*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

# LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

23 aprile 2015

## INDICE


Presentazione 3

1. Premessa 4
2. L'orizzonte bioetico 5
3. L'orizzonte normativo 9
4. La contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura: indicazioni dalla ricerca 12
5. Cultura *restraint* e cultura *no-restraint* 15
6. Le ragioni per non legare 16
7. Strategie di cambiamento 17
8. La contenzione e gli anziani 20
9. La diffusione della contenzione nelle strutture residenziali assistite e negli ospedali 21
10. Conclusioni e raccomandazioni 22

**Presentazione**

Il parere "La contenzione: problemi bioetici" affronta il tema della contenzione nei confronti dei pazienti psichiatrici e degli anziani, con particolare riguardo alle forme di contenzione meccanica, che più sollevano riserve dal punto di vista etico e giuridico.

Numerose prese di posizione di organismi internazionali e dello stesso CNB in precedenti pareri – si vedano i pareri *Psichiatria e salute mentale* (2000, *Bioetica e diritti degli anziani* (2006), *Le demenze e la malattia di Alzheimer* (2014)- hanno già indicato con chiarezza l'obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, che è da considerarsi un residuo della cultura manicomiale. Ciononostante, la pratica di legare i pazienti e le pazienti contro la loro volontà risulta essere tuttora applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un'attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica né delle istituzioni.

Nonostante la scarsità degli studi in merito, indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo psicopatologico. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone: l'esistenza di servizi che hanno scelto di non applicare la contenzione e il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica confermano questa indicazione.

Per queste ragioni, il CNB ribadisce l'orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace. Di contro, l'uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non- contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico.

Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente 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. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga "giustificata", la presenza di un pericolo *grave ed attuale* che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti.

Il Parere intende mettere in luce che il superamento della contenzione è un tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura della cura - nei servizi psichiatrici e nell'assistenza agli anziani - in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario.

Nelle conclusioni, il CNB raccomanda fra l'altro di *incrementare la ricerca* e di *avviare un attento monitoraggio*, a livello regionale ma anche nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, dove vanno annotati col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura; di *predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione*; *di introdurre nella valutazione dei servizi standard di qualità* che favoriscano i servizi e le strutture *no-restraint*; di *mantenere e possibilmente incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili,* quali gli anziani e le anziane, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti.

Il Parere è stato elaborato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa e dal Prof. Stefano Canestrari, coordinatori del gruppo di lavoro, insediatosi il 28 febbraio 2014.

Il gruppo di lavoro si è avvalso del contributo di esperti, auditi in Plenaria, cui va un ringraziamento particolare: il Dott. Piero Cipriano, dirigente medico presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Filippo di Roma e autore del volume *La fabbrica della cura mentale* (2013); il Dott. Pietro Sangiorgio, Vice Segretario del Coordinamento Nazionale di Servizi di Diagnosi e Cura, già direttore del Dipartimento Salute Mentale ASL RMH1; la Prof.ssa Maria Grazia Giannichedda, docente di Sociologia dei fenomeni politici all'Università di Sassari, Presidente della Fondazione Franco e Franca Basaglia ed esperta OMS sulla salute mentale e diritti umani.

Al gruppo di lavoro hanno attivamente partecipato: Prof. Salvatore Amato, Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof. Carlo Casonato, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof.ssa Assuntina Morresi, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Dott. Carlo Petrini, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia. Hanno preso parte alle audizioni e alla discussione in Plenaria anche: Dott.ssa Rosaria Conte, Prof. Andrea Nicolussi, Prof. Carlo Flamigni, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof. Mario De Curtis, Prof. Giancarlo Umani Ronchi.

Il parere è stato approvato all'unanimità nella Plenaria del 24 aprile 2015 dai presenti: Prof. Salvatore Amato, Prof. Stefano Canestrari, Prof. Bruno Dallapiccola, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof. Mario De Curtis, Prof. Riccardo Di Segni, Prof. Carlo Flamigni, Prof.ssa Assunta Morresi, Prof. Demetrio Neri, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia, Prof. Giancarlo Umani Ronchi, Dott.ssa Grazia Zuffa.

Hanno espresso parere favorevole i membri consultivi: Dott.ssa Carla Bernasconi, Dott.ssa Rosaria Conte, Dott. Carlo Petrini.

Assenti alla seduta, hanno espresso successivamente la loro adesione: Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof.ssa Cinzia Caporale, Prof. Carlo Casonato, Prof.ssa Paola Frati.

## 1. Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica, con questo documento, intende attirare l'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulla contenzione, esercitata su pazienti ricoverati in diverse tipologie di strutture sociosanitarie del nostro paese. La contenzione può essere di tipo fisico o farmacologico. In questo parere, il CNB intende in particolare affrontare il problema della forma di contenzione che più solleva riserve dal punto di vista etico e giuridico: la contenzione meccanica, ossia la pratica di legare i pazienti con l'uso della

forza e contro la loro volontà. A ciò ci riferiremo d'ora in avanti, quando useremo il termine contenzione senza altra specificazione.

La pratica della contenzione è usata nei confronti dei pazienti psichiatrici nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali così come nelle cliniche private; ma anche su minori ricoverati in strutture per problemi di disabilità mentale o fisica e su anziani degenti in ospedali o in strutture residenziali assistite[1]. A questi ultimi va dedicata un'attenzione particolare, sia per la loro vulnerabilità, sia perché l'aumento della vita media ha comportato un incremento di malattie invalidanti e demenze senili, con massiccio ricorso all'istituzionalizzazione. Poiché il contesto in cui la contenzione è adottata e le motivazioni addotte per giustificarla sono in parte differenti per i pazienti psichiatrici e per gli anziani, le due questioni saranno esaminate in maniera distinta. Il che non deve farci dimenticare che la contenzione, sia per gli anziani che per i pazienti psichiatrici e i disabili, affonda le radici in una comune cultura e tradizione assistenziale, poco attenta alla relazione terapeutica e alla soggettività del paziente.

## 2. L'orizzonte bioetico

Il CNB si è già pronunciato diverse volte in merito alla contenzione, invitando al suo superamento. Questo nuovo pronunciamento nasce dalla constatazione che, nonostante gli anni intercorsi, la contenzione è ancora largamente applicata senza che si intravedano sforzi decisivi alla sua risoluzione e neppure una sufficiente sensibilità alla gravità del problema.

Si ricordi, in ordine, il documento del 2006, "Bioetica e diritti degli anziani": nell'invitare al rispetto dell'integrità dell'anziano e alla non maleficenza, il CNB sottolinea come "la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo"[2]. Circa la contenzione in ambito psichiatrico, il parere " Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici", del 2000, afferma chiaramente che "la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità della persona". Tale pratica è individuata come un residuo della cultura manicomiale, che produce "cronicizzazione, invece che il recupero della malattia"[3].

Ma già l'anno addietro, nel settembre 1999, nel documento "Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici", il CNB denunciava "l'uso frequente della contenzione anche prolungata in buona parte degli SPDC, negli OPG, nelle strutture soprattutto private (ma spesso convenzionate a carico del SSN)", rilevando che "tali prassi sono in primo luogo in contrasto con le buone pratiche medico-psichiatriche". Si raccomandava perciò che la contenzione e l'isolamento fossero "drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza" e che dovessero comunque essere limitati nel tempo, sottolineando al tempo stesso "la convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico"[4].

---

[1] Per i soggetti in età evolutiva, si veda la denunzia delle associazioni dei familiari citata nel documento Stato-Regioni del 2010.

[2] CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006, pp. 7-8.

[3] CNB, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, p. 18.

[4] CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici,* in "Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici", 1999.

Anche il recente documento "Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche", del 2014, analizza le questioni sia del ricovero che del trattamento involontario per queste persone altamente vulnerabili, rimarcando il collegamento fra i diritti dei malati e un'adeguata presa in carico, "poiché carenze e inadeguatezze nell'assistenza di persone con disabilità mentale conducono a situazioni che si traducono in trattamenti inumani e degradanti".[5]

Nel dibattito bioetico sulla salute mentale, è centrale dunque il passaggio a un nuovo paradigma, in sostituzione dell'approccio manicomiale: da una visione del malato di mente come destinatario di coercizione e segregazione (in quanto portatore di pericolosità sociale), a quella di persona sofferente di cui prendersi cura, secondo principi e modalità di presa in carico del tutto simili a quelli usati per altre patologie e sofferenze.

