



**COMMISSIONE STRAORDINARIA  
PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

---

*La contenzione meccanica*

---



## INDICE

<b>Composizione della Commissione</b>	Pag. 5
<b>Mozione istitutiva</b>	Pag. 7
<b>Prefazione</b>	Pag. 11
<b>1. Introduzione di Luigi Manconi</b>	Pag. 13
Sintesi dell'indagine conoscitiva sulla contenzione meccanica	» 15
Raccomandazioni	» 25
<b>2. Resoconti sommari delle sedute dedicate alla contenzione meccanica</b>	
Audizione del professor Giuseppe Dell'Acqua, psichiatra, sull'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, in particolare sulla situazione di Antonio Mottola, e dell'avvocato Marco De Martino	» 29
Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla "contenzione meccanica"	» 33
Audizione di Giovanna Del Giudice, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia e di Vito D'Anza, del Forum salute mentale	» 39
Audizione del professor Bernardo Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria, sulla contenzione	» 43
Audizione della dottoressa Gisella Trincas, presidente dell'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), e dell'avvocato Marco De Martino, sulla contenzione	» 51
Audizione della dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), sulla contenzione	» 55
Audizione dei professori Stefano Canestrari e Grazia Zuffa, membri del Comitato Nazionale per la Bioetica, sulla contenzione	» 61
Audizione del sottosegretario di Stato alla salute, Davide Faraone, sulla contenzione	» 65
<b>3. Documenti acquisiti dalla Commissione a conclusione delle sedute</b>	
- Società Italiana di Psichiatria, <i>Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica</i>	» 71
- Circolare n. 3/2001 del 20 luglio 2001 del Ministero dell'Interno - <i>Trattamento sanitario obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della Polizia municipale</i>	» 88

- Istituto Superiore di Sanità, <i>Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy 2007</i>	»	89
- Regione Veneto, <i>Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio</i>	»	99
- Regione Liguria, ASL3, <i>Approvazione procedura di collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale del Comune di Genova per l'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO)</i>	»	126
- Coordinamento Regionale Associazioni per la Salute Mentale (C.R.A.S.M.) Sicilia, <i>Relazione sul piano strategico regionale della salute mentale</i>	»	136
- Associazioni UNASAM, <i>Salute mentale, O.P.G. e diritti umani</i>	»	138
- Consulta regionale per la salute mentale del Lazio, <i>Nota sintetica "Assistenza psichiatrica e tutela salute mentale nel Lazio"</i>	»	144
- Classificazione S.P.D.C. no restraint italiani	»	146
- Peppe Dell'Acqua e Renata Bracco, <i>I numeri dei servizi di salute mentale in Italia Italianieuropei 2/2009</i>	»	147
- Comitato Nazionale per la Bioetica, <i>La contenzione: problemi bioetici</i>	»	153
- Rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura, (Estratto) <i>Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti</i>	»	176
- Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sulla contenzione, <i>Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione</i> (luglio 2010)	»	182
- Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sulla contenzione (dicembre 2017)	»	190

#### **4. Riferimenti normativi**

- Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 (Disposizioni su manicomi e alienati)	»	199
- Regio Decreto n. 615 del 1909 (Regolamento sui manicomi e gli alienati)	»	202
- Legge n. 180 del 13 maggio 1978 (Legge Basaglia)	»	213
- Art. 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale)	»	217
- Articoli 13 e 32 della Costituzione	»	221
- Articoli 40, 52 e 54 del Codice penale	»	222
- Articolo 30 del Codice deontologico dell'infermiere	»	224

**COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA  
PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

Presidente

MANCONI Luigi

Vicepresidenti

DONNO Daniela

MAZZONI Riccardo

Segretari

BILARDI Giovanni

DE PIN Paola

Membri

AMATI Silvana

**BERNINI Anna Maria (subentrata al sen. Falanga)**

CHIAVAROLI Federica

CONTE Franco

DE CRISTOFARO Peppe

DI BIAGIO Aldo

**FALANGA** **Ciro (vicepresidente dal 21 maggio 2013 al 17 aprile 2015)**

FASANO Enzo

FATTORINI Emma

FERRARA Elena

GOTOR Miguel

LO GIUDICE Sergio

MUNERATO Emanuela

**PADUA Venera (subentrata al sen. Tronti)**

PALERMO Francesco

**RIZZOTTI Maria (subentrata al sen. Alicata)**

ROMANO Lucio

SERRA Manuela

SIMEONI Ivana

VALENTINI Daniela

VICECONTE Guido



**MOZIONE PER L'ISTITUZIONE DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA  
PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

(1-00007) (26 marzo 2013)

**Approvata**

ZANDA, MANCONI, FINOCCHIARO, FEDELI, TONINI, FATTORINI, MARTINI,  
MICHELONI, PIZZETTI, GHEDINI Rita, BUBBICO - Il Senato,

premessi che:

i diritti umani sono patrimonio e conquista dell'umanità, e devono trovare corpo e tutela nelle istituzioni di tutti i Paesi del mondo. Essi, di recente, si sono ulteriormente arricchiti e articolati, determinando una consapevolezza sempre maggiore nel mondo globale;

l'Italia, da sempre, ha mostrato molta sensibilità nei confronti della difesa dei diritti umani e dei diritti delle persone e li ha fissati nella Costituzione, all'articolo 2, secondo cui "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo";

tradizionalmente i temi dei diritti umani hanno trovato grande attenzione da parte del Senato, dei suoi Presidenti, di tutti i Gruppi parlamentari e dell'intera Assemblea;

il Senato ha dedicato al tema dei diritti umani l'attività di un Comitato contro la pena di morte nella XIII Legislatura e di una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani nella XIV e nella XVI Legislatura, nonché l'istituzione di una Commissione speciale per la promozione e la tutela dei diritti umani nella XV Legislatura;

nella XIV Legislatura, l'istituzione di una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, ad opera dell'Assemblea del Senato con l'approvazione della mozione 1-00020, ha risposto all'esigenza di proseguire, ampliandolo, l'importante lavoro del Comitato contro la pena di morte al fine di istituzionalizzare la trattazione organica, e non occasionale, della problematica dei diritti umani;

le priorità della Commissione nelle legislature successive sono state l'abolizione della pena di morte nel mondo, l'introduzione nel nostro ordinamento del reato di tortura, la tutela dei diritti del fanciullo, le garanzie per chi si trovi privato delle libertà, la promozione e l'attuazione del diritto di asilo, la lotta alla tratta degli esseri umani, la lotta contro il razzismo, la xenofobia e la discriminazione delle minoranze ed il divieto mutilazioni genitali femminili;

le esperienze del Comitato contro la pena di morte della XIII Legislatura e delle Commissioni straordinaria e speciale per i diritti umani della XIV, XV e XVI Legislatura hanno dimostrato come la materia dei diritti umani, e più in generale del rispetto dei diritti fondamentali della persona, siano estremamente complessi e richiedano un'attività specifica, coordinata ed organica;

nello svolgimento della sua intensa attività, la Commissione si è caratterizzata per una grande apertura alla società civile, realizzando un collegamento costante tra le istituzioni e le organizzazioni non governative e le molte associazioni che operano a tutela dei diritti umani;

premessi inoltre che:

importante successo dell'Italia e uno dei principali obiettivi del lavoro sui diritti umani in Senato è stata l'approvazione della risoluzione per la moratoria contro la pena di morte nel mondo da parte dell'Assemblea generale dell'ONU il 18 dicembre 2007;

nel corso della XVI Legislatura, la Commissione ha seguito da vicino la procedura di revisione periodica dei diritti umani (UPR) del Consiglio dei diritti umani Onu nei confronti dell'Italia, a partire dal dicembre 2009, approfondendo i temi oggetto delle raccomandazioni finali e in particolare in materia di rom, carceri, immigrazione, tortura, e l'istituzione di una «Commissione nazionale per la promozione e la protezione dei diritti umani», come previsto dalla risoluzione Onu n. 48/134 del 1993 nel rispetto dei cosiddetti principi di Parigi;

inoltre, nel corso della XVI Legislatura, la Commissione si è molto impegnata perché giungessero ad approvazione la legge n. 237 del 2012 sull'adeguamento del nostro ordinamento ai principi contenuti nello statuto della Corte penale internazionale, nonché la ratifica del protocollo opzionale alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti, legge n. 195 del 2012;

la Commissione nella XVI Legislatura ha approvato all'unanimità il "Rapporto conclusivo dell'indagine sulla condizione di Rom, Sinti e Caminanti in Italia", e il "Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia", documenti che, frutto di mesi di inchiesta ed approfondimento, hanno raccolto l'interesse di organizzazioni, associazioni e osservatori nazionali e internazionali;

considerato che:

per effetto dei processi di globalizzazione, l'accezione "diritti umani" si è molto ampliata fino a ricomprendere non solo i diritti legati al rispetto della vita dell'uomo e delle prerogative connesse con lo svolgimento della sua personalità, ma anche i diritti sociali e i diritti collettivi;

accanto al consolidamento del ruolo essenziale degli organismi umanitari internazionali, negli ultimi anni si è assistito al diffondersi di enti, organismi e associazioni la cui attività è rivolta alla difesa della persona e delle sue prerogative insopprimibili, nonché di organizzazioni non governative, vero asse di collegamento tra la società e le istituzioni;

considerato inoltre che:

la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 ha affermato il principio della difesa della dignità degli esseri umani come obiettivo primario da conseguire nell'ambito delle relazioni internazionali ed oltre gli spazi della sovranità dei singoli Stati;



da allora il sistema internazionale di protezione dei diritti umani si è sviluppato in modo più incisivo, non solo nell'ambito privilegiato delle Nazioni Unite, ma anche attraverso la stesura di apposite convenzioni e trattati internazionali;

considerato infine che:

l'Assemblea generale dell'ONU del 1993 ha impegnato gli Stati membri a istituire organismi nazionali autorevoli e indipendenti per la promozione e la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali;

occorrerà procedere alla costituzione in Senato italiano di un organismo permanente, in modo tale da onorare la tradizione di questo ramo del Parlamento nell'impegno per la promozione e la tutela dei diritti fondamentali della persona;

rilevata per tutti i suddetti motivi l'esigenza di istituire, anche in questa Legislatura, un organismo che rappresenti per il nostro Paese la volontà di difendere e sviluppare i diritti umani sia all'interno che al di fuori dei confini nazionali,

delibera di istituire una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, costituita da 25 componenti in ragione della consistenza dei Gruppi stessi. La Commissione elegge tra i suoi membri l'Ufficio di Presidenza composto dal Presidente, da due Vice Presidenti e da due Segretari. La Commissione ha compiti di studio, osservazione e iniziativa, per lo svolgimento dei quali può prendere contatto con istituzioni di altri Paesi e con organismi internazionali; a tal fine la Commissione può effettuare missioni in Italia o all'estero, in particolare presso Parlamenti stranieri anche, ove necessario, allo scopo di stabilire intese per la promozione dei diritti umani o per favorire altre forme di collaborazione. Per il raggiungimento di queste finalità essa, quando lo ritenga utile, può svolgere procedure informative ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del Regolamento; formulare proposte e relazioni all'Assemblea, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del Regolamento; votare risoluzioni alla conclusione dell'esame di affari ad essa assegnati, ai sensi dell'articolo 50, comma 2, del Regolamento; formulare pareri su disegni di legge e affari deferiti ad altre Commissioni, anche chiedendone la stampa in allegato al documento prodotto dalla Commissione competente, ai sensi dell'articolo 39, comma 4, del Regolamento;

delibera inoltre di intraprendere l'iter di costituzione di una Commissione permanente per la tutela e l'affermazione dei diritti umani.



## **PREFAZIONE**

La Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani ha svolto nel corso del 2016 e del 2017 un'indagine conoscitiva sul ricorso alla contenzione meccanica in Italia, focalizzando il tema dal punto di vista del rispetto della dignità e dei diritti della persona.

Questo rapporto contiene i resoconti sommari delle audizioni tenutesi in merito. Nel corso della discussione in Commissione sono intervenuti giuristi, accademici, psichiatri, personale sanitario, operatori e rappresentanti delle associazioni che si occupano di salute mentale con l'obiettivo di individuare forme di maggior tutela per le persone che accedono alle strutture più esposte alla pratica della contenzione, vale a dire essenzialmente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e le strutture di lungodegenza geriatrica.

In appendice, la documentazione acquisita nel corso dell'indagine.



## INTRODUZIONE

*di Luigi Manconi*

La contenzione meccanica di persone affette da disagio mentale rappresenta un lato assai diffuso e spesso drammatico nelle prassi dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) nel nostro paese, anche non sono quei reparti gli unici luoghi nei quali si ricorre a tale pratica: i servizi di neuropsichiatria infantile, le residenze sanitarie assistenziali (Rsa), i reparti di medicina e quelli geriatrici, i pronto soccorso, le Rems, le case di cura private e le comunità terapeutiche sono tutte strutture all'interno delle quali può accadere che i pazienti vengono contenuti con vari mezzi.

Secondo la nostra Costituzione, i ricorsi a pratiche limitative della libertà personale nell'ambito di trattamenti sanitari dovrebbero rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate, sottoposte a un sistema giurisdizionale di garanzie nei confronti dei pazienti. Mentre si continua dunque ad agire in maniera stridente con la migliore cultura giuridica e sanitaria affermatasi nel nostro paese e, in particolare, con quella "legge Basaglia" che ha riconosciuto in maniera piena la dignità e la titolarità dei diritti delle persone affette da disagio mentale. Nella stragrande maggioranza dei centri di diagnosi e cura i pazienti non hanno la possibilità di avere rapporti con i familiari, di muoversi liberamente (tantomeno di uscire) e tali strutture risultano spesso impermeabili a qualsiasi possibilità di monitoraggio e controllo dall'esterno e la pratica di misure di contenzione meccanica è una componente ricorrente, seppur nell'ombra.

