclinici si ricordano il sesso maschile, la giovane età, l'abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o alcool, ma soprattutto una storia personale di pregressi comportamenti impulsivi/ostili, oltre alla durata del ricovero ospedaliero e alla condizione di obbligatorietà del ricovero stesso. Tra quelli clinici, soprattutto nei disturbi psicotici, risultano significativi la presenza di sintomi psicotici acuti in atto o precedenti il ricovero.

Evitare la contenzione fisica in un servizio ospedaliero di psichiatria è un obiettivo realistico ma ambizioso, che si può raggiungere solo se è assunto dal DSM e dal singolo servizio ospedaliero come un obiettivo centrale nella propria offerta di cura. Coerentemente con questo obiettivo, è necessario che il DSM si impegni a garantire un'offerta psichiatrica di elevata qualità tecnica e scientifica, capace in particolare di un'attiva e continua formazione sui temi dei diritti dei pazienti, dell'ascolto della loro voce e dei familiari, della gestione del rischio, della gestione in particolare della crisi e della capacità di tutto il personale di padroneggiare le proprie emozioni e i propri impulsi al controagito.

La necessità di perseguire l'obiettivo di evitare la contenzione fisica non deve portare come conseguenza perversa a una scarsa trasparenza del fenomeno, quando ciononostante si verifica, né a un'assenza di chiare garanzie per la persona che, ciononostante, vi viene sottoposta. Ciò rende perciò necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori. Queste garanzie devono riguardare, in particolare, almeno il fatto che: nessuno possa essere sottoposto alla contenzione

meccanica per motivi diversi dall'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente, o di urgente e indispensabile imposizione della somministrazione di una terapia che viene rifiutata all'interno del Trattamento Sanitario Obbligatorio (in questo secondo caso, è in genere sufficiente la contenzione manuale, da attuarsi anch'essa nel massimo rispetto di criteri di dignità e incolumità della persona); si ponga il massimo impegno perché siano rimosse nei reparti di psichiatria tutte le situazioni di ingiustificata restrizione della libertà personale (difficoltà di accedere al colloquio col personale, al telefono, regolazione eccessivamente restrittiva delle visite dei parenti, della possibilità di fumare, ecc.), che sono talora all'origine di situazioni di attrito e di tensione evitabili tra il paziente e lo staff e possono determinare condizioni di reazione del paziente tali da rendere più probabile l'adozione di provvedimenti di contenzione; in ogni servizio ospedaliero siano garantite condizioni logistiche e di organico adeguate e siano disponibili specifici protocolli e formazione, perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale; prima di giungere alla contenzione siano sempre attivati in modo tempestivo tutti gli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici utili al contenimento della crisi, per la cui tempestiva attuazione è necessaria una specifica formazione degli psichiatri e degli altri operatori; nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto, o essere immobilizzata in altre situazioni di costrizione, senza che il fatto sia reso pubblico e trasparente attraverso un minuzioso resoconto di tutto quanto accade nella cartella clinica e un monitoraggio periodico di questi eventi da parte della ASL/AO e del Servizio Sanitario Regionale; la ASL/AO renda espliciti i provvedimenti adottati al fine di minimizzare o, se possibile, azzerare il ricorso alla contenzione fisica negli ambienti psichiatrici; siano sempre spiegate al paziente - contemporaneamente alla contenzione - le ragioni e le finalità sanitarie e non punitive del provvedimento e venga utilizzato ogni strumento comunicativo utile a rasserenare e a tranquillizzare la persona che ne è oggetto; dopo che il provvedimento ha avuto termine, esso sia ridiscusso con il paziente, con gli altri pazienti eventualmente coinvolti come testimoni, con i familiari e all'interno dello staff, chiamato a fare di questo episodio di temporaneo ed eccezionale fallimento della sua capacità di contenimento nell'ambito di una relazione rispettosa e non violenta un'occasione di crescita professionale perché situazioni analoghe possano essere gestite nel futuro senza giungere alla contenzione; siano evitati in particolare, nel corso dell'uso della forza, del blocco fisico o della contenzione, atti che possano essere pericolosi sotto il profilo sanitario o che possano essere vissuti come particolarmente angoscianti dalla persona che ne è oggetto; nessuna persona possa essere forzatamente immobilizzata al letto senza che ci si adoperi con ogni mezzo per aiutarla a sopportare