Superare il "residuo di cultura manicomiale" denunciato da questo comitato nel 2000, significa predisporre servizi psichiatrici che rispondano appieno ai criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo delle prestazioni di cura: dall'impegno a offrire interventi che migliorino la qualità della vita (secondo il principio di beneficenza), all'obbligo a non causare danno (principio di non maleficenza), al rispetto dell'autonomia e della dignità della persona (anche quando si tratti di decidere circa l'opportunità di un intervento sanitario), all'osservanza di criteri di giustizia nella ripartizione delle risorse.

In ambito internazionale, numerose sono le prese di posizione contro la coercizione in psichiatria (nel cui ambito è trattato anche il problema della contenzione).

Si veda la Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d'Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, adottata nel 2004, a seguito del Libro Bianco europeo (commentato dal CNB italiano nel già citato parere del 1999). Nella Raccomandazione si affrontano le questioni del ricovero e del trattamento involontario in strutture psichiatriche (quali momenti tra loro distinti, cap.III)[6]; così come della *seclusion* (la stanza d'isolamento) e della contenzione (cap.V, art.27), raccomandando di limitare le misure ai "casi di imminente pericolo per la persona o per altri, e in proporzione ai rischi implicati", con menzione dei casi nella cartella clinica della persona e in un registro apposito. Si noti che la contenzione è trattata in un articolo a se stante, quale misura assolutamente distinta dal trattamento.

---

[5] CNB, *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 2014, pp. 18 e ss.

[6] Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of human rights and the dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies*, 22 September 2004. La distinzione fra ricovero involontario e trattamento involontario si fonda sul presupposto che debba prevalere la presunzione in favore della capacità di decidere, anche se il paziente è ricoverato non per sua volontà, a meno che lo stato di incapacità di decidere riguardo al proprio trattamento non faccia parte dei criteri giuridici del ricovero (cfr. il Libro Bianco e il parere CNB del 1999). Circa la casistica del trattamento involontario della Raccomandazione: la persona deve rappresentare un rischio significativo per l'incolumità propria o altrui; il trattamento deve avere una finalità terapeutica; non devono essere disponibili alternative terapeutiche meno restrittive; l'opinione della persona deve essere presa in considerazione. Sono indicati anche i criteri per l'esecuzione (es.: il trattamento deve essere proporzionato alle condizioni di salute; deve essere parte di un programma scritto; deve essere documentato; deve essere indirizzato all'utilizzo, il più presto possibile, di un trattamento accettabile per la persona; etc.) e i diritti che devono essere garantiti (es.: informazione alla persona e al suo rappresentante legale, comunicazione e visita, etc.).

Ancora, la dichiarazione conclusiva della conferenza di Helsinki dei ministri della sanità di 52 paesi della regione europea della OMS nel 2005 (dal titolo *Affrontare le sfide, creare le soluzioni*) e la risoluzione del Parlamento Europeo del 2006[7], nota come *Risoluzione Bowis*, richiamano al rispetto dei diritti umani delle persone malate di mente (fra cui fondamentale è il diritto all'autonomia): fino a chiedere esplicitamente ai governi di "offrire cure efficaci e comprensive che rispettino le loro preferenze personali", e di "introdurre o rafforzare leggi o regolamenti che garantiscano gli standard di cura ponendo fine agli interventi inumani e degradanti"[8]. Sul tema specifico della contenzione, la *Risoluzione Bowis* considera che "vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari il monitoraggio, il controllo e la vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona"[9]. E ancora giudica "che il ricorso alla forza sia controproducente, così come la somministrazione coatta dei farmaci", raccomandando che l'eventuale somministrazione coatta debba avvenire con la convalida dell'autorità civile[10]. Come si vede, questi documenti sottolineano lo stretto legame fra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona[11]. La pratica e la cultura dell'istituzionalizzazione sono condannate, perché il mancato rispetto dei diritti è non solo una lesione della persona, ma anche uno dei fattori di aggravamento della patologia psichica.

Se ne deduce un chiaro collegamento fra il diritto all'autonomia della persona e il diritto a ricevere cure appropriate. Per meglio dire, il diritto all'autonomia diventa il volano di un intervento terapeutico valido ed efficace. Con una conseguenza importante circa l'inquadramento bioetico della contenzione: nel caso del paziente sottoposto a contenzione meccanica, non ci sono scusanti per la violazione dell'autonomia della persona in nome del suo "bene" e non è perciò appropriato ipotizzare due principi in conflitto, la libertà della persona, da un lato, e la (supposta) finalità terapeutica dell'intervento coercitivo (principio di beneficenza), dall'altro. Non si tratta tanto di trovare un bilanciamento fra questi principi, cercando perciò di individuare le situazioni in cui il principio di beneficenza possa prevalere sul diritto all'autonomia del paziente (posizione che corre il rischio di istituzionalizzare/normare le violazioni della libertà)[12]; quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre

[7] J. Bowis, *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea* (Risoluzione Bowis), 2006/2058 INI.

[8] Cfr. i documenti: *Mental Health Declaration for Europe, Facing the challenges, Building solutions*, (EUR/04/5047810/6) e *Mental Health Plan for Europe,* (EUR/04/5047810/7), WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 January 2015.

[9] Risoluzione Bowis, punto 34.

[10] Risoluzione Bowis, punto 33.

[11] Cfr. M.G. Giannichedda, *La salute mentale e i diritti della persona*, in Laura Canovacci (a cura di), 1978-2008: *Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010.

[12] Cfr. C. Petrini, *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Ann. Ist. Super Sanità, 2013, vol. 49, n. 3, pp. 281-285; Cfr. anche F. Maisto, *Imputabilità e vulnerabilità*, Quaderni di SOUQ - Centro Studi Sofferenza Urbana, 2011, n. 4. Scrive il giudice Francesco Maisto: "Si diffondono pratiche e protocolli ospedalieri e professionali sulla contenzione, nell'errato convincimento del valore giustificativo e tutorio per gli operatori in caso di lesioni, decessi e danni di qualsiasi genere ai pazienti. Tutti gli argomenti giuridici giustificativi di dette pratiche non tengono conto che nella legislazione vigente la contenzione in senso stretto, meccanica (distinta dall'occasionale ed eccezionale contenzione fisica e dalla contenzione farmacologia) non è prevista e che non trattasi di lacuna per distrazione del Legislatore, bensì di consapevole scelta dello stesso".

una violazione della persona, dagli effetti controproducenti. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione, non solo non toglie forza alla regola della non-contenzione, ma soprattutto non modifica i fondamenti del discorso etico.

Come ribadisce anche il Comitato danese di Etica, nel documento significativamente intitolato *Power and powerlessness in psychiatry,* del 2012, rimane intatto il principio che la coercizione rappresenta invariabilmente una violazione, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi. Soprattutto va ricordato che la contenzione costituisce un ostacolo alla relazione fra curante e curato, relazione che rimane il principale strumento terapeutico.

Il ricorso alla forza va dunque in ogni modo evitato: è questo un invito pressante agli operatori impegnati a vario titolo nelle prestazioni di cura, e al tempo stesso un appello rivolto alle istituzioni, affinché predispongano politiche adeguate.

Il richiamo è tanto più opportuno considerando che, a distanza di molti decenni dalla riforma psichiatrica, e nonostante i molti appelli per il suo superamento, la contenzione risulta ancora essere utilizzata in modalità non "eccezionale", come si vedrà più avanti.