Tranne nei casi drammatici e strazianti di cui si è venuto a sapere dalla cronaca, fin nei dettagli più crudi e inimmaginabili. La morte di Giuseppe Casu il 22 giugno del 2006, dopo essere rimasto per sette giorni legato a un letto nell'ospedale di Cagliari, così come quella di Francesco Mastrogiovanni, avvenuta il 4 agosto del 2009 dopo essere stato contenuto per ottantasette ore - la cui agonia è stata documentata per intero attraverso la registrazione delle telecamere interne del reparto psichiatrico in cui era stato rinchiuso - hanno rappresentato solo gli episodi più recenti ed emblematici delle conseguenze tragiche dell'abuso di queste pratiche.

La contenzione meccanica continua a rimanere pratica diffusa nel pressoché assoluto silenzio della politica, delle comunità professionali e dell'intero corpo sociale, nonostante l'alternativa tracciata dalla legge 180 del 1978, le importanti esperienze dei ventuno SPDC No Restraint in Italia e le sempre più diffuse sperimentazioni di metodi di presa in carico e cura non coercitivi a livello internazionale. Le motivazioni di questa disattenzione sono molteplici e profonde, derivanti da un pensiero mai superato, secondo il quale l'essere umano nel momento della sofferenza mentale non è più titolare di integrità e di dignità e, conseguentemente, di diritti, come se la malattia mentale rendesse incapaci di intendere, di volere e perfino di percepire la sofferenza aggiuntiva provocata dalle pratiche contenitive.

Quanto accaduto con gli ospedali psichiatrici tradizionali e, più recentemente con gli ospedali psichiatrici giudiziari, superati grazie innanzitutto alle pressioni della società civile, all'impegno delle correnti più avanzate delle comunità professionali e delle istituzioni, è un passaggio necessario per

raggiungere il progressivo abbandono delle pratiche di contenzione nei confronti dei pazienti, obiettivo pure riconosciuto dai documenti istituzionali di indirizzo e pianificazione dei servizi socio-sanitari.

L'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione diritti umani del Senato intende essere un primo prezioso contributo in tale direzione.

## SINTESI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA CONTENZIONE MECCANICA

La Commissione per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato, tra il 2015 e il 2017, ha approfondito un tema poco conosciuto eppure di grande importanza nella tutela dei diritti fondamentali della persona: la contenzione meccanica. Essa è definita come "metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo"<sup>1</sup>.

L'avvio del percorso di indagine e approfondimento sul tema della contenzione meccanica è stato dato dall'audizione del 4 agosto 2015 (seduta n. 85), in cui la Commissione ha ascoltato lo psichiatra Giuseppe Dell'Acqua e l'avvocato Marco De Martino. I due intervenuti hanno affrontato la questione della contenzione meccanica nei suoi aspetti generali, ma in modo specifico hanno riferito della situazione di Antonio Mottola, un giovane di venti anni con un passato complesso di ricoveri a causa di un disturbo psichico e una storia di frequenti episodi di contenzione meccanica, all'epoca trattenuto all'interno dell'ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) di Reggio Emilia.

Il Presidente della Commissione Luigi Manconi si è recato, il 17 ottobre 2015, in visita presso la struttura di Reggio Emilia e ha potuto incontrare Mottola insieme al professore Dell'Acqua e all'avvocato De Martino. Dalla data di quella visita a oggi sono intervenuti numerosi cambiamenti, essendosi oramai concluso il lungo percorso che, grazie alla legge 81 del 2014, ha portato all'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari e alla loro sostituzione con le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems). Per quanto riguarda la struttura di Reggio Emilia, questa è stata definitivamente chiusa il 6 maggio 2016, quando le ultime tre persone lì ricoverate sono state dimesse.

L'edificio che ospitava l'Opg è stato costruito negli anni '70 ed era inizialmente destinato alla sola casa circondariale, ma dal 1991 una struttura interna al complesso, pur se separata dal carcere, ha ospitato gli internati destinati all'Opg. I posti regolamentari della struttura carceraria, al momento della visita, erano 174 di cui 10 non disponibili; 158 i detenuti presenti nella casa circondariale. Gli agenti in organico sarebbero dovuti essere 209, con 189 presenze effettive, e a fronte dei 10 educatori previsti solo 7 erano effettivamente presenti. Nei tre reparti dell'OPG si trovavano 73 tra detenuti e internati.

Dalla vicenda personale di Antonio Mottola, indicativa della condizione di molte altre persone con disturbo psichico, si è deciso di avviare il lavoro della Commissione sul tema della contenzione meccanica, che ha impegnato un articolato ciclo di sedute.

---

<sup>1</sup> così *Centers for Medicare and Medicaid Services. State Operations Manual, Appendix PP. Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities* (revisionato), 2011, p. 56.

Le sedute di Commissione hanno permesso di analizzare il tema sotto molteplici punti di vista, ad iniziare da quello giuridico-costituzionale con l'intervento del consigliere Daniele Piccione (seduta del 20 aprile 2016, n. 94), autore di importanti studi sull'argomento. La decisione di cominciare questa indagine partendo dall'inquadramento giuridico del tema era fondamentale per una serie di motivi, innanzitutto perché sussistono ancora dubbi sulla liceità della contenzione meccanica, sia nel mondo professionale sia in dottrina. La relazione del consigliere Piccione è partita dal documento del Comitato nazionale di bioetica del 2015, oggetto di un'audizione dedicata, dal quale emerge come l'utilizzo della contenzione sia fondato sul ribaltamento tra eccezione e regola, per cui ciò che sulla carta dovrebbe essere relegato a una pratica residuale e da utilizzare solo in casi di emergenza, nella prassi rappresenta una realtà quotidiana all'interno di molti servizi per la salute mentale. La prassi quindi, e la legittimazione della contenzione, sono stati l'argomento centrale della relazione del consigliere Piccione, fortemente critico rispetto alla liceità della pratica di legare i pazienti ai loro letti. La sua tesi muove da una serie di considerazioni qui riassunte (rimandando alla lettura integrale del suo intervento per un approfondimento). Quando si parla di contenzione meccanica lo si fa partendo da casi limite spesso al fine di argomentare, attraverso questi, la necessità di continuare a utilizzarla. Utilizzare a mo' di esempio contenzioni istantanee, messe in atto per impedire atti autolesionistici, o le contenzioni nei confronti di pazienti incoscienti e a rischio cadute, non è un buon modo di procedere nell'analisi, in quanto l'assoluta temporaneità e la breve durata della pratica sono in questo caso funzionali a fronteggiare una situazione di momentanea emergenza, attraverso la quale la persona recupera la "capacità di autodeterminarsi". Per comprendere, quindi, il punto di partenza per un'analisi sulla contenzione meccanica bisogna guardare alla Costituzione, in particolare all'articolo 13:

*"La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, 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. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva".*

Il dettato costituzionale indica come la contenzione – in quanto atto sicuramente rientrante nella sfera della restrizione della libertà personale – non possa esistere come mera prassi; per legittimarla sarebbe necessario dotarsi di una norma specifica che soddisfacesse le riserve di legge imposte dalla Costituzione su temi così sensibili. Per quanto riguarda la contenzione meccanica, nonostante in dottrina e nella pratica esistano molte divergenze sul punto, Daniele Piccione nel corso della seduta ha rilevato come non vi sia alcuna disposizione avente forza di legge nell'ordinamento italiano che possa legittimarla. La discussione in dottrina verte sulla relativa attualità del decreto regio del 1909, di regolamento della legge manicomiale del 1904. Secondo Daniele Piccione e altri, la legge 180 del 1978 –



comunemente denominata 'legge Basaglia' dal nome di colui che la ispirò – abolendo i manicomi avrebbe di fatto abrogato la normativa precedente, la quale legittimava l'uso di mezzi di coercizione pur prevedendo che essi fossero "ridotti ai casi assolutamente eccezionali"<sup>2</sup>. Un ulteriore elemento di riflessione viene dalla sovrapposizione che spesso viene fatta tra metodi contenitivi e Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), introdotto dalla riforma Basaglia e disciplinato dalla legge sanitaria n.833 del 1978. Spesso si ritiene, erroneamente, che effettuare un Tso implichi necessariamente il ricorso a metodi coercitivi, quando invece è proprio la legge a prevedere che anche i trattamenti sanitari disposti contro la volontà del paziente siano “accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”<sup>3</sup>. Avere introdotto, quindi, la necessità di porre in essere misure volte ad assicurare l’adesione volontaria alle misure terapeutiche, pone seri dubbi di legalità sui trattamenti contenitivi prolungati posti in essere senza il consenso del paziente. Un’altra argomentazione a sostegno della liceità della contenzione è rappresentato dall’articolo 54 c.p. sullo stato di necessità, per cui molte contenzioni verrebbero legittimate a priori proprio in forza di questo articolo. Per il consigliere Piccione, invece, l’ambito di applicazione dello stato di necessità sarebbe molto ristretto, non potendosi invocare “per le contenzioni programmate, per quelle prolungate, per quelle sproporzionate al rischio che si verifichino condotte lesive o auto-lesive” e l’utilizzo di questa giustificazione - nota il consigliere - non viene evocata con tanta frequenza e in via astratta e preventiva in nessun altro ambito del penalmente rilevante. In ultimo, Daniele Piccione ha auspicato non l’adozione di una legge che disciplini la pratica del contenere, giacché una legge potrebbe produrre il paradossale effetto di legittimarla, ma un rafforzamento delle garanzie giurisdizionali per avversare le condotte di contenzione meccanica.

Nel corso dell’audizione successiva (seduta del 4 maggio 2016, n. 95), sono stati ascoltati Giovanna Del Giudice, presidente della 'Conferenza permanente Franco Basaglia per la salute mentale nel mondo' e Vito D'Anza, del 'Forum nazionale salute mentale', entrambi psichiatri.

La dottoressa Del Giudice ha esordito specificando come la contenzione meccanica attuata tramite presidi come fascette, cinghie o lacci non sia la sola modalità utilizzata, esistono infatti anche la contenzione ambientale e quella farmacologica, attraverso la quale si impediscono i liberi movimenti del soggetto nello spazio e si utilizza una modalità di sedazione estremamente invasiva utilizzando psicofarmaci. Queste tipologie di contenzione sovente si sommano tra loro, con effetti spesso devastanti per i pazienti dal punto di vista fisico e psicologico. La dottoressa del Giudice ha citato alcuni degli effetti dannosi della contenzione meccanica riportati in letteratura: abrasioni, danni vascolari, ischemie, conseguenze neurologiche e ortopediche che, in casi estremi, possono portare alla morte. Negli anni che vanno dal 2006 al 2009, quattro persone in Italia sono decedute a causa della contenzione meccanica. Nonostante il tema dell’audizione fosse specificamente rivolto all’ambito della psichiatria, la dottoressa Del Giudice ha ricordato come la pratica di legare i pazienti sia estremamente diffusa anche in molte altre strutture come, solo per fare alcuni esempi, le residenze per anziani, le comunità terapeutiche e le strutture per

---

2 Regio Decreto 16 agosto 1909 n. 615, art. 60

3 Legge 180/1978 art. 1 comma 4

disabili. Il fenomeno della contenzione è quindi particolarmente diffuso, nonostante sia scarsamente conosciuto anche per via della mancanza di informazioni e dati ufficiali. Gli unici due studi disponibili risalgono a oltre un decennio fa, il primo condotto dall'istituto Mario Negri di Milano e il secondo dall'Istituto Superiore di Sanità. In quest'ultimo emergeva come nell'80 per cento dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura – i reparti psichiatrici all'interno degli ospedali pubblici – si facesse uso della contenzione meccanica. L'assenza di ricerche aggiornate sul fenomeno, l'utilizzo difforme dei registri in cui tenere traccia delle contenzioni effettuate, la mancanza di un monitoraggio a livello regionale e nazionale sui numeri delle contenzioni all'interno dei reparti, contribuiscono a rendere il fenomeno per lo più sconosciuto e spesso poco dibattuto anche dagli stessi operatori. Infine, la dottoressa Del Giudice ha sottolineato come la contenzione vada distinta dal "contenimento", dove con quest'ultimo termine si intendono tutte le pratiche relazionali e di interazione con il paziente utili ad aiutarlo nel superamento di una fase di crisi.

Il dottor Vito D'Anza è intervenuto più nel dettaglio sulle alternative possibili all'utilizzo dei mezzi coercitivi, messe in pratica da alcuni Servizi psichiatrici diagnosi e cura (Spdc), tra cui quelli di Pistoia e Pescia, dove svolge la sua attività professionale. La politica delle "porte aperte"; la disponibilità a essere contattato giorno e notte dal personale che in sua assenza dovesse avere problemi con un paziente; la riorganizzazione del lavoro in modo tale che a ogni persona in fase di acuzie possa essere affiancato un infermiere per tutta la durata della crisi; la formazione al personale sull'utilizzo di tecniche di 'deescalation', utili a diminuire gli stati di angoscia dei pazienti. L'insieme di questi elementi hanno contribuito a conseguire, negli ultimi anni, un livello di contenzione zero nei servizi di salute mentale di Pistoia e Pescia e in altre città italiane.

Infine, i due psichiatri hanno rimarcato la necessità di formazione per gli operatori e l'attuazione di una serie di interventi che possano portare innanzitutto a un cambiamento culturale all'interno dei reparti, come evidenziato dal Comitato per la prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa (Cpt) nel suo rapporto sull'Italia del 2009.