nel modo per lei più confortevole e dignitoso questa condizione dolorosa sotto il profilo emotivo e, potenzialmente, pericolosa; siano stabiliti con chiara certezza e resi pubblici i tempi massimi entro i quali ci si impegna al fatto che il paziente sia periodicamente sottoposto a controllo infermieristico nel corso del quale siano rilevati i parametri fondamentali e siano offerti acqua, cibo e possibilità di muovere gli arti, nonché l'opportunità di espletare le proprie funzioni fisiologiche nel modo il più possibile confortevole e dignitoso, e quelli entro i quali il medico verifica la possibilità di porre termine al provvedimento (tali tempi sono suggeriti anche in riferimento al carattere di eccezionalità del provvedimento, rispettivamente in mezz'ora e in due ore); dal momento che casi di gravi danni alla salute - fino alla morte del paziente durante la contenzione - sono segnalati nella cronaca e nella letteratura scientifica: in particolare in soggetti anziani intossicati o portatori di problemi di carattere medico, particolare attenzione deve essere dedicata all'attivazione di tutti quei presidi sanitari necessari ad evitare che la contenzione fisica possa dare luogo a complicanze mediche di natura ortopedica, vascolare o neurologica o ad altre conseguenze negative per la salute del paziente (tra i principali: asfissia, compressione toracica, torsione degli arti, *rush* catecolaminico, ostruzione delle vie aeree, raddomiolisi, trombosi ecc.) e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione; in nessun caso la contenzione possa essere protratta oltre il tempo strettamente indispensabile in riferimento al rischio di aggressione imminente o somministrazione obbligatoria di terapie indispensabili e siano esplicitamente definiti i tempi massimi nei quali la permanenza della condizione che ha portato alla contenzione sarà di volta in volta verificata perché la contenzione possa essere il più presto possibile interrotta. Appare infine auspicabile che siano previsti in modo esplicito i tempi oltre i quali la permanenza della contenzione, nel caso si prolungasse in modo particolarmente significativo, dovrebbe essere supervisionata da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del servizio ospedaliero (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM).

Il presidente **MANCONI**, nel ringraziare il professor Carpiello richiama la ricerca scientifica promossa una decina di anni fa dall'Istituto Superiore di sanità dalla quale risultava che nell'82 per cento dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) viene praticata la contenzione meccanica e chiede, se possibile, di voler confermare tale dato. Facendo poi riferimento a quanto a poc'anzi detto lo stesso professor Carpiello in merito alla indeterminatezza del personale responsabile a praticare la contenzione richiama il caso di Andrea Soldi deceduto il 5 agosto del 2015 a seguito di un intervento della Polizia municipale mentre si trovava pacificamente su una panchina in un parco a Torino. Sottolinea che l'assenza di protocolli e la mancata annotazione nella cartella clinica della contenzione ha costituito un elemento ulteriore di mancato rispetto della dignità della persona nei casi di Giuseppe Casu e Franco Mastrogiovanni. Da ultimo chiede ulteriori dettagli in merito alla difficoltà di consentire colloqui tra i pazienti e i familiari.

Il senatore **MAZZONI**(AL-A (MpA)) ringrazia il professor Carpiello per l'esautività del suo intervento che ha messo bene in chiaro il quadro normativo sotteso alla pratica della contenzione meccanica chiedendo quale contributo potrebbe venire dall'attività del Parlamento.

La senatrice **FATTORINI**(PD) rileva che pur in un quadro di assenza di riferimenti costituzionali la pratica della contenzione meccanica alla luce dell'intervento del professor

costituzionali la pratica della contenzione meccanica, una fase dell'intervento del professor Carpiniello, sia necessitata dai rischi connessi all'incontrollabilità delle azioni compiute durante episodi di disconnessione e di disagio mentale.

La senatrice **SIMEONI** (*Misto*), ricordando la sua esperienza di operatore del settore sanitario, in particolare in un SPDC, ringrazia il professor Carpiniello per aver ben descritto il contesto nel quale viene praticata la contenzione meccanica in un contesto di difficoltà logistiche e di impoverimento degli organici.

Il professor **CARPINIELLO** ricorda una pubblicazione sulla contenzione realizzata dalla Regione Lazio nel 2011 e relativa agli anni 2005, 2006, 2007. Una stima più attuale lascerebbe pensare che il 7-10 per cento dei ricoverati in un anno subiscano pratiche di contenzione meccanica. Ma non vi è modo conoscere l'esatta durata di ciascuna pratica. Lo studio della Regione Lazio indica una durata complessiva per paziente di oltre 20 ore annue. Certamente manca la formazione continua: si stima che il 60 per cento dei servizi non facciano formazione continua benché negli ultimi tempi si avvertano maggiore attenzione su questo punto e più consistenti investimenti. Il caso di Torino richiamato dal Presidente è stato davvero drammatico e per certi versi inspiegabile poiché il corpo della Polizia municipale di quella città ha una discreta preparazione di base. Peraltro normalmente un trattamento sanitario obbligatorio viene attuato dopo ore e ore di contatto verbale e di negoziazione con il paziente. Quanto al caso di Cagliari, di cui ha una certa conoscenza diretta - posto che non ha notizie rispetto all'altro caso ricordato dal presidente Manconi che si è verificato a Vallo della Lucania - le notizie di stampa non hanno purtroppo fornito con precisione i dettagli della vicenda.

Il presidente **MANCONI**, precisando che le notizie relative all'episodio di Cagliari di cui è in possesso sono state fornite dal direttore del Dipartimento di salute mentale entrato in carica dopo l'evento luttuoso, mentre le informazioni relative a Franco Mastrogiovanni sono tratte dagli atti giudiziari, ringrazia il professor Carpiniello e i senatori presenti, dichiara conclusa la procedura informativa.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è pertanto rinviato.

La seduta termina alle ore 14,45.