I documenti internazionali citati indicano una via di superamento della contenzione, attraverso la costruzione di servizi territoriali di comunità "che prevedano un coinvolgimento dei pazienti nel percorso della cura, con una sensibilità verso i loro bisogni e la loro cultura d'origine"[13]. Anche la già citata dichiarazione del Comitato danese di Etica confida in un cambio di cultura, articolato su due pilastri: il riconoscimento della persona come tale, prima ancora che come soggetto affetto da malattia; e di conseguenza, la visione del paziente come persona alla "pari" del personale medico (di pari diritti, di pari dignità e portatrice di un insostituibile "sapere su di sé"). Tale "parità" dovrebbe favorire una relazione terapeutica empatica e rispettosa, facendo sì che l'asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche fra curato e curante non si traduca in un rapporto di prevaricazione. [14]. Sono indicazioni importanti, in linea con gli orientamenti comunitari nel campo della salute mentale, volti a cogliere e valorizzare il ruolo dei fattori ambientali e relazionali nella cura, in accordo peraltro coi principi ispiratori della riforma psichiatrica italiana.

Il superamento della contenzione si intreccia dunque con una nuova cultura e organizzazione dei servizi. Il che non significa rimandare al cambiamento di cultura la risoluzione del problema, di fatto accettando una scissione fra principi e pratiche e declassando i primi a proclami moralistici; quanto, al contrario, partire dal rifiuto della contenzione quale fondamento di "buone prassi", presupposto cioè per costruire nel concreto una diversa cultura dei servizi, a partire da una corretta relazione fra chi cura e chi è curato. E' questo il senso e il valore di iniziative quali i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che semplicemente non applicano la contenzione (*no- restraint*); o le città, come Trieste, "libere dalla contenzione" , che si impegnano a evitare di legare le persone in tutti i servizi sociosanitari della città e nelle case di riposo per anziani[15]. Né mancano esempi di Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui la

[13] Dichiarazione di Helsinki, cit. V, p. 4.

[14] *The Danish Council of Ethics Statement on coercion in psychiatry*, p. 8.

[15] L'iniziativa nasce dalla Azienda sanitaria 1 di Trieste, in collaborazione con l'Ordine dei medici. Il 21 dicembre 2013 il Sindaco di Trieste, Roberto Cosolini, ha lanciato un appello ai Sindaci e ai responsabili sanitari di tutto il Paese affinché si rigettino tutte le forme di

contenzione è stata eliminata, come nel nell'OPG di Montelupo Fiorentino, nel 2012[16]. Peraltro, l'indicazione del divieto di contenzione è presente anche nei piani sanitari di alcune regioni, come si vedrà più avanti.

L'esistenza stessa di servizi che non applicano la contenzione mostra come l'osservanza di un principio etico, all'interno di un approccio di cura che pone al centro la relazione fra "pari", di curante e curato, possa guidare alle buone pratiche. Si deve, dunque si può.

## 3. L'orizzonte normativo

Oltre a costituire espressione di un fenomeno ampio, ricco di riflessi in vari campi dell'esperienza e del sapere umano, sotto il profilo giuridico le tecniche di contenzione dischiudono agli occhi degli studiosi e degli operatori del diritto interrogativi di grande portata e di complessità notevole.

Alla luce di ciò, l'approfondimento del tema è stato avviato negli ultimi anni - in virtù anche della rilevanza di recenti casi giudiziari[17], assurti all'onore delle cronache nei loro dolorosi risvolti - dalla dottrina, nella specie da quella costituzionalistica e penalistica.

Occorre dunque dare riassuntivamente conto dei diversi nodi problematici individuati nell'alveo del dibattito dottrinale.

Per prima cosa è bene specificare come sussistano dubbi sulla stessa liceità delle pratiche contentive, in specie ove si esplichino nel ricorso a mezzi di contenzione meccanica: in sostanza, ci si chiede se ci si trovi di fronte ad atti leciti, in quanto previsti dalla legge, oppure se si tratti di atti vietati (quindi, illeciti) e tuttavia resi conformi all'ordinamento dall'esistenza di una causa di giustificazione di volta in volta individuata.

Il quesito, come segnalato in letteratura[18], appare strettamente legato a quello concernente l'esatta delimitazione degli obblighi rientranti nella posizione di garanzia configurabile in capo agli operatori sanitari *ex* art. 40, 2° comma, c.p.: ci si interroga, in particolare, se nel novero di tali obblighi si possa comprendere l'impedimento, mediante pratiche di contenzione, di atti auto- ed eterolesivi del paziente.

Una prima opinione, diffusa in parte della dottrina e della giurisprudenza, afferma che gli obblighi in argomento comprendano anche il ricorso a mezzi contentivi, osservando anzi come il loro utilizzo s'imponga proprio quando si tratti di evitare condotte lesive auto- o etero dirette. Simili conclusioni, peraltro, rimarrebbero valide anche dopo la l. 13 maggio 1978, n. 180, nonostante l'abbandono – da essa promosso – del modello "custodialistico", strettamente

---

contenzione meccanica, farmacologica ed ambientale che tutt'oggi sono utilizzate su cittadini deboli in violazione dell'articolo 13 della nostra Costituzione.

[16] La direttrice, Antonella Tuoni, così spiegava le ragioni del divieto di contenzione: "Tenere legata ad un letto una persona per giorni e giorni come pratica usuale richiamando l'articolo dell'Ordinamento Penitenziario che prevede l'impiego della forza fisica e l'uso dei mezzi di coercizione, ovvero la normativa in materia di trattamento sanitario obbligatorio, oltre che inumano è illecito" (Ristretti Orizzonti, 17 settembre 2013).

[17] Si allude in particolare ai casi riguardanti i decessi di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, per cui v., riassuntivamente e rispettivamente, G. Dodaro, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, www.penalecontemporaneo.it, 12 giugno 2013, e, dello stesso Autore, *Il nodo della contenzione in psichiatria tra gestione della sicurezza, diritti del paziente e "inconscio istituzionale*", www.penalecontemporaneo.it, 25 febbraio 2014.

[18] Cfr. il riepilogo offerto da C. Sale, *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, www.penalecontemporaneo.it, 27 aprile 2014, pp. 8 e ss.

connesso alla superata visione manicomiale della sofferenza psichica sulla base della presunzione di pericolosità dei soggetti di questa portatori.

Un diverso orientamento della dottrina e della giurisprudenza, tuttavia, valorizzando l'assenza nell'ordinamento italiano di una normativa specifica, ha escluso la possibilità di configurare una simile posizione di garanzia in capo agli operatori psichiatrici, sottolineando come, proprio per i motivi accennati, anche le generali indicazioni desumibili dalla l. 180/1978 deporrebbero in tal senso.[19]

Secondo questa diversa ricostruzione, la contenzione meccanica sarebbe passibile, in linea di massima, di integrare un fatto penalmente illecito ai sensi degli artt. 605 c.p. ("Sequestro di persona") e 610 c.p. ("Violenza privata"), ma consentito quando ricorra una causa di giustificazione.

Le ipotesi giustificanti individuate in dottrina, in particolare, sono quelle previste dall'art. 51 ("Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere"), dall'art. 52 ("Difesa legittima") o dall'art. 54 ("Stato di necessità") del Codice penale.

Sotto questo aspetto, conviene notare che, ferma restando la necessità di valutare rigorosamente i presupposti ed i limiti di applicabilità di tutte le cause giustificazione in questione, la dottrina prevalente ha privilegiato l'applicazione dello stato di necessità e – ove ne ricorrano gli estremi – della legittima difesa. Questo soprattutto sulla base dell'argomento per cui mentre la scriminante dell'adempimento del dovere indurrebbe ad una concezione asimmetrica del rapporto di cura, comprimendo in certo senso il ruolo del paziente, il richiamo delle cause di giustificazione di cui agli artt. 52 e 54 c.p. sembra al contrario ispirarsi ad una interpretazione paritaria del medesimo rapporto, nella specie maggiormente rispettosa della dignità del paziente[20].

Occorre in ogni caso tenere presente come a venire in rilievo, nel caso della contenzione meccanica, siano diritti fondamentali della persona. Per questa ragione, il tema ha sollevato altresì il problema, affrontato in particolare dalla lettura costituzionalistica, di verificarne la legittimità in relazione ai principi della Carta fondamentale.