Nella successiva audizione (seduta del 25 maggio 2016, n. 97) è intervenuto il professor Bernardo Carpiniello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria cui aderiscono circa 6000 psichiatri in tutta Italia, con una relazione in cui ha contestualizzato la contenzione da un punto di vista storico, per poi passare a una disamina della legislazione italiana, europea e internazionale, anche in un'ottica di superamento di tale pratica. La contenzione, pur essendo utilizzata in molti contesti attinenti alla sanità, rappresenta un tema delicato soprattutto nella medicina di emergenza, nella salute mentale e in geriatria, in cui il consenso del paziente può non venire espresso come in altri rami della medicina. Il professor Carpiniello ha ricordato come già nel 1904, durante il XII Congresso della Società italiana di psichiatria, Ernesto Belmondo fece una relazione in cui auspicava l'abolizione della contenzione meccanica nei manicomi, uno strumento spesso abusato e utilizzato più per ragioni ambientali e di gestione del personale che per fronteggiare effettive e momentanee difficoltà. Così come il già citato regolamento manicomiale del 1909 prevedeva al suo articolo 60 l'abolizione o l'utilizzo solo in casi di estrema necessità della contenzione, secondo il presidente della Società Italiana di Psichiatria oggi ogni psichiatra associato dovrebbe perseguire

l'obiettivo del suo superamento, soprattutto favorendo nei luoghi di lavoro le condizioni - ambientali, di organizzazione del servizio e strutturali - all'interno delle quali possa aversi una presa in carico del paziente più umana e attenta ai suoi bisogni. Il professore ha espresso il convincimento che sia fondato il dibattito che cerca di stabilire se la contenzione sia un atto prevalentemente sanitario, da far ricadere quindi sotto l'influenza dell'articolo 32 della Costituzione, o relativo alla privazione della libertà e quindi sottostante all'articolo 13 della Costituzione. In ogni caso, ha detto, va considerato pacifico il fatto che all'interno del nostro ordinamento non si trovi traccia di una legge specifica che regolamenti la pratica della contenzione meccanica. Ciò nondimeno l'ordinamento individua alcune circostanze nelle quali si potrebbe comunque far ricorso a essa: per somministrare una terapia a una persona sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio; nei casi attinenti agli articoli 52 e 54 del Codice penale di disciplina della legittima difesa e dello stato di necessità; in risposta alla condotta omissiva prevista dall'articolo 40 c.p., per cui il medico sarebbe responsabile per le conseguenze di un mancato intervento rispetto a una situazione provocata da un paziente che metta in pericolo la sua e l'altrui incolumità.

Una sentenza della IV sezione della Cassazione del 27 novembre 2011 sembrerebbe orientare la giurisprudenza degli ultimi anni nel senso di attribuire questo tipo di responsabilità in capo al medico.

Per quanto riguarda l'ambito internazionale sia la Convenzione europea per i diritti dell'uomo sia il Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa (Cpt) si sono occupate del tema e, pur senza decretarne la totale illegittimità, in diversi documenti viene ribadito come la contenzione debba essere un evento assolutamente eccezionale, autorizzato da un medico e registrato nelle sue modalità di attuazione, motivazione e durata. Anche l'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2005, ha ribadito che gli episodi di contenzione possono durare al massimo poche ore.

Passando poi ai fattori di rischio che rendono più probabile il ricorso a trattamenti coercitivi, il professor Carpiniello ha citato la giovane età, il sesso maschile, l'abuso attuale o pregresso di sostanze, i sintomi psicotici acuti. Pur riconoscendo l'obiettivo dell'abolizione della contenzione come raggiungibile, il presidente della Società Italiana di Psichiatria lo ritiene un processo molto complicato, che deve necessariamente investire una serie di attori e vari livelli di responsabilità.

Anche per il presidente della Sip il tema della formazione del personale risulta centrale, i dipartimenti di salute mentale e i servizi ospedalieri dovrebbero assumersi la responsabilità di porre come obiettivo l'eliminazione della contenzione, e operare affinché l'organizzazione del servizio, la sua qualità e l'interlocuzione con i pazienti e i familiari siano tali da permettere di lavorare in questo senso.

A conclusione del suo intervento, il professor Carpiniello ha illustrato quello che, secondo il parere della Sip, dovrebbe essere il percorso da intraprendere per raggiungere l'obiettivo della riduzione della contenzione, a partire da un patto scritto tra Dsm e utenza in cui devono essere esplicitate una serie di garanzie: non sarà effettuata alcuna contenzione se non in casi di estrema necessità; la tutela del benessere dei pazienti deve passare anche dall'eliminazione degli ostacoli che rendono la permanenza nei reparti particolarmente afflittiva (libero accesso al telefono, possibilità di incontrare i familiari) e spesso si rivelano causa di attriti e

malesseri tali da generare l'insorgere di crisi; adeguare gli organici, investire sulla formazione e sull'elaborazione di protocolli che prevedano l'utilizzo di tutte le altre tecniche, ambientali, relazioni e farmacologiche, utili a evitare il ricorso alla contenzione per fronteggiare momenti di acuzie; monitorare costantemente e minuziosamente ogni episodio di contenzione.

Nell'audizione successiva (seduta del 21 giugno 2016, n. 99) sono intervenuti la dottoressa Gisella Trincas, presidente dell' 'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale' (UNASAM), e l'avvocato Marco De Martino, già ascoltato in occasione dell'audizione sulla vicenda di Antonio Mottola.

La presidente dell'Unasam ha parlato della diffusione della contenzione e di come questa sia facilitata dal sistema delle porte chiuse, attraverso il quale spesso si impedisce l'accesso ai reparti a familiari e associazioni di tutela. Tra le maggiori criticità del sistema della salute mentale si può annoverare la difficoltà di una presa in carico complessiva degli utenti all'interno dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm), nel senso di tenere uniti interventi sanitari e di accompagnamento sociale, anche attraverso un potenziamento dei servizi di comunità che dovrebbero essere aperti all'accoglienza dell'utenza 7 giorni su 7 e h24. Troppo spesso infatti, l'insorgere di fasi problematiche durante il fine settimana e l'assenza di servizi sul territorio pronti a rispondere a queste esigenze, fa sì che la persona sperimenti una crisi altrimenti evitabile. La dottoressa Trincas ha riportato alcuni recenti episodi segnalati alla sua associazione, purtroppo non isolati, e denunciato il trattamento subito da alcune persone all'interno dei reparti. Tra gli altri, ha fatto menzione del caso di un uomo di 48 anni, ricoverato dal marzo al giugno 2016, contenuto più volte per un totale di 11 giorni, lasciato senza vestiti, completamente solo, fuori dalla portata del campanello di emergenza. Le sue urla per richiamare l'attenzione gli hanno fatto perdere la voce, e si è procurato delle lesioni agli arti nel tentativo di liberarsi. Episodi del genere accadono di frequente - ha detto la dottoressa Trincas - per questo sarebbe necessario intervenire sul tema della contenzione partendo dalle raccomandazioni del 2010 della Conferenza delle regioni, purtroppo non ancora tramutate in linee guida da tutte le realtà locali. È indispensabile inoltre che il tema della contenzione meccanica sia affrontato all'interno di un ragionamento più ampio relativo all'organizzazione dei servizi di salute mentale.

Anche la dottoressa Trincas ha individuato come centrali i temi della formazione, attraverso la quale gli operatori devono acquisire strumenti per la gestione di casi complessi; della carenza di organico; e dell'avvio di un processo culturale che porti a un cambio di paradigma nella mentalità degli operatori dei servizi.

Infine, la dottoressa Trincas ha citato l'esperienza dall'associazione 'Club Spdc no restraint', oltre venti reparti in tutta Italia in cui da anni si pratica la contenzione zero, a dimostrazione di come esistano già nel nostro paese delle buone pratiche replicabili, e sia quindi possibile occuparsi di salute mentale adottando un sistema di porte aperte e non ricorrendo a metodi coercitivi.

L'intervento dell'avvocato De Martino è partito da un'analisi dei dati sulla povertà assoluta dei minori - 1 milione secondo i dati Istat 2016 - importante per comprendere come possa essere difficile l'accesso alle cure per quella fascia di popolazione così fragile. Per una visita psichiatrica il ticket costa 35 euro nel Lazio e l'esenzione per i redditi inferiori ai 15mila euro non sempre è sufficiente a

garantire a tutti cure adeguate. Inoltre, l'attesa per il primo appuntamento può arrivare fino a 6 mesi e la vera presa in carico può avvenire anche dopo 24/36 mesi dal primo contatto.

Infine l'avv. De Martino ha affrontato la questione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems), strutture sorte dopo la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), già riempite fino alla capienza massima e con lunghe liste di attesa per le persone che aspettano il ricovero. Secondo la legge queste strutture - ha sottolineato l'avv. De Martino - dovrebbero rappresentare l'*extrema ratio*, in quanto sono da preferire soluzioni alternative nei servizi territoriali attraverso l'adozione dei piani di trattamento individuali. Allo stesso modo è oggetto di discussione, infine, la normativa relativa alle misure di sicurezza e alla pericolosità sociale, che non esclude il rischio di una nuova carcerizzazione delle persone con disturbo mentale.

L'avvocato De Martino ha concluso sostenendo che, a suo avviso, l'unica strada da percorrere sia l'abbandono del cosiddetto sistema del "doppio binario": il regime previsto nel nostro sistema penale per cui l'autore di reato non imputabile a causa del suo disturbo mentale viene prosciolto e, se valutato pericoloso socialmente, destinato a scontare una misura di sicurezza.

All'audizione successiva (seduta del 12 luglio 2016, n.100) è intervenuta la dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI).

L'ordine professionale degli infermieri, all'interno del suo codice deontologico, fa menzione della contenzione all'articolo 30: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali". Gli infermieri sono coloro i quali solitamente eseguono la contenzione su ordine del medico, ma tra i loro doveri professionali rientra anche la segnalazione all'autorità di eventi violenti o non conformi alla legge nel trattamento dei pazienti, e l'articolo 8 del codice deontologico prevede l'invocazione della clausola di coscienza per opporsi o non eseguire una contenzione ritenuta inutile e lesiva. Secondo la dottoressa Mangiacavalli, la contenzione può essere considerata un atto terapeutico quando questa sia messa in atto per la protezione e la sicurezza del paziente, come nel caso di sponde montate intorno ai letti per impedire le cadute. Nonostante la giustificazione, in alcuni casi, della contenzione meccanica, la presidente dell'Ipasvi ha ricordato come esistano molti metodi per ridurre il rischio di cadute (materassi concavi, coperte arrotolate sistemate ai bordi del letto, tappeti morbidi posizionati a terra) e che non ci siano evidenze scientifiche che accertino una correlazione tra contenzione e diminuzione delle cadute in soggetti anziani.

La dottoressa Mangiacavalli nel suo intervento ha spiegato che la contenzione rientra all'interno delle pratiche terapeutiche previste dal decreto ministeriale 739/94 di regolamento del profilo professionale dell'infermiere, motivo per il quale la pratica di contenere i pazienti dovrebbe sottostare a regole e prescrizioni, dovendosi appellare allo stato di necessità quando non autorizzato anche se, a detta della stessa presidente dell'Ipasvi, "difficilmente si può parlare di emergenza in riferimento ai trattamenti coercitivi".

In ultimo, la presidente dell'Ipasvi ha tracciato il percorso da intraprendere per arrivare a una progressiva diminuzione delle pratiche coercitive, a partire da

un quaderno realizzato dalla Federazione Ipasvi nel quale vengono indicati programmi e alternative alla contenzione meccanica.

Le conclusioni cui è giunta la dottoressa Mangiacavalli nel suo intervento in commissione sono in linea con quanto emerso nelle audizioni precedenti: formazione degli operatori; diversa organizzazione dei servizi; équipes multidisciplinari che individuino le migliori strategie per la gestione di momenti di acuzie anche se, a differenza di altri interventi, la federazione Ipasvi è orientata verso quella letteratura che auspica una diminuzione della contenzione, non la sua abolizione.

L'audizione successiva (seduta del 12 ottobre 2016, n. 102) ha visto la partecipazione dei professori Grazie Zuffa e Stefano Canestrari, membri del Comitato nazionale di bioetica (Cnb), i quali hanno illustrato i contenuti del parere "La contenzione. Problemi bioetici" approvato nell'aprile 2015.

Il Comitato nazionale di bioetica si occupa del tema dal 1999 e la decisione di ritornare sull'argomento deriva dalla constatazione che i trattamenti coercitivi non siano affatto straordinari, ma anzi una pratica molto diffusa e scarsamente conosciuta, ingombrante residuo di una cultura manicomiale ancora presente.

La professoressa Zuffa nel suo intervento ha delineato i punti fondamentali del documento, parlando sia di contenzione nelle strutture psichiatriche sia in quelle per anziani, partendo dalla convinzione che le pratiche coercitive siano una violazione dei diritti fondamentali della persona. La contenzione viene spesso giustificata argomentando casi eccezionali e di emergenza, ma il suo ricorso in queste circostanze non può prescindere da un netto rifiuto della pratica nella quotidianità. Nella prassi della gestione dei servizi, la non-contenzione dovrebbe essere un assunto grazie al quale rendere effettivo quel cambiamento culturale per cui il paziente viene trattato nel rispetto dei suoi diritti e della sua dignità, e non come un "malato" privo di garanzie e di capacità di autodeterminazione. Fuorviante è infatti la contrapposizione tra libertà personale e coercizione come pratica terapeutica di tutela del paziente: l'inviolabilità dei diritti umani non può essere messa in discussione; gli effetti estremamente dannosi della contenzione sono noti e un ragionamento che tenti di trovare giustificazioni alla possibilità di comprimere la libertà personale è estremamente rischioso poiché potrebbe rendere effettiva, normandola, la violazione della libertà di chi è bisognoso di cure. Le esperienze già citate degli Spdc no restraint e quella della città di Trieste in cui da anni non si lega più in tutte le strutture socio-sanitarie e residenziali per anziani, aiutano a capire come sia possibile organizzare i servizi in maniera orientata al paziente, in cui prevalga una relazione di cura e fiducia tra utenti e personale, e come partire da una modifica della cultura dei servizi sia fondamentale per raggiungere l'importante risultato di azzerare le pratiche coercitive.

Nelle conclusioni del documento del Cnb viene posto l'accento sull'assenza di conoscenza e informazione sul tema, e si raccomanda al Ministero della salute e alle Regioni di svolgere monitoraggi raccogliendo e centralizzando i dati a livello locale, incoraggiando inoltre a tenere registri puntuali in cui vengano dettagliate motivazioni e durata di ogni decisione di contenere, oltre a prevedere nella valutazione dei servizi degli standard di qualità che premino le strutture in cui si pratica il 'no restraint'.

Il professor Canestrari ha svolto un intervento sull'inquadramento giuridico del tema, ripercorrendo la questione dal già citato articolo 60 della legge del 1909 (che disciplinava i manicomi), dagli articoli 13 e 32 della Costituzione, e della riforma intervenuta con la legge Basaglia del 1978. Si è inoltre soffermato sulle conseguenze penali in cui può incorrere chi pratica in maniera illecita la contenzione, commettendo i reati di sequestro di persona o violenza privata, al contempo elencando però anche le cause di giustificazione già richiamate, come lo stato di necessità, la legittima difesa e l'adempimento del dovere.

Malgrado abbia rilevato che il profilo giuridico della contenzione sia complesso, come testimoniato dal dibattito in dottrina ancora attuale, il professor Canestrari ha sostenuto che bisogna sempre partire dall'inviolabilità della persona umana e del suo corpo, da cui dovrebbe discendere un modo diverso di intendere la relazione terapeutica col paziente portatore di disturbo psichico. È necessario quindi abbandonare la sovrapposizione tra disturbo mentale e pericolosità sociale, che sfocia inevitabilmente in soluzioni di tipo custodialistico, e trattare l'utente come chi si trovi ad affrontare ogni altra questione relativa alla salute, in maniera cioè informata e paritaria, in cui la relazione e lo scambio dovrebbero essere parte fondamentale del percorso di cura.

Il ciclo di audizioni si è concluso con l'intervento dell'onorevole Davide Faraone, sottosegretario di Stato alla salute (seduta del 28 febbraio 2017, n. 111). Il sottosegretario ha passato in rassegna il lavoro svolto su questo delicatissimo tema dalle Regioni, dalla Commissione nazionale per la bioetica e dallo stesso Ministero della salute, e ha dato conto della necessità di un approccio serio e problematico rispetto ad una questione così importante sul versante della tutela della salute e dei diritti fondamentali della persona, mettendo in rilievo la necessità di usare ogni cautela nel considerare misure che implicano la riduzione della libertà personale, tanto più quando riguardano soggetti che si trovano in un momento di particolare vulnerabilità. Il nostro paese, infatti, è stato più volte sanzionato da organismi come le Nazioni Unite e il Consiglio d'Europa a seguito di visite ispettive durante le quali è emerso un abuso della coercizione. Il sottosegretario Faraone ha citato le raccomandazioni del 2010 della Conferenza delle Regioni, ammettendo che non aver completato l'iter in Conferenza unificata abbia rappresentato un ostacolo alla loro piena applicazione. Alcune Regioni, a seguito delle raccomandazioni, hanno prodotto linee guida per prevenire e disciplinare il fenomeno della contenzione, ma il panorama in Italia rimane estremamente frammentato. Il rischio che l'utilizzo dei metodi di coercizione possa perpetuare lo stigma della malattia mentale, alimentando la sfiducia dei cittadini e facendoli desistere dal rivolgersi ai servizi, è uno dei fattori di cui tenere conto per promuovere interventi di regolamentazione in ogni Regione.

Il sottosegretario Faraone, infine, ha dato atto che le organizzazioni e le iniziative a livello locale sul tema della contenzione potrebbero portare nuovo impulso alla discussione e alla riflessione sul tema, auspicando che possa essere ripetuto a livello ministeriale il monitoraggio effettuato nel 2005 sulle contenzioni all'interno dei Spdc.

La Conferenza delle Regioni è intervenuta con una relazione inviata alla Commissione Diritti Umani il 6 dicembre 2017.

In tale relazione si evidenzia lo stato di applicazione delle raccomandazioni del 2010. Il documento presentato dal coordinamento della Commissione salute

della Conferenza riporta le risposte delle regioni – a eccezione della Calabria, che non ha inviato alcun aggiornamento – sullo stato di attuazione delle raccomandazioni e, nello specifico, sull’emanazione da parte degli enti locali di direttive per il monitoraggio della contenzione, e sulla promozione di pratiche per migliorare la gestione delle situazioni di crisi anche tramite la definizione di standard di struttura e processo utili a prevenire episodi di violenza nei servizi di salute mentale. Le differenze a livello regionale sono notevoli, con un gruppo di regioni (PA Trento, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia) che si è dotato di direttive rispondenti alle raccomandazioni ed effettua un monitoraggio del fenomeno, un secondo gruppo (Toscana, Umbria) che ha recepito in qualche modo il documento del 2010 senza però effettuare alcun monitoraggio, un terzo gruppo (Val d’Aosta, PA Bolzano, Piemonte, Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania) che non si è dotato a livello regionale di alcuna direttiva, ma dove in alcuni casi le Aziende sanitarie locali hanno recepito le raccomandazioni, un ultimo gruppo (Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna) in cui invece niente è stato fatto a livello regionale e non si è a conoscenza di iniziative attribuibili alle Aziende sanitarie.

Per un approfondimento sulle azioni intraprese dalle diverse regioni si rimanda alla lettura del documento in appendice.

Parallelamente al ciclo di audizioni svolto nel corso del biennio 2015-2017, sono state organizzate alcune iniziative culturali e di sensibilizzazione, per promuovere la conoscenza dei cittadini relativamente al fenomeno della contenzione meccanica e aumentare la sensibilità istituzionale sul tema.

La prima iniziativa è stata inserita all’interno del ciclo di eventi del Cineforum dei Diritti, il 17 dicembre 2015, nella Sala Zuccari di Palazzo Giustiniani, ha avuto luogo la proiezione del film-documentario *87 ore* di Costanza Quatriglio. Il documentario, attraverso le immagini di nove videocamere, ripercorre le ultime ore di vita di Francesco Mastrogiovanni, un maestro elementare sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, all’interno del reparto psichiatrico dell’ospedale di Vallo della Lucania, legato a un letto di contenzione tra il 31 luglio e il 4 agosto 2009.

All’evento hanno partecipato la nipote di Mastrogiovanni, Grazie Serra, e l’attore Fabrizio Gifuni con la lettura di alcuni testi estratti dalla sentenza di primo grado che ha visto imputati e poi condannati per sequestro di persona alcuni dei medici del Spdc di Vallo della Lucania in cui Mastrogiovanni ha perso la vita. Il 21 gennaio 2016 è stata presentata la campagna nazionale per l’abolizione della contenzione “...E tu slegalo subito”, una sigla che raccoglie l’adesione di numerose associazioni e che si propone l’obiettivo di arrivare al superamento della contenzione meccanica all’interno dei servizi di salute mentale. All’evento hanno partecipato la senatrice Nerina Dirindin, ma anche persone del mondo dello spettacolo e della cultura come il cantautore Pier Paolo Capovilla e il rapper Piotta.

Il 21 marzo 2016 presso la Sala Mappamondo della Camera dei deputati è stato nuovamente proiettato il film-documentario *87 ore* di Costanza Quatriglio. Alla Camera è intervenuta Grazia Serra, nipote di Francesco Mastrogiovanni, nonché Vito D’Anza, del Forum salute mentale. Piera Degli Esposti ha letto alcuni testi.



## RACCOMANDAZIONI

La Commissione, a conclusione del lavoro svolto, presenta una serie di raccomandazioni in merito al fenomeno della contenzione meccanica in psichiatria sulla base di quanto appreso e riscontrato nel corso dell'indagine conoscitiva, di quanto accertato dagli organismi internazionali come il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e di quanto evidenziato sia dalla Conferenza delle regioni e delle provincie autonome nel 2010 sia dal Comitato nazionale di bioetica nel 2015. Questi ultimi due documenti, infatti, rappresentano un fondamentale punto di partenza per intervenire sul tema della contenzione meccanica, tracciando il percorso che porti quanto prima a garantire il pieno rispetto dei diritti umani e della dignità della persona nei luoghi di cura.

- I. Colmare l'assenza di dati certi sul fenomeno e di ricerche nazionali. Dopo il progetto 'Progres acuti' del 2005 sull'utilizzo della contenzione meccanica nei servizi dei Dipartimenti di salute mentale, l'assenza di dati è emerso come uno dei problemi principali a parere di tutti gli intervenuti. Il fatto che la contenzione sia rimasta nel tempo una pratica sommersa, seppur diffusa quando non addirittura routinaria, non ha consentito che fosse affrontata pubblicamente, politicamente e all'interno degli stessi servizi. La ricerca del 2005, dalla quale è emerso che l'80% dei Servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura hanno fatto ricorso alla contenzione, le osservazioni del Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa e la morte di alcuni pazienti ricoverati in SPDC e contenuti per molti giorni senza soluzione di continuità (Giuseppe Casu, 2006 e Francesco Mastrogiovanni, 2009) hanno fatto uscire tale pratica dal sommerso, stimolando alcune Regioni ad affrontare il problema, pur se non in maniera omogenea. Proprio per dare impulso a quanto fatto finora, è necessario attuare il monitoraggio da parte di tutte le Regioni del ricorso alla contenzione meccanica nei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e la rielaborazione e pubblicazione dei dati da parte del Ministero della Salute, come base per il superamento di questa pratica.
  
- II. Promuovere il monitoraggio del numero e della tipologia degli infortuni degli operatori negli Spdc, e attuare su questa base un confronto con quanto avviene negli Spdc no restraint. In riferimento agli episodi di violenza segnalati all'interno degli Spdc, premesso che tali episodi trovano le loro radici sia nelle manifestazioni aggressive delle persone lì ricoverate, ma anche nella rigidità di regole, nelle risposte spesso non adeguate del personale e nella separazione e chiusura degli spazi della degenza, è importante sia promuovere il monitoraggio del numero e della tipologia degli infortuni degli operatori degli Spdc, sia attuare un confronto con i dati raccolti nei servizi che non praticano la contenzione. La scarsa conoscenza relativa agli episodi di violenza all'interno dei reparti è un ulteriore elemento che, se superato, rappresenterebbe una base di partenza per strutturare modalità di intervento condivise, favorendo la circolazione del sapere tra gli operatori e stimolando la ricerca di nuove modalità di azione all'interno dei reparti.

- III. Promuovere il monitoraggio del trasferimento di pazienti dagli Spdc, già sottoposti alla contenzione meccanica e/o farmacologica, in reparti di medicina d'urgenza o anestesia e dell'esito del loro ricovero.
  
- IV. Dotare di maggiori risorse la quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale. Secondo la prima ricerca effettuata sul tema dal Ministero della salute (Rapporto sulla salute mentale 2015<sup>4</sup>) l'incidenza media di questo capitolo di spesa a livello nazionale si attesta al 3,49%. Questo dato è ben lontano dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto il 18 gennaio 2001. È necessario intervenire sulla carenza di risorse di personale, ma anche sul modello organizzativo dei Dipartimenti di salute mentale, investendo su servizi territoriali capaci della presa in carico complessiva della persona con disturbo mentale e del suo contesto sociale e familiare, accessibili tutti i giorni della settimana e sulle 24 ore, che garantiscano interventi tempestivi in particolare nelle situazioni di crisi e evitino l'aggravarsi delle stesse.
  
- V. Investire sulla formazione di tutto il personale dei servizi di salute mentale, fornendo gli strumenti adeguati per la gestione delle crisi e promuovendo il cambiamento organizzativo e culturale nei reparti. In alcuni contesti si è rivelata utile la formazione sulle tecniche di "deescalation" onde evitare il ricorso alla contenzione meccanica, così come la creazione di équipes multidisciplinari in grado di affrontare una fase di acuzie, attivando la migliore risposta da fornire alla persona in quella determinata situazione.
  
- VI. Promuovere e incentivare da parte delle Regioni i Dsm no restraint e favorire lo scambio di esperienze con i Dipartimenti no restraint, anche di altre Regioni, onde trasferire esperienze per il superamento del ricorso alla contenzione. In questo senso, l'esperienza dei reparti riuniti nel 'Club Spdc no restraint' potrebbe rappresentare un modello cui guardare in un'ottica di scambio di competenze e buone pratiche utile a tracciare un percorso verso la diminuzione del fenomeno delle contenzioni meccaniche. Effettuare una valutazione dei servizi di salute mentale e valorizzare le esperienze di chi pratica il 'no restraint' avrebbe degli effetti positivi anche dal punto di vista di una modifica dell'approccio culturale, che deve tendere sempre di più al rispetto dei diritti umani e della dignità della persona.
  
- VII. Promuovere l'attraversabilità dei servizi di salute mentale, in particolare del Spdc, da parte dei familiari, delle associazioni del territorio e dei cittadini, sia come contrasto al ricorso alle pratiche coercitive sia come costruzione di pratiche e percorsi collettivi per affrontare le situazioni critiche e per un cambiamento culturale nell'approccio alle persone con sofferenza mentale.