Al riguardo è stato sottolineato come il problema debba essere osservato attraverso la lente degli artt. 13 e 32 della Costituzione[21]. Risulta in effetti discussa, sotto questo profilo, la natura stessa delle pratiche contentive in argomento: la questione non è di scarsa importanza e lo si evince già solo considerando che, mentre l'art. 13 – che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale e prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale "sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà" – concerne interventi *coercitivi*, l'art. 32 riguarda invece interventi *obbligatori*. Sul piano della disciplina, dunque, l'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 della Costituzione: quest'ultimo stabilisce una c.d. riserva di legge relativa, per cui "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" (2° comma); l'art. 13, invece, sancisce al contempo una c.d. riserva di legge assoluta ed una c.d. riserva di giurisdizione, prevedendo al 3° comma che "[i]n casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge,

[19] Un dubbio potrebbe residuare, si segnala, solo per quanto concerne la specifica condizione del soggetto sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio in stato di degenza ospedaliera.
[20] In tal senso, ad es., G. Dodaro, *Morire di contenzione*, cit.
[21] M. Massa, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, "Rivista italiana di medicina legale", 2013, pp. 179 e ss.

l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto".

Si ipotizza, infine, anche una soluzione intermedia, che suggerisce di assimilare le pratiche di contenzione ai trattamenti sanitari coattivi, suggerendo una loro regolamentazione congiunta da parte degli artt. 13 e 32 della Costituzione.

Indipendentemente dalla tesi che si voglia accogliere, si è inoltre sottolineato come risulti in ogni caso necessario – sempre dal punto di vista della legittimità costituzionale – che la possibilità di eseguire interventi contentivi s'un paziente psichiatrico debba essere prevista da una legge emanata dal Parlamento, la quale ne disciplini i presupposti applicativi[22].

Ora, nel nostro ordinamento non è rinvenibile una normativa specifica: se si eccettuano gli artt. 41, 3° comma, l. 26 luglio 1975, n. 354 (*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*) e 77 del regolamento cui questo fa rinvio[23], che concernono la specifica situazione del paziente psichiatrico detenuto in carcere, il principale riferimento normativo sarebbe ancora da individuarsi – almeno secondo l'indirizzo giurisprudenziale maggioritario – nell'art. 60, r.d. 16 agosto 1909, n. 615 (*Regolamento sui manicomi e sugli alienati*, attuativo della l. 14 febbraio 1904, n. 36). A mente di quest'ultima previsione, "[n]ei manicomi debbono 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". Tuttavia, non solo appare discussa l'attuale vigenza dell'art. 60 in parola (giacché, se la giurisprudenza tende per lo più a riconoscerne la sopravvivenza alla riforma operata dalla l. 180/1978, che nulla dice sul punto, secondo altri bisognerebbe invece ritenere che esso sia stato travolto da un'abrogazione tacita), ma se n'è posta anche in dubbio l'idoneità stessa a soddisfare la riserva di legge richiesta dalle norme costituzionali, anche quando si dovesse trattare di quella relativa di cui all'art. 32 della Costituzione: infatti, la norma non appare sotto questo profilo sufficientemente articolata e precisa.

Come si vede, dunque, (anche) sotto il profilo giuridico la contenzione meccanica solleva, pur limitando lo sguardo ad una prospettiva ancorata alla situazione normativa attuale, questioni di non facile soluzione e sulle quali la riflessione, lungi dall'essere giunta ad una piena condivisione da parte degli interpreti, si sta ancora sviluppando. Nondimeno, sembra che alcuni punti fermi si possano già oggi individuare.

Va anzitutto ribadito, una volta di più, come – a maggior ragione dopo la l. 180/1978, ma a ben vedere per ragioni che a questa non si limitano e che da

[22] Sul punto, v. anche G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, "Rivista italiana di medicina legale", 2011, pp. 1499 e ss.

[23] L'art. 41, 3° comma, in discorso recita: «Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario». L'art. 77 del regolamento cui si fa rinvio contempla la possibile utilizzazione delle fasce di contenzione per polsi e caviglie, pur prevedendo talune specifiche garanzie.

questa prescindono – non possa più essere accettata una visione del paziente portatore di un disturbo mentale quale soggetto presuntivamente ritenuto pericoloso e nei cui confronti l'intervento sanitario debba esplicarsi in forme "custodialistiche". Da ciò discende la necessità d'intendere la relazione terapeutica coi pazienti affetti da disturbi mentali in termini sovrapponibili a quelli propri di ogni rapporto di cura e, quindi, secondo criteri fondamentali in tutto simili a quelli adottati nei confronti di altre patologie e forme di sofferenza. In questo senso, è auspicio del Comitato Nazionale per la Bioetica che la relazione medico-paziente si svolga su direttrici paritarie, pienamente rispettose dei canoni di una relazione umana ispirata all'eguale dignità e libertà dei soggetti coinvolti.

In conseguenza di ciò, il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente 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. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga "giustificata", la presenza di un pericolo *grave ed attuale* che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe gli illeciti evidenziati in precedenza.

Tali indicazioni, infine, sembrano in grado di rappresentare utili – e, sotto alcuni profili, irrinunciabili – punti di riferimento per una più corretta applicazione anche delle forme di contenzione diverse da quella meccanica, pur opportunamente calate nelle rispettive realtà e specificità.

## 4. La contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura: indicazioni dalla ricerca

Come accennato, si distinguono forme di contenzione fisica e farmacologica. La contenzione meccanica è una tipologia di contenzione fisica, ma ci sono altre forme di contenzione fisica, del tutto diverse dalla contenzione meccanica. Di queste fa parte lo *holding*, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo, nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise. Lo *holding* può perciò rappresentare una delle procedure di *de-escalation* nelle crisi di aggressività dei pazienti, alternative alla contenzione meccanica (con l'obiettivo di contenere- nel senso di recepire e "tenere dentro di sé" i vissuti del paziente- alleviando la sua rabbia e la sua sofferenza).

Diversa è la contenzione meccanica, che si realizza con camicie di forza, letti di contenzione, cinghie alle caviglie e ai polsi. Ulteriore modalità è rappresentata dalla *seclusion*, ossia dalla chiusura del paziente in celle di isolamento. E' perlopiù usata nei paesi di tradizione anglosassone, a differenza del nostro, in cui si ricorre di preferenza alla contenzione meccanica.

Quanto alla contenzione farmacologica, essa avviene con la somministrazione di farmaci in dosi più elevate che nelle correnti indicazioni terapeutiche, finalizzate all'ottundimento della volontà e delle reazioni del paziente. La sedazione farmacologica può certo rappresentare uno strumento per fronteggiare le crisi di aggressività, ma ciò non significa che sia opportuno sostituire la contenzione meccanica con quella farmacologica. È evidente infatti che gli alti dosaggi dei farmaci a fini contenitivi possono avere effetti collaterali rischiosi, oltre a ritardare l'avvio della relazione terapeutica, risorsa indispensabile nel percorso di recupero. Per questa ragione, nei piani sanitari e nelle linee di indirizzo di alcune regioni si raccomanda di attenersi ai dosaggi corretti dei farmaci sedativi e di monitorare con attenzione l'eventuale ricorso a posologie improprie, che comunque dovrebbero essere limitate nel tempo.

Infine, negli SPDC che hanno scelto di non legare i pazienti o che cercano di limitare tale pratica al minimo, non risulta dai dati a disposizione un uso più intensivo di psicofarmaci rispetto ai servizi che ricorrono più massicciamente alla contenzione[24].

Alla radice, è l'orientamento dei servizi a fare la differenza. Perciò la soluzione non sta tanto nella sostituzione della contenzione farmacologica alla contenzione meccanica, quanto nel superamento della cultura stessa della contenzione, avvalendosi correttamente di tutti gli strumenti terapeutici, farmaci inclusi.

La contenzione meccanica può dirsi il "rimosso" dell'assistenza psichiatrica. Nel 1978, la legge di riforma psichiatrica sancisce la fine dei nuovi ingressi in manicomio e inizia il percorso verso la loro chiusura; si inaugura il nuovo sistema di presa in carico territoriale, demandando le crisi acute agli Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli ospedali generali. Nessun cenno si trova nella legge psichiatrica alla contenzione, né il problema è affrontato in seguito con l'urgenza e la gravità che meriterebbe nei piani sanitari e in altri documenti di indirizzo sulla salute mentale, come meglio esamineremo.