---

<sup>4</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2550\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2550_allegato.pdf)

## **RESOCONTI SOMMARI DELLE SEDUTE DEDICATE ALLA CONTENZIONE MECCANICA**



**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MARTEDÌ 4 AGOSTO 2015

**85<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*

MANCONI

**Audizione del professor Giuseppe Dell'Acqua, psichiatra, sull'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, in particolare sulla situazione di Antonio Mottola, e dell'avvocato Marco De Martino**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 15 luglio scorso.

Il presidente MANCONI, presenta la personalità presente in audizione, il professor Giuseppe Dell'Acqua, direttore per 17 anni del Dipartimento di salute mentale di Trieste e attualmente docente di psichiatria sociale presso la facoltà di psicologia dell'Ateneo di quella città. Il professore Dell'Acqua è stato invitato a riferire in particolare sulla vicenda di Antonio Mottola che si trova oggi nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, protagonista di una storia drammatica e per molti versi emblematica rispetto al percorso che in Italia può compiere una persona che presenta un disagio mentale.

Il professor Giuseppe DELL'ACQUA, nel ringraziare per l'opportunità offerta, descrive la vicenda di Antonio Mottola, il quale sin da bambino presentava problemi comportamentali, e che sin dalla tenera età di sei anni è stato sottoposto a cure neurolettiche caratterizzate, come è noto, dall'uso di psicofarmaci. A 13 anni il ragazzo è stato ricoverato presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Vicenza, città nella quale la sua famiglia, originaria di Avellino, si era nel frattempo stabilita; ivi è stato spesso chiuso in una stanza e legato al letto di contenzione. Solo a 16 anni Antonio Mottola ha potuto trascorrere un biennio in una comunità, ma a 18 anni, alla vigilia della dimissione dalla comunità, egli ebbe una piccola colluttazione con il suo terapeuta e a seguito di questo episodio e dell'intervento di alcuni agenti di polizia il ragazzo è stato assegnato ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura della città di Vicenza dove il ricorso alla contenzione è prassi normale. Intanto il giudice assegnatario del caso ha ordinato una perizia psichiatrica il cui esito è stata la statuizione dell'incapacità di intendere e di volere di Antonio Mottola e di una sua presunta persistente pericolosità sociale. Su queste basi il giovane è stato assegnato all'ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere e, successivamente, alla fine del mese di agosto del 2014, all'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia. Nel marzo del 2015, Antonio Mottola è stato prosciolto dalle accuse di cui era imputato ma, allo stesso tempo, sottoposto a

misura di sicurezza per un periodo di quattro anni. Un'istanza presentata dai genitori nei mesi successivi, per chiedere una misura di sicurezza alternativa, è stata rigettata. Essi ora stanno compiendo il tentativo di agire sul giudice di sorveglianza perché siano adottate misure di sicurezza alternative all'ospedale psichiatrico giudiziario. La vicenda di cui è vittima Antonio Mottola pone problemi di carattere generale, legati al tema del ricorso sregolato ed eccessivo della contenzione, alle norme del codice penale che sanciscono il principio della pericolosità sociale e, da ultimo, alle forme organizzative dei servizi per la salute mentale sul territorio.

Il presidente MANCONI, sottolinea che l'uso della contenzione nell'OPG di Castiglione delle Stiviere è notoriamente critico e che vi sono studi che dicono dell'uso eccessivo fatto della cosiddetta "contenzione meccanica", rese possibile dall'assenza di uno statuto giuridico di questa pratica, rispetto alla quale esistono solo linee guida emanate dalle Regioni.

La senatrice GRANAIOLA (PD) ricorda di avere presentato una interrogazione sulla vicenda di Antonio Mottola, interrogazione rimasta fino ad oggi senza risposta.

Il senatore MAZZONI (AL-A), nel ricordare un altro episodio legato al ricovero in un OPG di cui egli stesso fu testimone da ragazzo, si chiede quanti casi di questo tipo esistano sul territorio nazionale.

La senatrice VALENTINI (PD) domanda in che modo si possa giungere al superamento dell'uso della contenzione meccanica e come, in questo specifico ambito, si potrebbero ridurre i margini di discrezionalità dei giudici.

La senatrice DIRINDIN (PD) osserva che oltre ad intervenire sulle norme è necessaria un'azione sul territorio per favorire un radicale mutamento dell'approccio culturale al fenomeno del disagio mentale.

La senatrice PADUA (PD) suggerisce una indagine conoscitiva o altre iniziative conoscitive della Commissione sul tema della contenzione.

Il senatore PAGLIARI (PD) rileva come la cultura medica nell'ambito descritto dal professor Dell'Acqua sia eccessivamente legata a formalismi e fondamentalmente inadeguata. Occorrerebbe sottrarre le misure accessorie all'impianto delle sanzioni comminabili sul piano penale ed occorrerebbe riflettere sulla opportunità di dare vita ad una istituzione garante per i malati psichiatrici tenendo comunque presente che è diventata improcrastinabile una compiuta regolamentazione della contenzione meccanica.

La senatrice PIGNEDOLI (PD) sottolinea che l'episodio testé descritto dal professor Dell'Acqua è viepiù significativo se si considera che una città come Reggio Emilia ha un pronunciato senso civico e della solidarietà rispetto al quale l'ospedale psichiatrico giudiziario di quella città appare un corpo estraneo.

Il presidente MANCONI ricorda i casi di Franco Mastrogiovanni deceduto a causa della contenzione nel centro di salute mentale dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania e di Giuseppe Casu deceduto nel reparto di psichiatria dell'ospedale Santissima Trinità di Cagliari.

L'avvocato Marco DE MARTINO, difensore di Antonio Mottola, sottolinea l'importanza di mettere mano alle norme del codice penale che consentono di adottare misure di sicurezza accessorie, e informa che il movimento "*Società pericolosa*", composto da docenti e studenti dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, promuove una raccolta di firme finalizzata alla riforma delle misure di sicurezza e della "pericolosità sociale".

Il professor DELL'ACQUA ricorda le Raccomandazioni adottate dalla Conferenza delle Regioni e P.A. il 29 luglio 2010 su "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" e lo studio pubblicato negli Annali dell'Istituto superiore di sanità nel 2013; ricorda le iniziative di *Stop OPG* e del *Forum salute mentale* informando che su tale argomento a Foggia nel prossimo mese di novembre avrà luogo un convegno. Un'azione da parte della Commissione potrebbe avere luogo nel quadro della azione denominata "*Quality Rights Project*" della Organizzazione Mondiale della Sanità, azione mirata all'accertamento degli *standard* di tutela dei diritti delle persone disabili nei diversi Paesi. Segnala infine che le nuove residenze per l'esecuzione delle misure detentive, in sigla REMS, che da marzo avrebbero dovuto sostituire gli OPG in tutta Italia, sono una positiva realtà a Trieste e Pordenone.

Il presidente MANCONI nel ringraziare le personalità ascoltate in audizione e i senatori presenti al dibattito dichiara chiusa la procedura informativa.





**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MERCOLEDÌ 20 APRILE 2016  
**94<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
MANCONI

**Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla "contenzione meccanica"**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 7 aprile scorso.

Il presidente MANCONI informa i senatori presenti che con la seduta odierna ha inizio un percorso di indagine dedicato alla contenzione meccanica e che tale esercizio avrà come prossimi passaggi le audizioni di Giovanna Del Giudice e Peppe Dell'Acqua programmate per le prossime settimane. Ricorda che il ciclo di audizioni dedicato alla contenzione meccanica trae spunto dal caso di Antonio Mottola segnalato alla Commissione nel giugno dell'anno scorso che, fortunatamente, ha da poco potuto avere un esito positivo per l'interessato.

Il consigliere Daniele PICCIONE, nel ringraziare per l'opportunità offerta, ricorda che il mezzo di contenzione è definito dall'enciclopedia Treccani quale "fascia o cinghia idonea a limitare i movimenti di persona agitata, che si usa in caso di grave necessità nei reparti di ricovero per pazienti psichiatrici; deve essere utilizzato per il tempo strettamente necessario e sotto controllo medico". Ne discende che da qui dovrebbe muovere una definizione di contenzione bio-meccanica, cioè realizzata mediante dispositivi, di varia natura, che poiché incidono sulla libertà fisica di un individuo costituiscono una limitazione della libertà personale ai sensi dell'art. 13 della Costituzione e dell'art. 5 della Convenzione europea dei diritti dell'Uomo.

È possibile distinguere la contenzione bio-meccanica, cioè attuata attraverso strumenti volti a bloccare e immobilizzare l'individuo costringendolo ad una struttura o ad un supporto di una qualche specie dalle forme di contenzione farmacologica, le quali, si caratterizzano per la somministrazione di farmaci di varia natura che riducono grandemente - o anche annichiliscono - la capacità di determinarsi al movimento della persona, affievolendone per lo più lo stato di coscienza e vigilanza.

Non mancano inoltre pratiche contenitive miste, le quali si sostanziano sia dell'una che dell'altra modalità di incisione sulla persona o, anche, ne fanno seguire una all'altra.

Intorno a queste pratiche, largamente diffuse sul territorio nazionale, si pongono non da oggi rilevanti interrogativi. Il primo di questi che, peraltro, dovrebbe considerarsi a tutti gli effetti quello preliminare e determinante, riguarda la liceità della pratica della contenzione. E' unicamente a tale profilo che sarà dedicato l'intervento all'audizione odierna. Occorre premettere che il documento

adottato dal Comitato di bioetica il 23 maggio 2015, si limita a tracciare pochi e limitati elementi utili di indagine dal punto di vista costituzionalistico; e che il Comitato ha evidenziato come la contenzione si riveli, nella prassi, un'autentica "uscita d'emergenza", fondata sul ribaltamento tra eccezione e regola.

Il dibattito culturale e dottrinario sulle pratiche di contenzione sarebbe di per sé piuttosto facile da riassumere e, forse, persino agevolmente risolvibile in una conclusione netta. Il problema, tuttavia, è perturbato da due modalità di condurre l'analisi che offuscano non poco la limpidezza delle conclusioni finali.

Il primo profilo metodologico in certo modo confondente risiede nell'esaminare il fondamento giuridico della contenzione muovendo da casi limite ed eccezionali. Non di rado, le tesi volte a legittimare la contenzione prendono le mosse, infatti, dalle contenzioni istantanee, cioè dal tipico esempio della persona che viene immobilizzata per evitare che trascenda in atti autolesionistici; oppure, facendo riferimento all'applicazione delle spondine ai letti per lungodegenza geriatrica; o anche citando il caso delle cinture di sicurezza applicabili all'infermo accomodato sulla barella del servizio medico di urgenza. Ancora, viene talvolta evocato il caso in cui a richiedere la contenzione sia lo stesso infermo, così da sostenere che la pratica in sé non sarebbe ipso facto e sempre illecita, invocando casi intrisi di presunte scelte volontarie dell'interessato che la subisce. Infine, si ascolta spesso l'argomento in base al quale il singolo, quando incosciente, può essere assicurato al letto per evitare cadute o danni accidentali a persone o cose, il che sembrerebbe giustificare all'istante la legittimità di atti contenitivi biomeccanici.

Tutta la casistica ricordata, tuttavia, va messa da parte perché in primo luogo si tratta di circostanze in cui o la contenzione biomeccanica è istantanea e si risolve immediatamente, senza alcuna traccia di durata, soltanto per far fronte ad emergenze non prevedibili e non altrimenti fronteggiabili; oppure si viene a determinare in casi nei quali lo stato di coscienza è assente del tutto o in parte, così che la condotta messa in opera supplisce all'autocontrollo, all'equilibrio provvisoriamente venuti meno: in tal caso, tuttavia, la presunta contenzione - se di essa si può parlare - si verifica nello spazio necessario a recuperare la capacità di autodeterminarsi.

Infine va segnalato il caso di scuola di chi chiede di essere contenuto fisicamente, che però non solleva dubbi dal punto di vista giuridico, in quanto la libertà personale ha natura di diritto costituzionale indisponibile e dal punto di vista fattuale, se l'interessato revoca il consenso dovrebbe essere prontamente lasciato libero da qualunque dispositivo meccanico.

Le figure limite non costituiscono in alcun modo il fuoco del problema in esame e non impediscono di analizzare i profili di liceità degli atti di contenzione biomeccanica, attuati contro la volontà del paziente, non istantanei e anzi protratti nella durata, posti in essere con dispositivi di varia natura.

Sono proprio questi ultimi gli atti e le condotte su cui ferve uno strisciante tentativo legittimante. Al riguardo va richiamato il dettato dell'articolo 13 della Costituzione, che dispone che la libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. Solo in casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge 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. Precisa sempre l'articolo 13 della Costituzione che è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunemente sottoposte a restrizioni di libertà.

Il secondo comma della disposizione citata fissa le due garanzie essenziali a presidio della libertà del singolo contro "qualsiasi restrizione della libertà personale": la riserva di legge assoluta; la riserva di giurisdizione che prevede anche la motivazione del provvedimento restrittivo. I casi eccezionali di necessità e urgenza in cui si può limitare la libertà fisica dell'individuo, previsti dal comma successivo dell'articolo 13 Costituzione, sono assistiti da garanzie anche più stringenti, perché postulano l'inversione della sequenza del procedimento; prima l'autorità di pubblica sicurezza, poi la convalida dell'autorità giudiziaria.