Ancora più sorprendente è la scarsità di ricerca e l'assenza di monitoraggio sistematico di una pratica così invasiva e lesiva della persona, nonostante gli appelli al superamento già citati. La contenzione diviene in genere oggetto di dibattito pubblico quando avvengono tragici morti di persone legate, con conseguenti interventi della Magistratura. Così nel 2006, la morte di Giuseppe Casu, rimasto legato per sette giorni a un letto del reparto psichiatrico dell'ospedale di Cagliari, suscita la protesta delle associazioni dei familiari dei malati e l'indignazione dell'opinione pubblica; nel 2010, è la volta di Francesco Mastrogiovanni, morto a Vallo di Lucania dopo dieci giorni ininterrotti di contenzione. Anche in questo caso, il ruolo dei familiari, promotori del Comitato "Verità e Giustizia per Francesco Mastrogiovanni", è stato fondamentale per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica.

[24] Il dato emerge dallo Studio SPT, ricerca longitudinale dell'Istituto Mario Negri di Milano su 61 servizi territoriali e 39 SPDC di 12 regioni sugli esiti dei disturbi mentali gravi lungo cinque anni dalla presa in carico; cfr. Giuseppe Cardamone, Angelo Guarnieri, Luisa Mari, *Una elaborazione critica dei dati sui SPDC. Riflessioni sul senso della crisi e del ricovero in psichiatria,* "Rivista sperimentale di Freniatria", Vol. CXXVII, supplemento n. 2/2003, pp. 23-24. Gli autori notano anche che i servizi che meno ricorrono alla contenzione non sono dotati di più personale rispetto agli altri. Cfr. anche P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 51.

Nonostante la scarsità della ricerca sul tema, esistono alcuni studi, italiani e non, che offrono un panorama del funzionamento dei servizi, in cui la pratica della contenzione si inserisce[25].

La ricerca *Progres Acuti*, condotta fra il 2002 e il 2003, ha permesso di raccogliere dati nazionali circa caratteristiche e modelli operativi dei 262 SPDC operanti in Italia e dei 16 Centri di Salute Mentale territoriali aperti 24 ore su 24 (in grado di accogliere pazienti in crisi): durante il periodo, il tasso di Trattamenti Sanitari Obbligatori è stato del 12,9%. L'80% degli SPDC hanno la porta chiusa, mentre 15 CSM 24 ore su 16 hanno la porta aperta. Il modello "porta chiusa" è più diffuso in Italia rispetto all'estero.[26] Tuttavia, a livello nazionale, non si conosce il numero dei pazienti su cui la contenzione meccanica sia stata applicata, né il numero delle contenzioni, né il numero totale di ore di contenzione nell'arco di un anno.

Un quadro più esauriente emerge a livello regionale, dalla ricerca sugli SDPC dell'area metropolitana di Roma, a cura del coordinamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Lazio, iniziata nel 2005 con successivo *follow up*[27]. Lo studio ha permesso di monitorare le contenzioni meccaniche eseguite nel periodo, capire la loro ratio, individuarne l'evoluzione, prefigurare soluzioni; esso è tanto più importante, in quanto riguarda l'area di una grande metropoli, con una varietà di problematiche vecchie e nuove di salute mentale. Queste si riflettono sull'attività degli SPDC, affollati da ogni genere di urgenze (condotte psicopatiche, co-diagnosi di dipendenza e disturbo mentale, emergenze collegate a nuove povertà e crisi sociali).

Al primo *step* della ricerca laziale, nel quadrimestre gennaio-aprile 2005, hanno partecipato 23 SPDC (su 24): di questi, solo uno, lo SPDC dell'ospedale San Giacomo di Roma, non applicava la contenzione[28].

Su 3130 pazienti ricoverati nel periodo, 297 sono stati legati, all'incirca uno su dieci. Alcuni più volte: i pazienti contenuti sono stati sottoposti, in media, a due interventi di contenzione, con un limite massimo di 12 contenzioni per un solo paziente (il numero totale delle contenzioni è stato infatti di 581). La media del numero delle contenzioni è stata di 26 per servizio, con una grande variabilità: a parte il San Giacomo che non ne ha effettuata nessuna, si va dal numero minimo di 5 contenzioni in 4 mesi ad un massimo di 71.

La durata media per contenzione è stata di circa 14 ore, oscillando dai 20 minuti alle 216 ore: il che significa che una persona è stata contenuta per 9 giorni di seguito.

La durata media delle contenzioni per paziente è stata di 23 ore, variando da un minimo di 8 ore ad un massimo di 62 ore.

Un dato sorprendente riguarda il numero di pazienti contenuti nonostante non fossero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio, con le procedure di garanzia previste dalla legge: nel 34% dei casi, il paziente è stato legato sulla base semplicemente dell'art. 54 del codice penale (per "stato di necessità").

---

[25] Gli studi di seguito esposti sono stati illustrati e dibattuti nelle audizioni del CNB.

[26] 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, pp. 26-39.

[27] P. Sangiorgio, *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in P. Sangiorgio e G.M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) legare*, Alpes, Roma 2010, pp. 1-40.

[28] Peraltro tale servizio non esiste più, perché qualche tempo dopo il presidio ospedaliero è stato chiuso secondo il piano di razionalizzazione della Regione.

Quanto alle motivazioni: la maggioranza (il 48%) sono stati legati per *agitazione psicomotoria*, il 37% per *aggressività eterodiretta*, il 9% per *autolesionismo*, il 7% per *rischio di fuga*, il 3% per *rifiuto delle cure*, il 13% per *stati confusionali* di natura organica, tossica o farmacologica.

Circa il confronto con altri paesi, in aree dalle caratteristiche metropolitane paragonabili a quelle di Roma: nello studio effettuato nel 2000 a New York, su 50 unità psichiatriche di emergenza, risulta che il tasso di pazienti contenuti sui dimessi è del 3,1%, per una durata media di 3,3 ore. Dunque il confronto è a scapito dell'Italia, poiché nella ricerca laziale risulta un tasso di 9,48 pazienti contenuti su 100 dimessi, con una durata media della contenzione assai superiore (14 ore).

Questi pur scarsi dati offrono alcune indicazioni. In primo luogo, non si può dire che la contenzione meccanica sia pratica eccezionale ed *extrema ratio*, se è vero che in media il 10% dei malati ricoverati in crisi psichiatrica viene legato; tanto più se si considerano i servizi oltre la media, che raggiungono punte del 23, 25%. Anche il dato circa la motivazione comunemente addotta a giustificazione delle contenzioni, la "agitazione psicomotoria" (dizione alquanto generica), lascia supporre che si tratti di un intervento affatto "estremo". Infine, il fatto stesso che non sia richiesto agli operatori di fornire motivazioni più accurate e giustificazioni più stringenti tradisce il carattere routinario della pratica.

In aggiunta, allarma il dato circa la durata delle contenzioni, poiché legare una persona per periodi così prolungati non sembra in accordo con la "attualità" del "pericolo di danno grave", di cui parla quell'art. 54 del c.p., spesso utilizzato dai sanitari per giustificare la decisione di legare (si veda il paragrafo sull'orizzonte giuridico).

Inoltre, la marcata variabilità nell'uso della contenzione fra servizi, che pure insistono su territori con caratteristiche e tipologie di utenza simili, suggerisce che la cultura e l'organizzazione dei servizi, più che la tipologia di utenza, giochino un ruolo decisivo nell'uso della contenzione.

Il ruolo primario dell'orientamento dei servizi è confermato da altre indagini condotte all'estero: nel rapporto della Commissione sulla qualità delle cure nello stato di New York, per la valutazione delle cure psichiatriche in ambienti ospedalieri, del 1994, si legge che le differenze nei tassi di applicazione della contenzione non sono tanto correlate alle caratteristiche dei pazienti, quanto alla "filosofia" dei servizi[29].

## 5. Cultura *restraint* e cultura *no-restraint*

Lo studio italiano SPT (già citato) permette di capire i diversi approcci dei servizi. Dall'esame di un campione di 39 SPDC e di due cliniche universitarie, proveniente da tutto il territorio nazionale, emerge che solo nel 12% dei servizi la contenzione meccanica è bandita come scelta. Fra i rimanenti, la contenzione è evento alquanto raro in poco meno di un terzo dei casi, mentre in un altro terzo è evento piuttosto frequente, fino a picchi di trenta contenzioni nell'ultimo mese. Sono sottoposti a contenzione anche pazienti ricoverati volontariamente e il 42% degli SPDC studiati non trasforma il ricovero volontario in TSO quando si disponga di legare il paziente, lasciando così

[29] NYS Commission on quality of care, *Restraint and seclusion practices in New York State psychiatric facilities and voices from the Frontline: Patients Perspectives of restraint and seclusion use,* 1994.

passare la contenzione come evento "normale", che non interrompe la volontarietà del ricovero. Inoltre, nel 64% degli SPDC che attuano le contenzioni non esiste neppure un registro dei casi[30].

Gli SPDC che usano la contenzione hanno alle spalle servizi territoriali e reti sociosanitarie "deboli": intendendo con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono sufficiente varietà di personale, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete sociosanitaria territoriale. Inoltre, la contenzione si accompagna a una serie di altre pratiche limitative della libertà di scelta del paziente, come il sequestro di oggetti personali, l'obbligo di indossare il pigiama, la limitazione delle visite dei familiari e delle telefonate, il razionamento delle sigarette etc.

Invece, gli SPDC *no-restraint* hanno alle spalle servizi nella comunità aperti tutto il giorno o anche 24 ore su 24, dunque con una buona capacità di filtro delle emergenze; resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono già la persona che arriva in crisi, e il paziente è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori a loro familiari.

Nel commentare questi dati, i ricercatori appuntano l'attenzione sulla correlazione fra contenzione e pratiche aggressive, quali la perquisizione personale e altre già citate. Nei reparti che hanno deciso di escludere la contenzione, le pratiche restrittive non sono presenti. Da qui la conclusione: "Poiché non è credibile che la gravità, l'espressività comportamentale e il profilo psicopatologico dei pazienti che questi servizi ricoverano siano differenti", è lo stile di lavoro degli operatori e il sistema di servizi in cui il presidio ospedaliero è inserito a fare la differenza[31]. Infine, come già rilevato, non risulta che gli SPDC *no-restraint* ricorrano ad uso più massiccio di psicofarmaci rispetto a quelli *restraint*.

## 6. Le ragioni per non legare

Nonostante la ricerca del Lazio indichi che solo una parte delle contenzioni è decisa dai sanitari per fronteggiare l'aggressività del paziente, le ragioni più comunemente addotte per legare le persone riguardano la sicurezza e la gestione del conflitto col malato.

Da notare che anche ricerche internazionali confermano questa contraddizione. Dati provenienti dal Regno Unito offrono un quadro simile a quello del Lazio: solo nel 44% dei casi i pazienti sono legati in risposta a loro azioni conflittuali. Per di più, in molti casi la scelta di contenere diminuisce la sicurezza, invece di favorirla: il contenimento preventivo o reattivo può generare o esacerbare i conflitti coi pazienti, come spesso accade quando viene imposto un farmaco legando la persona, o quando si decide di legare preventivamente pazienti che abbiano già compiuto atti di aggressione. All'inverso, un atteggiamento di rispetto verso il paziente e una gestione "normalizzata" del servizio, cominciando dalla prassi delle "porte aperte" come

[30] G. Cardamone et al., cit., p. 23.

[31] E. Terzian, G. Tognoni, *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, "Rivista sperimentale di Freniatria", 2003, vol. 127, suppl. n. 2, pp. 3 e ss.; M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano*, "Animazione sociale", n. 4 aprile 2005, pp. 19-31.

negli altri reparti, contribuisce a creare un clima più tranquillo, in grado di ridurre i comportamenti aggressivi e autolesionistici[32].

Nel Regno Unito, si è cercato di delineare un nuovo modello di gestione del conflitto nei reparti psichiatrici, analizzando differenti modelli operativi. Fattore chiave del nuovo modello è l'attenzione ai diritti, a partire dall'informazione al paziente e alla possibilità che questi possano far valere il loro punto di vista e avanzare reclami. "L'attenzione alle procedure di garanzia, ai diritti, all'informazione, alle richieste dei pazienti potrebbero aumentare la legittimità del reparto psichiatrico, rafforzare l'autostima del paziente, annullare o diminuire la rabbia, contribuire ad abbassare il conflitto e ridurre i tassi di contenzione". Il modello si appoggia su una cornice normativa attenta ai diritti e promuove un approccio di cura dove ci sia spazio per "l'ascolto, la negoziazione, la flessibilità, il compromesso": elementi utili a ridurre e gestire il conflitto. La gestione del conflitto è dunque parte di un orientamento generale verso il rispetto dell'autonomia della persona, che si riconferma in tutte le fasi del ricovero: dando spazio alle scelte dei pazienti per il cibo, per gli orari, per la gestione degli effetti personali. Infine, si richiede allo *staff* di intervenire in ogni modo per cercare di "rispondere alla perdita di fiducia e speranza e all'auto-stigmatizzazione delle persone conseguente al ricovero nel servizio psichiatrico"[33].

Per riassumere. 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.

Questi principi terapeutici sono alla base del modello di psicologia e psichiatria di comunità, ma hanno radici ben più antiche. Bastino i concetti dello psichiatra John Conolly, enunciati nel 1856: se si permette che mani e piedi vengano legati, in breve si riscontrerà nel paziente un totale processo di regressione e si darà l'avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia, "fino a che la repressione diventerà l'abituale sostituto dell'attenzione, della pazienza, della tolleranza e della gestione corretta"[34]. In altre parole, il rispetto della persona qualifica l'assistenza ed è misura della qualificazione professionale degli operatori.

## 7. Strategie di cambiamento

L'idea che attraverso un cambiamento della cultura e dell'organizzazione dei servizi si possa incidere significativamente sulla contenzione, è confermata dall'esito di iniziative a ciò specificatamente rivolte. Così è stato per il progetto danese *National Breakthrough Project on Coercion in Psychiatry*, adottato in 27

[32] L. Bowers, *On conflict, containment and relationship between them*, Nursing Inquiry, 2006, 13, 3, pp. 172-180; P. Sangiorgio, M. Polselli, *Matti da non legare,* 2010, cit*.*, p. 8.
[33] L. Bowers, *Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards*, "Journal of Psychiatry and Mental Health", 2014, 21, p. 507.
[34] J. Conolly, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints,* 1856; P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 50.

reparti di degenza psichiatrica in totale, dall'agosto 2004 al giugno 2005. Nel rapporto finale del progetto, si legge che un inizio di cambiamento c'è stato, e si è manifestato in una maggiore attenzione del personale al dialogo e al coinvolgimento dei pazienti. Rispetto al numero degli episodi coercitivi, questi erano diminuiti del 20% nel 33% dei reparti partecipanti al progetto, mentre l'8% dei servizi era arrivato a oltre il 50% di pratiche coercitive in meno[35].

Indicazioni positive vengono anche dal monitoraggio attuato attraverso il *follow up* della ricerca sui SPDC del Lazio, dal 2005 al 2011. Nell'arco di sei anni, il numero dei pazienti contenuti è diminuito di un quarto. Si è ridotta anche la media del numero di contenzioni per SPDC, così come la media del numero di ore di contenzione per servizio. Nessuna riduzione invece per la durata media delle contenzioni, che anzi è aumentata[36].

Ciò dimostra che la predisposizione di programmi specifici, ma anche la semplice attenzione ai casi di contenzione attraverso un attento monitoraggio, può raggiungere risultati positivi, innalzando il livello di consapevolezza degli operatori circa il significato estremo della contenzione come violazione di un diritto. Ciò è tanto più vero in Italia, dove risulta che non sempre l'uso della contenzione sia annotato dai medici sui referti clinici.