L'atto della contenzione non è previsto da alcuna disposizione avente forza di legge nell'ordinamento italiano. Né vi è alcun procedimento legislativamente individuato per provvedervi. Dunque non si tratta affatto di valutare quanto uno schema legale codificato dal diritto sia compatibile con il dettato costituzionale, occorre invece constatare che le condotte di contenzione si rivelano per la loro natura dei meri comportamenti umani, delle condotte non codificate quanto a limiti e garanzie che si sostanziano in una coercizione che determina una degradazione della dignità del singolo.

Contro questa constatazione non ha spazio l'ipotesi, più o meno implicitamente delineata, per cui la Costituzione non avrebbe forza precettiva nel sancire il divieto assoluto di tali condotte, senza un esplicito divieto del legislatore. La Corte costituzionale, con la sentenza n. 11 del 1956, ha fugato ogni dubbio in proposito, dichiarando l'incostituzionalità dell'istituto pre-repubblicano dell'ammonimento comminato dalle Commissioni prefettizie.

Va ad ogni modo ricordato che nella pratica, e anche da parte di taluni studiosi, si tende a sovrapporre i trattamenti sanitari obbligatori con le condotte coercitive che si risolvono in un'incisione della libertà fisica del singolo. I trattamenti sanitari contro la volontà dell'infermo vennero disciplinati prima dalla legge 13 maggio 1978, n. 180 e poi dalla di poco successiva legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale. La prima legge, comunemente ricordata con il nome di legge Basaglia, ha abrogato l'istituto manicomiale in Italia, contemporaneamente recidendo l'ambiguo legame tra l'infermità di mente e "la pericolosità per sé o per altri"; Si trattava del un retaggio della legge giolittiana del 1904, la quale indicava come presupposti per l'internamento in manicomio, "l'essere pericoloso per sé o per altri o il generare pubblico scandalo".

Sotto il regno dell'ospedale psichiatrico, non solo le contenzioni nei luoghi di cura erano praticate con un'incidenza quotidiana e assai prolungata, ma una traccia normativa legittimante si riscontrava nell'art. 34 del R.D. n. 615 del 1919 che faceva espresso riferimento al principio per cui, all'interno dei manicomi, non si può ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali col permesso scritto del medico.

Una disposizione, questa, che è a dirsi abrogata implicitamente dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978. In ogni caso i mezzi di coercizione negli ex manicomi, poi ospedali psichiatrici civili, erano giuridicamente disciplinati. Inoltre, va rilevato che il cosiddetto "registro delle contenzioni" era in realtà uno strumento di garanzia e conoscibilità di una prassi, quella del ricorso alle camicie

di forze e alla contenzione biomeccanica, che prima dell'entrata in vigore della Costituzione repubblicana e senza che ancora si intravedessero i prodromi del movimento antimanicomiale, erano ritenute pratiche coesenziali al compito di custodia e neutralizzazione dell'infermo di mente.

Ai sensi degli articoli 33 e ss. della legge n. 833 del 1978, il "trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, rappresenta una *extrema ratio*. Soprattutto, non può negarsi che lo schema procedurale che dà vita, nei casi eccezionali, al T.S.O. ai sensi dell'art. 35 della più volte citata legge n. 833 del 1978, può giustificare limitazioni della libertà del singolo prevedendone il ricovero coattivo in un Servizio psichiatrico al fine di provvedere a terapie psichiatriche che sia restio ad accettare; ma questo non ammette in alcun modo che l'individuo sia ulteriormente ristretto nella sua libertà fisica da atti di contenzione, posti in essere per controllare o neutralizzarne condotte potenzialmente offensive.

È possibile pertanto concludere che i trattamenti sanitari obbligatori contro la volontà del singolo non giustificano coercizioni innominate, e che non sono previsti dalla legge. È possibile concludere inoltre che l'equivoco circa i mezzi coercitivi impliciti nel trattamento psichiatrico contro la volontà del singolo, origina dall'antico schema legale seguito e svolto dal Regolamento manicomiale del 1919. Infine è possibile concludere che le contenzioni meccaniche restano sprovviste di alcun riferimento normativo primario e che a deporre contro la loro liceità è la chiara traccia offerta dall'articolo 13, quarto comma, della Costituzione, secondo il quale, come visto, è punita ogni forma di violenza fisica contro le persone comunque sottoposte a limitazioni della libertà.

Per quanto riguarda il sistema delle cause di giustificazione previste dal sistema penale va poi richiamato in particolare l'articolo 54 del codice penale, concernente lo stato di necessità, secondo cui "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se 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".

Alla base dell'operatività della scriminante prevista dall'articolo 54 del codice penale si pone il verificarsi di una condizione di necessità, tale da giustificare una condotta altrimenti illecita. È insito nel concetto stesso di necessità, un accadimento imprevedibile ed eccezionale, tale da non consentire una reazione con mezzi ordinari e legittimi. La scienza costituzionalistica ha dimostrato più volte il nesso diretto da eccezionalità, urgenza, necessità, straordinarietà, che pur integrando termini affatto differenti, concorrono a definire le condizioni limite in cui comportamenti altrimenti che l'ordinamento non considera validi, legittimi o leciti, possono trovare limitato spazio. In assenza di alcuna puntuale previsione di legge, l'area di operatività dell'articolo 54 del codice penale è da ritenersi assai più ristretta di quanto si tende ad immaginare, con riguardo alle pratiche della contenzione. Ad esempio, essa non può operare per le contenzioni programmate, per quelle prolungate, per quelle sproporzionate al rischio che si verificino condotte lesive o autolesive; non può operare per giustificare malintese e surrettizie funzioni custodiali del paziente; non consentono di sostituire misure meno invadenti che dovrebbero tendere ad evitare danni a persone o cose; non possono trovare spazio quando il fatto sia sproporzionato al pericolo.

Dal punto di vista logico formale oltre che giuridico è necessario diffidare della portata legittimante dell'articolo 54 codice penale, poiché esso non potrà mai intendersi come clausola generale di giustificazione astratta, ma solo come disposizione di chiusura dell'ordinamento per far fronte a casi in cui flette la pretesa punitiva del sistema penale. Può dirsi che l'articolo 54 del codice penale può soltanto in casi puntuali, concreti ed eccezionali, scriminare alcuni degli atti di contenzione definiti in apertura come casi limite; la sua area di operatività, con riferimento alle contenzioni, che non esclude ma conferma il fatto che esse siano da considerarsi atti che ricadono nella sfera del penalmente rilevante; che in nessun caso si può tentare di fondare su tale disposizione una regolamentazione delle contenzioni che si vorrebbe legittime, con un atto non avente forza di legge. L'accertamento del sussistere dei requisiti di applicazione dello stato di necessità spettano sempre e comunque all'autorità giudiziaria e non mai all'autorità amministrativa che tenti di delimitarne o specificarne i contorni prima che la condizione di necessità si verifichi.

Occorre infine aggiungere talune brevi considerazioni che esulano dalla disamina costituzionalistica del fenomeno delle contenzioni, ma che da essa in certa misura discendono.

In primo luogo, la Costituzione e la giurisprudenza costituzionale offrono una chiave di lettura assai profonda di tutti gli atti coercitivi compiuti nei riguardi di soggetti deboli, inseriti in dimensioni istituzionali totalizzanti o, appunto, sottoposti a misure restrittive delle libertà costituzionali.

Non occorre immaginare un intervento legislativo, perché colmare un falso vuoto rischia di divenire esso stesso fattore legittimante, equivoco che renderebbe lecito ciò che non può esserlo, se non in casi eccezionali, tali da confermare spirito e lettera di un impianto costituzionale persino più netto di quel che si vorrebbe nel ricondurre segni di disfavore ad ogni forma di prevaricazione fisica dell'uomo sull'uomo. Semmai sarebbe il caso di rafforzare le garanzie giurisdizionali contro condotte di contenzione biomeccanica che non solo determinano abrasioni della dignità del singolo ma costituiscono indici di crisi nelle prestazioni di assistenza dei servizi territoriali che hanno sostituito gli ospedali psichiatrici.

Occorrerebbe piuttosto incidere nel concreto vissuto dei servizi sanitari per inverare il dettato degli articoli 13 e 32 della Carta fondamentale, cogliendo, tuttavia, le ragioni profonde per le quali la realtà racconta del proliferare di atti di contenzione all'ombra di luoghi in cui o si riafferma la cultura della sua legittimità, oppure essa è vissuta come un male minore cui non può non ricorrersi; o ancora essa appare come la soluzione più comoda per sciogliere il nodo del rapporto tra i diritti fondamentali di chi vive l'esperienza del disagio e del disturbo mentale e le responsabilità di medici ed operatori che vedono ampliato l'orizzonte delle conseguenze penali, civili ed amministrative del loro difficile operare.

Va rilevato tuttavia che la contenzione prolifera nelle istituzioni in cui più forte rimane lo squilibrio tra i rapporti di potere e che nel suo modo di porsi come fenomeno umano affonda comunque le radici in un atto di sopraffazione del singolo sul suo simile,

Il problema giuridico è di non ammettere la legittimazione di condotte che pongono in lancinante evidenza, nel rapporto tra chi pratica la contenzione e chi la subisce, una caratteristica che Franco Basaglia amava spesso sottolineare, perché si aprissero stridenti contraddizioni nelle prassi e nelle coscienze.

La senatrice SIMEONI (*Misto*) ricorda i suoi ventuno anni di attività nei servizi di diagnosi e cura sottolineando i passi in avanti compiuti sul piano anche culturale rispetto ad una situazione non felice nella quale le strutture esistenti nel Mezzogiorno erano ancor più penalizzate.

Il senatore ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*) richiama l'esigenza di affrontare non solo la contenzione meccanica ma anche la contenzione biofarmacologica.

Il senatore MAZZONI (*AL-A (MpA)*) chiede un approfondimento in ordine alla giurisprudenza della Corte costituzionale, facendo segnatamente riferimento alla sentenza della Corte Costituzionale del 1961.

Il presidente MANCONI, ricorda la ricerca dell'istituto superiore di Sanità che nel 2004 ha certificato che nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura la contenzione verrebbe attuata nell'80 per cento dei casi. Ricorda inoltre, con riferimento alla durata della contenzione, i casi di Giuseppe Casu a Cagliari, nel 2006, e di Franco Mastrogiovanni a Vallo della Lucania, nel 2011, che fecero registrare una contenzione della durata rispettivamente di 135 e 87 ore e che portarono alla loro morte.

Il dottor PICCIONE nel confermare l'esperienza della senatrice Simeoni in ordine al miglioramento generale della situazione riguardante la contenzione, sottolinea come la contenzione biofarmacologica abbia implicazioni giuridiche molto diverse rispetto alla contenzione meccanica rilevando che - come giustamente ha inteso mettere in evidenza il senatore Mazzoni - la giurisprudenza della Corte costituzionale meriterebbe un ulteriore approfondimento. I casi richiamati dal presidente Manconi danno conto dell'importanza della indagine che la Commissione per la tutela dei diritti umani si appresta a svolgere che potrà approdare alla indicazione di forme di maggior tutela per le persone che accedono alle strutture più esposte alla pratica della contenzione, vale a dire essenzialmente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e le strutture di lungodegenza geriatrica.

Il presidente MANCONI, ringraziando il consigliere Piccione e i senatori presenti, dichiara conclusa la seduta.

**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MERCOLEDÌ 4 MAGGIO 2016  
**95ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
MANCONI

**Audizione di Giovanna Del Giudice, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia e di Vito D'Anza, del Forum salute mentale**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 20 aprile scorso.

Il presidente MANCONI, in apertura di seduta, ricorda che oggi prosegue il lavoro sulla "contenzione meccanica" avviato lo scorso 20 aprile, un lavoro che proseguirà nelle prossime settimane con altre audizioni.

La dottoressa Giovanna DEL GIUDICE, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Franco Basaglia, nel ringraziare la Commissione per l'opportunità offerta, ricorda che alla contenzione meccanica attraverso cinghie, lacci, fascette o altro, si aggiungono la contenzione ambientale - vale a dire impedimenti alla libera circolazione dei soggetti nei luoghi della cura - e la contenzione farmacologica, come ha voluto ricordare il consigliere Piccione nel suo intervento nell'audizione del 20 aprile scorso, che si serve di psicofarmaci. Tali strumenti di contenzione, e questo è l'elemento che più preoccupa, si sommano fra loro con effetti molto nocivi sui pazienti. La contenzione meccanica provoca danni all'integrità psicofisica delle persone, descritti in letteratura, come le abrasioni; può procurare danni vascolari, ischemie; può avere conseguenze sul piano neurologico o ortopedico - basta considerare le conseguenze della caduta di anziani da un letto con barriere, quindi da una maggiore altezza; infine può avere conseguenze sul piano psicologico. In taluni casi può addirittura portare alla morte. La contenzione riguarda non solo le persone con disturbi mentali - nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura o nelle case di cura private; nelle comunità terapeutiche o nei luoghi di detenzione - ma anche adolescenti o anziani ovvero ancora persone con disabilità. Per quanto riguarda la diffusione del fenomeno esistono due ricerche, una condotta nel 2001 dall'Istituto Mario Negri di Milano ed una svolta dall'Istituto Superiore di Sanità. In base a quest'ultima ricerca l'80 per cento dei servizi psichiatrici degli ospedali italiani farebbero ricorso alla contenzione meccanica. Si tratta di statistiche davvero allarmanti, tanto più che non esiste un sistema tipizzato di registrazione di tale pratica, la quale non figura nelle cartelle cliniche. È anche per questo motivo che la discussione sull'uso della contenzione meccanica è poco articolata e il fenomeno poco conosciuto. Gli stessi operatori tendono a non parlarne e il fenomeno affiora solo in occasione di incidenti più o meno gravi. A questo riguardo va ricordato che tra il 2006 e il 2009 vi sono stati quattro casi di morte provocata dalla contenzione meccanica. La "contenzione", va peraltro distinta dal "contenimento". La contenzione meccanica riguarda - come si è

detto - le pratiche che hanno la finalità di bloccare i movimenti della persona; il contenimento riguarda l'attuazione di una serie di pratiche relazionali articolate e complesse in grado di impedire ad una persona in stato di forte agitazione di trascendere.

Il dottor Vito D'ANZA, del Forum salute mentale, nel ringraziare a sua volta per l'opportunità offerta, sottolinea che nel suo intervento cercherà di mettere a fuoco in che modo sia possibile evitare di ricorrere alla contenzione meccanica, e mette in rilievo che essa è in ogni caso non legittima giacché nessuna disposizione di legge la autorizza. Nel descrivere la sua esperienza nelle strutture di salute mentale di Pistoia e Pescia, ricorda che da molti anni in quelle strutture la contenzione meccanica non viene praticata e che viene attuata una politica di "porte aperte". Per ottenere tale risultato, non solo ha provveduto a dare piena disponibilità, giorno e notte, al personale in servizio, ma ha proceduto ad una riorganizzazione del servizio in modo da mettere a disposizione di ogni singolo caso critico un infermiere specificamente dedicato. Il personale è stato poi messo nelle condizioni di poter attuare quelle pratiche idonee a ridurre il livello di angoscia del soggetto, le cosiddette tecniche di *decalation*. In alcuni specifici casi può essere di utilità l'uso di taluni farmaci. In undici anni non vi sono stati episodi gravi da segnalare e, con riferimento alla politica delle "porte aperte", si è dato un solo caso di allontanamento del paziente. È altresì indispensabile che un servizio bene organizzato e sempre all'erta sia nelle condizioni di evitare che in emergenza una crisi non affrontata tempestivamente possa degenerare e favorire l'applicazione di tecniche di contenzione. Sono dunque decisivi gli assetti organizzativi e anche il ruolo del dirigente.

Il senatore ROMANO (*Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE*), nel ringraziare le personalità presenti in audizione, chiede al dottor D'Anza di voler meglio precisare quale ausilio può dare l'uso di farmaci nelle tecniche di contenimento e quali siano le effettive differenze rispetto alla contenzione farmacologica.

La senatrice SIMEONI (*Misto*), nel descrivere la sua esperienza ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura di Latina, mette in evidenza come il ricorso alla contenzione meccanica derivi spesso da organici e risorse insufficienti.

Il senatore MAZZONI (*AL-A (MpA)*) sottolinea che il dato fornito dalle statistiche, sia pure non recenti, relativo a quell'80 per cento di strutture nelle quali viene praticata la contenzione, costituisca una stortura che stride con il dettato costituzionale e le norme di legge vigenti in materia di tutela della persona.

Il presidente MANCONI, nel rilevare che il racconto della senatrice Simeoni corrisponde ad un dato indiscutibile di realtà, sottolinea che nei quattro casi di decesso dovuti alla contenzione meccanica che si sono verificati tra il 2006 e il 2009, non sussistevano condizioni di insufficienza di organico.

La dottoressa DEL GIUDICE sottolinea l'importanza della formazione del personale e di tutte quelle iniziative idonee a cambiare una certa cultura che rende possibile, e in maniera così diffusa, la pratica della contenzione meccanica. È quello che ha voluto mettere in evidenza, fra le altre cose, il Comitato per la prevenzione della tortura - CPT del Consiglio d'Europa nel suo Rapporto sull'Italia del 2009. Per



quanto riguarda la questione dell'organico deve essere sottolineato che laddove la contenzione meccanica è praticata esso deve essere ancora più consistente. Sul piano generale, ciò che appare indispensabile sono una accorta ed equilibrata direzione e personale adeguatamente formato.

Il dottor D'ANZA sottolinea che la contenzione farmacologica va in tutto e per tutto equiparata alla contenzione meccanica, mentre l'uso di farmaci come ausilio a tecniche di *deescalation*, come quelle a cui prima ci si riferiva, è altra cosa. Esso ha la sola finalità di ridurre il livello di angoscia dei soggetti allo scopo di evitare atteggiamenti che siano poi difficili da contenere. Ribadisce anch'egli che il personale, laddove si pratici la contenzione meccanica, è necessario sia più numeroso rispetto a strutture meglio organizzate che escludono tale pratica.

Il presidente MANCONI, ringraziando la dottoressa Del Giudice, il dottor D'Anza e i senatori presenti, dichiara conclusa la seduta.



**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MERCOLEDÌ 25 MAGGIO 2016  
**97ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
MANCONI

**Audizione del professor Bernardo Carpiniello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria, sulla contenzione**

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

Il presidente MANCONI ricorda che l'audizione del professor Carpiniello, 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 ridurne o abolirne 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 forzosa 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, rhabdomiolisi, 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 Carpiniello 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 Carpiniello 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 Carpiniello per l'esaustività 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 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 Carpinello e i senatori presenti, dichiara conclusa la procedura informativa.



**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MARTEDÌ 21 GIUGNO 2016  
**99ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
MANCONI

**Audizione della dottoressa Gisella Trincas, presidente dell'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), e dell'avvocato Marco De Martino, sulla contenzione**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta dell'8 giugno scorso.

Il presidente MANCONI inquadra l'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla contenzione sottolineando l'importanza dell'attività delle oltre centosessanta associazioni rappresentata dall'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), i cui soci sono prevalentemente familiari, ma anche utenti dei servizi di salute mentale. Ricorda inoltre il ruolo dell'avvocato De Martino, legale di Antonio Mottola, protagonista di una storia drammatica nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia e per molti versi emblematica rispetto al percorso che in Italia può compiere una persona che presenta un disagio mentale, già oggetto di un'audizione presso la Commissione il 4 agosto 2015.

La dottoressa Gisella TRINCAS, presidente dell'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), sottolinea come la pratica della contenzione sia molto diffusa nella maggior parte dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali. Si tratta di servizi a porte chiuse non accessibili ai familiari dei pazienti o alle associazioni di sostegno all'interno di un più generale sistema chiuso che rappresenta un modello di salute mentale ormai superato. Chi vive l'esperienza della sofferenza mentale deve poter contare su una pluralità di interventi (sociali e sanitari) che garantiscano una presa in cura personalizzata e condivisa, l'inclusione sociale, la guarigione possibile. Per garantire ciò i servizi di salute mentale comunitaria dovrebbero saper intercettare e rispondere ai bisogni espressi, essere accessibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, orientati alla prevenzione e alla cura. Continuano a verificarsi episodi di contenzione in seguito a trattamento sanitario obbligatorio (Tso) lesivi della dignità delle persone. Un uomo di 48 anni ad Ancona, ricoverato da marzo a giugno 2016, è stato più volte contenuto per un totale di 11 giorni, vale a dire 251 ore: era nudo, in una stanza da solo, lontano dal campanello con cui chiedere aiuto. Ha gridato per ore fino a perdere completamente la voce. Le cinghie hanno provocato lesioni in tutti gli arti e provocato dolori fortissimi ancora adesso avvertiti e profondo sconvolgimento. Questa situazione estrema non è un'eccezione, purtroppo, e vi sono altri casi recenti noti. In Veneto un ragazzo di 19 anni affetto da autismo è stato legato e pesantemente sedato nonostante le indicazioni a non sottoporlo a farmaci

neurolettici. A Sassari un ragazzo di 14 anni, che non era un paziente psichiatrico, in seguito a Tso dopo un litigio con i genitori, è stato contenuto e gli è stato impedito di parlare con un giudice per chiedere l'affidamento a una zia. Vi sono poi le tragiche morti degli ultimi anni: Francesco Mastrogiovanni, maestro di cinquantotto anni, è morto nel servizio psichiatrico di Vallo della Lucania nel 2009, dopo 4 giorni di contenzione. Si è attualmente al secondo grado di giudizio. Tre anni prima, nel 2006, a Cagliari, in un servizio psichiatrico, moriva Giuseppe Casu, sessantenne, rimasto legato per una settimana. In questo caso la vicenda si è conclusa con l'assoluzione del direttore e dei medici del servizio e con la condanna, in un procedimento penale parallelo, del primario di Anatomia Patologica e del tecnico di laboratorio per aver fatto "sparire" i reperti dell'autopsia del paziente sostituendoli con quelli di un altro cadavere al fine di avallare la diagnosi dei colleghi del reparto di psichiatria.

Vi sono delle raccomandazioni della Conferenza Stato-Regioni in merito al ricorso alla contenzione, ma le Regioni non hanno adottato le linee guida necessarie. Pur in un contesto legislativo avanzatissimo come quello italiano, grazie alla legge 180, il ricorso alla contenzione rimane una questione da risolvere ma lo si può fare solo inquadrandola all'interno del contesto generale dell'organizzazione dei servizi di salute mentale e affrontando le motivazioni culturali, le carenze delle piante organiche, la mancanza di formazione degli operatori e l'insieme di difficoltà che gli operatori incontrano nell'aver a che fare con situazioni complesse che richiederebbero attenzione e risorse diverse.

L'avvocato Marco DE MARTINO sottolinea una serie di elementi empirici da considerare in relazione al tema della contenzione e dell'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza per andare alla radice del problema. Innanzitutto, secondo i dati Istat 2016, un milione di bambini vivono in povertà economica assoluta nel nostro Paese. Il dato diviene ancor più significativo considerando che del milione di minori che vivono in povertà assoluta, circa 861.000 fanno parte di una famiglia in cui c'è almeno un occupato. Questo significa che il reddito da lavoro, da solo, non garantisce l'accesso ai beni di prima necessità. Al Sud la percentuale di bambini in povertà relativa (cioè a rischio povertà) raggiunge quasi il 30 per cento. Un dossier dell'Unicef, inoltre, mostra che nel 2013 più di un bambino su 4 (il 27 per cento) vive in famiglie che non possono permettersi tre o più dei nove beni essenziali (fra cui alloggio, riscaldamento, un pasto proteico al giorno, etc.). Questi dati hanno un'evidente relazione con l'accesso alle cure. Si consideri che nella regione Lazio il *ticket* per una visita psichiatrica è di 35 euro, in Campania di 38 euro. E l'esenzione per i redditi inferiori ai 15.000 euro non garantisce in maniera sufficiente le famiglie. Inoltre, secondo il professor Levi, direttore dell'Istituto di neuropsichiatria infantile dell'Università "La Sapienza", l'attesa per avere l'appuntamento per la prima visita è lunghissima, di circa 6 mesi, mentre per iniziare il trattamento si va dai 24 ai 36 mesi.

Il secondo aspetto da tenere presente è quanto accaduto in seguito alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari nel 2014: le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) si sono riempite in pochissimo tempo, anche perché in pochi le utilizzano come previsto dalla legge, ovvero come *extrema ratio*, e ci sono già 200 persone in lista di attesa, come scritto nella relazione di Franco Corleone del maggio scorso.

C'è un altro dato meno conosciuto e più pericoloso: il superamento di fatto della non imputabilità, da un lato, e la previsione di un aggravamento della carcerizzazione per i gli autori di reato disagiati psichici. Il tema da affrontare e risolvere è quello dell'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza. Stante la lista d'attesa, i magistrati tendono ad applicare la custodia cautelare in carcere. Questo determinerà che all'esito del giudizio di merito verrà sicuramente fuori lo stato di alterazione psichica (perché si dovrà applicare l'articolo 148), e quindi si parlerà di pericolosità sociale e di applicazione di una misura di sicurezza definitiva, oltre l'applicazione della sanzione. Così invece di aver progettato una riforma a tutela delle persone autrici di reato con disagio psichico (in chiave di razionalità nell'utilizzo dello strumento penale), abbiamo il rischio di un aggravamento delle condizioni di queste persone. Vi potrebbe essere l'applicazione della pena, prima e di misura di sicurezza poi. E questo in quanto è assente una riforma complessiva che interessi cioè l'intero sistema. In tema di applicazione delle misure di sicurezza che riguardano persone colpite da disagio psichico possono essere svolte alcune considerazioni cruciali: intanto può essere segnalato, al riguardo, che vi è un intreccio inestricabile fra norme sostanziali e processuali, in quanto la legge di delega per la riforma del codice di procedura penale non ha portato sul punto al coordinamento delle norme con il codice penale. Vi sono da un lato la disciplina degli articoli 202, 203 e 206 del codice penale; dall'altro la disciplina degli articoli 312 e 313 del codice di procedura penale nonché dell'articolo 73, commi 1 e 3. Si è sempre sostenuto che se il soggetto è socialmente pericoloso, poiché potrebbe delinquere nuovamente, il giudice deve provvisoriamente mandarlo in misura di sicurezza. L'interpretazione delle norme che è stata data fino ad oggi indica che se c'è pericolosità si può applicare una misura di sicurezza, se non c'è pericolosità, invece, il soggetto può essere indirizzato verso una struttura sanitaria. Ma tale interpretazione appare del tutto incongrua sia rispetto alle esistenti norme del codice di penale e del codice di procedura penale, sia rispetto a talune pronunce della Corte costituzionale.

L'unico punto fermo è che con il codice di procedura penale del 1988, articolo 73, si volle inserire un concetto semplice, cioè che la salute deve prevalere sulle esigenze di giustizia, così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione. Tale principio è stato successivamente ripreso dalla Corte costituzionale nel 2003 e nel 2004.

Per quanto riguarda il giudizio in ordine alla pericolosità del soggetto deve da ultimo essere sottolineato che accade spesso che il giudice o il pubblico ministero chiedano al perito due cose: in primo luogo se il soggetto è infermo, in secondo luogo se è socialmente pericoloso. Il perito può rispondere relativamente al primo quesito in quanto il concetto di infermità mentale è un concetto medico, e comunque rientra nel sapere scientifico. Ma il perito non ha la competenza per pronunciarsi con riferimento alla pericolosità sociale. I medici non possono essere in grado di rispondere su questo punto in quanto si tratta non di un concetto medico ma di un concetto giuridico.