Un maggior rigore va dunque richiesto agli operatori, sia nel rispetto dell'etica della cura, sia nel rispetto del dettato di legge. Va ricordato che una recente sentenza di primo grado ha individuato gli stretti confini di liceità dell'intervento, indicando con chiarezza – pur dovendosi ricordare il dibattito in atto nella dottrina giuridica sul punto – che la contenzione meccanica è atto assistenziale illecito in sé (sicché, ne consegue, può essere consentita, in quanto "eccezionale, episodica e contingente", solo quando ricorra una causa di giustificazione); inoltre, ha evidenziato che "*la gravità, la pluralità e l'estensione temporale delle contenzioni meccaniche in un SPDC segnalano un consolidato contrasto fra prassi abituali e norme vigenti dello Stato*"[37].

Se ne deduce per i sanitari il dovere di non omettere mai nel referto la decisione di legare il paziente. Non solo: vanno anche precisate in maniera circostanziata le ragioni e il contesto della causa di giustificazione di volta in volta invocata**.**

Anche le istituzioni sono chiamate a fare la loro parte, in particolare le Regioni cui fa capo l'assistenza sanitaria. Ed è necessario offrire indirizzi più chiari. A livello nazionale, esiste il documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione", approvato dalla Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010. Il documento contiene una serie di raccomandazioni, di cui la prima riguarda il monitoraggio e la raccolta sistematica di informazioni sul fenomeno della contenzione (concernenti la durata della contenzione, le contenzioni notturne, la numerosità degli episodi di contenzione, la numerosità dei pazienti contenuti, le diagnosi associate alle contenzioni). Il flusso dati proveniente dai Dipartimenti Salute Mentale dovrebbe convergere a livello centrale regionale, in modo "da rappresentare uno strumento di osservazione della contenzione come evento sentinella". Altre raccomandazioni del

[35] *The Danish Council of Ethics statement on coercion in psychiatry,* cit., p. 7.

[36] La media del numero di contenzioni è passata da 92 del 2005 a 57 nel 2011, mentre la media del numero di ore di contenzione per SPDC è passata da 1500 ore a 999 (dall'audizione di Pietro Sangiorgio).

[37] Motivazione della sentenza di primo grado nel processo per la morte di Francesco Mastrogiovanni, depositata il 27 aprile 2013/T. Vallo della Lucania, 30 ottobre 2012 (dep. 27 aprile 2013), in www.penalecontemporaneo.it, 12 giugno 2013.

documento riguardano il monitoraggio dei comportamenti violenti, la formazione del personale per l'addestramento in situazioni critiche, la definizione di standard di struttura e di processo per la gestione degli atti violenti, il monitoraggio del modello organizzativo nel suo impatto sul numero degli episodi di contenzione, la verifica della gestione delle crisi, la promozione della "trasparenza delle strutture di cura al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità, l'accoglienza de servizio e facilitare la comunicazione con l'esterno".

Sebbene molte di queste raccomandazioni siano condivisibili, sono però troppo generiche su alcuni punti e nell'insieme non appaiono sufficienti a imprimere un chiaro segnale in direzione del superamento della contenzione.

A conferma di ciò, si osservi che le indicazioni dei vari piani regionali differiscono in maniera significativa: si va dalla Toscana, che nel suo piano sanitario e sociale 2012-2015, nel paragrafo sulla salute mentale, riconferma "il divieto tassativo di ogni forma di contenzione fisica" all'interno degli SPDC le cui porte "devono rimanere aperte" e raccomanda "un'attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica" [38]; al piano regionale salute mentale della Lombardia 2004-2012, che legge il documento delle Regioni come un invito a "regolare" la pratica della contenzione, rimandando a protocolli a livello di Azienda Ospedaliera, sia per la contenzione in ambito psichiatrico, che non psichiatrico, "pur riconoscendo la straordinarietà del ricorso alla contenzione, ma al tempo stesso consapevoli della numerosità del fenomeno in generale"[39]. Un esame alle linee guida sulla contenzione di una delle più importanti aziende della Lombardia, l'azienda Ospedale Niguarda, bene evidenzia l'ambiguità della linea regolativa. Fin dalla premessa, il documento prende atto che la contenzione è pratica "più frequente di quanto si possa pensare": ciononostante, si preferisce ribadire in prima battuta "che la contenzione meccanica può rendersi necessaria in varie fasi di diverse patologie mentali" , piuttosto che sottolineare le ragioni (di ordine etico e terapeutico) per *non applicare* la contenzione[40].

Ancora più interessanti sono altri passaggi delle linee guida, che implicitamente testimoniano la diffusa e indiscriminata applicazione della contenzione. Nel paragrafo intitolato "Ricerca e utilizzo di soluzioni alternative", è stilato un elenco lungo e variegato di "*situazioni e comportamenti a rischio cui di solito si risponde con la contenzione fisica*": si spazia dai disturbi d'ansia, all' agitazione psicomotoria, ai deliri e allucinazioni, alle alterazioni del ciclo sonno-veglia, alla prevenzione delle cadute, e perfino ai trattamenti terapeutici (farmacologici). E' evidente che molte di queste situazioni – ad esempio i disturbi d'ansia e le alterazioni del ciclo del sonno - non sembrano rispondere al requisito dello stato di necessità e urgenza. Considerare semplicemente "auspicabile la ricerca di altre soluzioni" nei "comportamenti a rischio" enumerati, come scritto nelle linee guida di Niguarda, è un messaggio che non rende giustizia alla gravità del problema[41].

[38] Piano sanitario e sociale 2012-2015 della Regione Toscana, p. 181.

[39] Piano regionale Salute Mentale 2004-2012 della Lombardia, pp. 156 e 158.

[40] L'ambiguità suddetta è presente anche in altri passaggi cruciali del documento. Da un lato, sembra che la contenzione sia ritenuta possibile solo per i pazienti violenti, tanto che molta enfasi è posta sulla individuazione dei "pazienti a rischio" di comportamenti aggressivi; dall'altro, si enumerano una serie molteplici di disturbi "cui di solito si risponde con la contenzione fisica" che non hanno a che fare coi comportamenti violenti (vedi oltre).

[41] Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda, *La contenzione fisica in ospedale*, Evidence based Guideline, 2006 (revisionato nel 2008), pp. 4-10.

La richiesta alle Regioni di monitorare il fenomeno, già presente nel documento delle Regioni del 2010, diventa ancora più stringente in presenza di prassi abituali di ricorso alla contenzione. Sarebbe anche auspicabile l'istituzione di un monitoraggio nazionale, sulla base dei dati regionali, in modo da confrontare le politiche regionali e superare le disomogeneità.

Andrebbero inoltre promossi e finanziati programmi per valutare i progressi nell'assistenza psichiatrica, stabilendo in maniera chiara il non ricorso alla contenzione come un fattore di qualità per la valutazione dei servizi.

A tal proposito va ricordata l'esperienza statunitense, in cui stringenti limitazioni nell'uso della contenzione e dell'isolamento costituiscono fattori di qualità nella valutazione del servizio e rappresentano un requisito obbligatorio per le strutture che vogliano accreditarsi[42].

## 8. La contenzione e gli anziani

Si è detto che i soggetti più esposti alla contenzione sono i pazienti psichiatrici e gli anziani. Questi ultimi destano ancora maggiore preoccupazione, non solo per l'alto numero di anziani ricoverati e dunque possibili destinatari della contenzione; ma anche perché la pratica è ancora più sottaciuta e dimenticata di quanto non accada per i pazienti psichiatrici. In ambito psichiatrico, la contenzione è stata a suo tempo dibattuta nell'ambito del superamento del manicomio, anche se non sufficientemente, perché non si è prestata (e non si presta) la dovuta attenzione alla sopravvivenza della cultura manicomiale. Il dibattito è invece molto più scarso per gli anziani.

Molteplici sono le forme di contenzione meccanica per gli anziani, volte a limitare la libertà di movimento dell'intero corpo o di parti di esso: dai bracciali per immobilizzare polsi e caviglie, alle fasce addominali per bloccare al letto o alla carrozzina, alle fasce pelviche, ai corsetti con bretelle o con cintura pelvica; ai tavolini per carrozzina, a vari tipi di camicie, come i "fantasmini", che si indossano come una maglia lasciando libere braccia e mani ma impedendo alla persona di alzarsi dal letto, per arrivare alle "bandine" (sponde per letto).

Si è scelto di enumerare le tecniche, poiché la loro sola descrizione offre un'idea di quanta sofferenza possano apportare e di quanto siano lesive della dignità della persona anziana. Da notare che molti di questi strumenti sono stati pensati per potenziare la possibilità di movimento e di azione, non per limitarle: è il caso del cosiddetto "tavolino servitore", destinato a permettere l'assunzione del pasto alle persone sedute e che invece è spesso utilizzato per impedire all'anziano e all'anziana di alzarsi autonomamente e camminare.

E' in uso anche la contenzione farmacologica: si parla di contenzione farmacologica quando i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale sono finalizzati a limitare o annullare la capacità motoria e di interazione dell'individuo. Si tratta spesso di farmaci sedativi, antidepressivi e antipsicotici, che, in dosi eccessive, hanno numerosi effetti collaterali, quali sopore,

[42] In particolare, nel 2000, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha deciso si applicare la "regola dell'ora", in base alla quale la struttura che voglia accreditarsi deve provvedere a che i pazienti sottoposti a contenzione o a *seclusion* siano visitati entro un'ora da un medico indipendente per una valutazione dell'opportunità della misura adottata (*Psychiatric News*, October 6, 2000)

confusione, agitazione. La contenzione farmacologica spesso si somma alla contenzione meccanica[43].

L'uso della contenzione è aggravato dallo stato di fragilità delle persone anziane. All'aumento di aspettativa di vita non corrisponde ancora un miglioramento della qualità della stessa, e la gran parte degli anziani negli ultimi 3/5 anni di vita è affetta da malattie invalidanti e demenze senili: sono questi i soggetti più colpiti dalla contenzione.

## 9. La diffusione della contenzione nelle strutture residenziali assistite e negli ospedali

Come si è detto, il fenomeno è sommerso e i dati sono assai scarsi. In un'indagine svolta in Italia, si osservano grandi differenze fra regione e regione. La diffusione della contenzione è confermata dal fatto che da molte parti si è proceduto a stendere linee guida e procedure operative[44].

Nel 2006, è stata condotta una ricerca nella provincia di Trieste, su 44 strutture per anziani su 100 presenti sul territorio. Al tempo della ricerca, il 63% degli ospiti erano persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Diciotto strutture su quarantaquattro dichiararono di usare la contenzione, altre diciannove affermarono di non usarla, anche se a una indagine più approfondita risultarono in uso alcune misure di contenzione, quali i tavolini servitori e il sovradosaggio dei farmaci.

Si possono citare anche dati provenienti dall'estero, dove il ricorso alla contenzione risulta frequente e per periodi prolungati, specie in ambiente ospedaliero[45].

Circa le variabili correlate alle strutture *no restraint* rispetto a quelle che applicano la contenzione, non incide solo la gravità dello stato di salute, ma anche l'atteggiamento del personale infermieristico rispetto al legare i pazienti[46]. L'orientamento e la qualità dello staff si riconfermano come fattori chiave, più importanti della dotazione quantitativa di personale: in uno studio su 15.000 case di riposo, non sono emerse differenze nel numero di personale fra servizi *restraint* e *no restraint*[47] .

Su questa base, in alcuni paesi si è proceduto a interventi normativi per proteggere i pazienti, specie gli anziani più vulnerabili, dagli abusi. Si veda in America lo *Nursing Home Reform Act* del 1987 che contiene una Carta dei

---

[43] L. Bicego, *Luci ed ombre sulla contenzione alle persone fragili*, in M. Mislej, L. Bicego, *Contro la contenzione*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2011; M. Mislej, L. Bicego, *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive prati*che, Carocci Faber, Roma 2007.

[44] Si vedano ad esempio: E. Zanetti, S. Costantini, *Uso dei mezzi di contenzione fisica,* Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia, 2001.

[45] Cfr. O.J. De Vries, G.J. Ligthart, T. Nikolaus, on behalf of the participants of the European Academy of Medicine of Ageing-Course III, *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes [Letter]*, "Journal of Gerontoly Medical Sciences", 2004, 59A, pp. 922–923.

[46] Si veda ad esempio lo studio su 33 case di riposo e 12 unità abitative in Svezia per anziani affetti da demenza: i 540 ospiti, di età media di 82 anni, e i 529 operatori sono stati valutati al fine di individuare le caratteristiche ambientali che incidono sulla contenzione (S. Karlsson, G. Bucht, S. Eriksson, P.O. Sandman, *Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings*, "Journal American Geriatric Society", 2001, 49 (12), pp. 1722-28.)

[47] N.G. Castle, B. Fogel, *Characteristics of nursing homes that are restraint free*, "Gerontologist", 1998, 38, pp. 181-188.

diritti delle persone accolte in strutture residenziali: fra i diritti enumerati, spicca il diritto a "essere liberi dalla contenzione fisica"[48].

Esistono inoltre evidenze circa la nocività delle pratiche di contenzione, non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti contenuti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbilità e mortalità[49]. Gli effetti negativi si riversano non solo sugli individui che vengono legati, ma anche sul clima generale della residenza o del reparto, per la paura e lo sgomento degli altri assistiti che si prefigurano un simile futuro destino.

## 10. Conclusioni e raccomandazioni

Il CNB ribadisce il rammarico per la generale carenza di attenzione nei confronti della contenzione, e in particolare della contenzione meccanica, la quale risulta essere tuttora applicata e in forma non "straordinaria". Ciò è tanto più grave, in quanto l'obiettivo del superamento della contenzione non è nuovo, ma è stato da tempo enunciato a diversi livelli istituzionali, nazionali e internazionali, non ultimo nel già citato documento CNB del 2000. Ed è tanto più preoccupante, in quanto la ricerca disponibile, seppure insufficiente, evidenzia che l'orientamento e la cultura dei servizi influiscono sulla scelta di adottare o meno la contenzione più dei comportamenti e delle caratteristiche dei pazienti. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone, e la presenza di reparti dove non esistono neppure gli strumenti della contenzione testimonia in questo senso.

In questo quadro il CNB:

- *Ribadisce la necessità del superamento della contenzione*, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili.

- *Condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione*. È vero che la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere interpretato come una cautela, rispetto a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Invece, questa "uscita di emergenza" – la si potrebbe definire - assolutamente eccezionale, che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà, si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario. La tolleranza, concessa in casi estremi per un intervento così lesivo della libertà e dignità della persona, è stata erroneamente interpretata come una licenza al suo ordinario utilizzo.

- *Ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione*

[48] N.G. Castle, V. Mor, *Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987*, "Medical Care Research and Review", 1998, 55, 2, pp. 139-170.

[49] Si veda lo studio retrospettivo su 122 morti in stato di contenzione: il 78% erano donne, di 81 anni di età mediana. Le vittime hanno trovato la morte legate a una sedia (42%) o al letto (58%). L'83% delle morti è avvenuto in casa di riposo.

*meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona*. La consapevolezza di questa violazione, con la responsabilità che ne discende, dovrebbe guidare l'azione quotidiana degli operatori sanitari e costituire uno stimolo alle istituzioni per adottare in maniera impellente tutte le misure possibili per raggiungere l'obiettivo del superamento della contenzione.

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al governo di:

- *Incrementare la ricerca sulla contenzione* in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda gli anziani e le anziane che sono i soggetti più inermi di fronte alle pratiche coercitive.

- *Avviare un attento monitoraggio del fenomeno*, a livello regionale ma anche nazionale. Ciò presuppone un'attenzione continua alla prassi quotidiana dei reparti: in particolare, si richiede agli operatori il dovuto rigore nell'annotare i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura. All'associazionismo, e in particolare alle associazioni di familiari, deve essere riservato un ruolo di sorveglianza, di prevenzione, di promozione culturale.

- *Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione* nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale.

- *Usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no-restraint.*

- *Prestare la massima attenzione, in tempi di tagli alla spesa sanitaria e sociale, a mantenere e possibilmente a incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti.*