Concludendo pare di poter sostenere che l'unica strada da percorrere sia quella già intrapresa nel 1978 e nel 1988, vale a dire l'abbandono del doppio binario: non occuparsi della pericolosità sociale ma unicamente nella necessità di cura, di una cura, peraltro, necessariamente collocata entro i limiti della sanzione per il fatto commesso.

Il senatore MAZZONI (*AL-A (MpA)*) registra come anche dagli interventi svolti nel corso della seduta odierna, così come quelli tenuti nelle scorse sedute dedicate al tema della contenzione, tenuto conto della legge n. 180 degli articoli 13 e 32 della Costituzione nonché dell'articolo 41 dell'Ordinamento penitenziario, risulti un quadro giuridicamente molto complesso.

La senatrice SIMEONI (*Misto*) segnala che generalizzare può essere fuorviante in quanto in molte realtà sanitarie la contenzione non viene praticata benché, ovviamente, tale procedura non sia assolutamente accettabile se non quando strettissimamente necessaria.

La senatrice DIRINDIN (*PD*) segnala come il livello delle prestazioni sanitarie, anche sotto il profilo della tutela della salute psichica è distribuito sul territorio nazionale in modo non uniforme e che sono soprattutto le carenze organizzative e di organico a lasciare spazio a pratiche inaccettabili come quella oggetto della seduta odierna. Un'altra riflessione andrebbe condotta sul rapporto tra la magistratura e queste stesse pratiche.

Il presidente MANCONI, nell'accogliere il suggerimento della senatrice Dirindin in ordine ad un approfondimento del ruolo della magistratura sui temi oggetto della seduta odierna, sottolinea, come giustamente ha inteso mettere in evidenza la senatrice Simeoni, che è impossibile generalizzare in ordine all'uso della contenzione nelle strutture sanitarie ma che, proprio per questo, occorre intervenire nelle situazioni patologiche.

La dottoressa TRINCAS riferisce che esiste un elenco di *best practices* da parte di strutture sanitarie sul territorio nazionale, che lascerà agli atti della Commissione, nelle quali la contenzione non viene praticata. Proprio per questo, perché evitare la contenzione è possibile, è necessario intervenire sul piano delle risorse e degli organici. Quanto alla responsabilità in ordine ai reati commessi da parte di persone con disagio mentale, essa non può certo essere attribuita ai medici.

L'avvocato DE MARTINO riferisce di un caso di una giovane donna a lungo sottoposta a contenzione meccanica nella struttura psichiatrica di Castiglione delle Stiviere in quanto minacciava di farsi del male per sottolineare la necessità di distinguere caso per caso malgrado i danni che possono derivare da un uso distorto ed eccessivo della contenzione - financo la morte - richieda una grande preparazione ed una estrema attenzione ai bisogni del paziente, come prescritto dalla Costituzione italiana.

Il presidente MANCONI ringrazia la dottoressa Trincas, l'avvocato De Martino e i senatori presenti e dichiara conclusa la procedura informativa.

**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MARTEDÌ 12 LUGLIO 2016  
**100ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
MANCONI

**Audizione della dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), sulla contenzione**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 21 giugno scorso.

Il presidente MANCONI introduce Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI) ricordando il ruolo centrale e delicato di tali figure professionali riguardo alla misura della contenzione.

La dottoressa Barbara MANGIACAVALLI, presidente IPASVI, ricorda che a partire dagli anni '80 la contenzione del paziente è stata messa in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Ancora oggi è acceso il dibattito per definire se è opportuno e quando ricorrere a mezzi di contenzione. La contenzione, infatti, oltre a rappresentare una limitazione della libertà della persona, può avere ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei familiari e determinare una sequela di conseguenze fisiche al paziente "contenuto". Codice penale e Codice deontologico dell'infermiere indicano che la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali (articolo 30, codice deontologico dell'Infermiere: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali").

Di recente (maggio 2016) anche il Comitato nazionale di bioetica si è espresso contro la pratica della contenzione nei confronti di pazienti psichiatrici e degli anziani, da considerarsi «un residuo della cultura manicomiale». «La contenzione - si legge nella relazione - rappresenta 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».

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice penale. Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 del codice deontologico dell'infermiere: "L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente"). La contenzione può essere definita come un particolare atto

sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati ai suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione: la contenzione fisica, che prevede l'applicazione di presidi sulla persona o l'uso degli stessi come barriera nell'ambiente per ridurre o controllare i movimenti; la contenzione chimica, che prevede la somministrazione di farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi; la contenzione ambientale, attuando cambiamenti all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti; la contenzione psicologica o relazionale o emotiva, attraverso l'ascolto e l'osservazione empatica del soggetto.

Le tipologie di contenzione che più direttamente interessano e/o coinvolgono gli infermieri sono quelle fisica e meccanica. I mezzi di contenzione fisici e meccanici sono i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in mezzi di contenzione: per il letto (per esempio le spondine); per la sedia (per esempio, il corpetto); per segmenti corporei (per esempio polsiere e cavigliere); per postura obbligata (per esempio, i cuscini anatomici). Ovviamente le contenzioni non possano essere disposte da motivazioni di carattere sanzionatorio o per compensare comprovate carenze organizzative: l'infermiere, in questo caso, deve potersi avvalere della clausola di coscienza prevista dall'articolo 8 del Codice deontologico in applicazione delle indicazioni dell'articolo 33.

Entrando nello specifico dei mezzi di contenzione, le spondine, applicate o correate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il soggetto dalla caduta accidentale dal letto, o se usate per i pazienti immobilizzati. Se invece sono usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione. Tuttavia le spondine in genere non circondano completamente il letto cosicché non potrebbero impedire di trattenere il paziente a letto contro la sua volontà.

L'unica ragione che può sostenere l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente, in particolare per quanto attiene la prevenzione delle cadute. Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati. Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione è consigliata l'informazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi e i problemi associati all'uso di tale metodica. Le strutture sanitarie dovrebbero, a tal proposito, prendere in esame l'organizzazione aziendale e valutare l'opportunità di chiedere la consulenza di esperti per effettuare specifici interventi di formazione; attivare una verifica accurata e sistematica dei soggetti sottoposti a contenzione per valutare se vi è la possibilità di rimuoverla; informare la famiglia e se possibile il soggetto in cura; intervenire sull'ambiente per ridurre il rischio di cadute (per esempio usando materassi concavi, sistemare ai bordi del letto una coperta arrotolata, sistemare dei tappeti morbidi ai piedi del letto); personalizzare la cura e l'assistenza al paziente. Essendo le contenzioni riconducibili a pratiche terapeutiche previste nel Profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94), per le responsabilità conseguenti l'infermiere potrà direttamente o in concorso con altri "contenere" solo dietro una prescrizione medica "ex ante", registrata nella cartella clinica e/o integrata,



motivata e circostanziata rispetto alla durata del trattamento e al tipo di contenzione e modalità da osservare. In situazioni che non consentano di agire secondo una prescrizione o in assenza, ad esempio, del medico nell'Unità operativa interessata l'infermiere dovrà dimostrare di aver agito in stato di necessità, fatto questo tutt'altro che scontato. Infatti, rispetto allo stato di necessità difficilmente si può parlare di emergenza in riferimento ai trattamenti coercitivi; sono infatti sempre possibili altre opzioni. L'insorgenza dell'indicazione di "contenere" potrebbe essere diretta conseguenza di imperizia o negligenza dei sanitari, che hanno quindi concorso al "pericolo" al quale porre rimedio. Il ricorso all'uso della forza non rappresenterebbe con assoluta certezza il punto di sintesi nel bilanciamento dei diversi interessi in gioco. Il ricorso a mezzi di coercizione sembrerebbe sempre motivato dalla necessità di tenere al riparo il paziente da pregiudizi alla propria salute, prevenire gesti autolesivi, eteroaggressivi e garantire la continuità terapeutica e la protezione dalla rimozione di eventuali presidi medicali quali cateteri venosi centrali, erogatori di ossigeno, tubi endotracheale, sondini naso gastrici, cateteri venosi, aghi cannula, *butterfly* e così via. In questo senso è necessario chiedersi se queste necessità giustificano e autorizzano il ricorso ad atti coercitivi prevalendo sul consenso informato non rilasciato. Il concorso della componente infermieristica alla pratica delle contenzioni deve essere sempre valutato di caso in caso, assegnando una valenza determinante sia alla corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche sia alle prescrizioni mediche e alle direttive ricevute e tenendo sempre ben presente che il consenso informato non deve essere acquisito o rinviato *sine die* per giustificare i trattamenti coercitivi quanto, piuttosto, per garantire un minimo di autodeterminazione all'utente nel momento in cui si incide sulla sfera delle sue libertà individuali.

Per entrare nel merito delle alternative alla contenzione, la Federazione IPASVI ha da tempo realizzato e diffuso un quaderno sull'argomento in cui sono indicati anche i programmi di riduzione della contenzione e le alternative a quella fisica. A partire dall'approccio organizzativo: la maggior parte dei programmi riportati in letteratura insiste sulla necessità che tutta l'organizzazione (case di riposo, ospedale, dipartimento) e tutti i professionisti e gli operatori che ne fanno parte a diverso titolo debbano essere coinvolti nel progetto di riduzione della contenzione. Un forte supporto amministrativo è ritenuto essenziale per creare una cultura libera da contenzione. In particolare viene suggerito all'organizzazione di dotarsi di un comitato o commissione di studio e supervisione multidisciplinare (costituito da infermieri, medici, fisioterapisti, amministratori, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori e farmacisti) che individui le strategie, partecipi ai programmi di formazione, supervisioni il lavoro dei gruppi di professionisti e suggerisca soluzioni nuove. Obiettivo di molti programmi riportati in letteratura è poi la riduzione della contenzione fisica piuttosto che l'abolizione del suo uso. Un lavoro identifica le situazioni per le quali la contenzione può essere ragionevolmente utilizzata: rischio di suicidio, aggressività e protezione dei trattamenti salvavita. L'approccio più comunemente utilizzato è quello di rimuovere la contenzione a quei soggetti per i quali si ritiene di poter facilmente implementare soluzioni alternative: ad esempio i soggetti che manifestano incessante pulsione a deambulare (*wandering*) e che hanno una deambulazione sicura e un basso rischio di caduta. Molte organizzazioni che hanno adottato una politica di riduzione della contenzione hanno definito un piano comprensivo di

definizione e l'adozione di protocolli per specifiche situazioni, descrizione di quelle situazioni per le quali ancora è indicato l'uso dei mezzi di contenzione, normato da dettagliate procedure. Elemento comune a molti programmi di riduzione della contenzione è la valutazione strutturata, la quale ha l'obiettivo di individuare a quali residenti può essere rimossa la contenzione, sia di individuare gli interventi assistenziali più adeguati. Per la valutazione viene suggerito l'impiego di protocolli che indagano le abilità motorie (andatura, equilibrio, trasferimenti), utilizzando scale di valutazione standardizzate, e la discussione dei singoli casi da parte dello staff multidisciplinare. In ospedale, quando vi sia presenza di una o più delle condizioni che pongono il paziente a rischio di essere contenuto (interferenza con la terapia, rischio di caduta, agitazione, deficit cognitivo, *wandering*) è necessaria un'accurata valutazione per definire obiettivi e priorità degli interventi e attivare un piano di cure e assistenza che minimizzi la necessità di contenere. I familiari vanno coinvolti in molti programmi di riduzione della contenzione attraverso la semplice informazione, la discussione sulla decisione di rimuovere la contenzione e sulla priorità degli interventi, o attraverso programmi di formazione strutturati e specifici.

Sono certamente da incoraggiare e promuovere tutti gli interventi che aumentano la sicurezza ambientale e riducono pertanto la necessità di contenere. Una buona illuminazione, luci che si accendono con facilità, pavimenti non scivolosi dovrebbero essere caratteristiche diffuse in tutti i contesti che accolgono o potrebbero accogliere soggetti con disabilità funzionale e o cognitiva. Nelle strutture che accolgono soggetti con deficit cognitivo andrebbero adottati tutti gli accorgimenti per evitare che i soggetti accedano a luoghi non sicuri o lascino la struttura: porte schermate con pannelli in tessuto fissati con velcro e dello stesso colore delle pareti, speciali serrature a scatto. Per i soggetti con *wandering* è inoltre utile disporre di percorsi privi di ostacoli, magari circolari. L'adozione di sistemi visivi di controllo di zone particolarmente a rischio e di allarmi, che segnalano al personale l'accesso a zone non consentite, può ulteriormente aumentare il livello di sicurezza e ridurre la necessità di contenere.

Numerosi sono gli interventi proposti dalla letteratura per ridurre la possibilità di movimento del soggetto quando è a letto: materasso concavo, ad acqua, coperte arrotolate poste ai bordi del letto. Altri interventi sono finalizzati ad attutire le conseguenze di una caduta accidentale: tappeti morbidi posti sul pavimento a fianco del letto, il coricare il soggetto sul materasso posto sul pavimento, l'abbassare il piano del letto all'altezza minima. Per facilitare i movimenti autonomi minimizzando il rischio di caduta sono proposti: altezza del letto adattata all'altezza del soggetto, trapezio per aumentare la mobilità a letto, sedia o poltrona posta a fianco del letto per facilitare i passaggi posturali, strisce antiscivolo sul pavimento vicino al letto.

Uno spazio rilevante è certamente quello occupato dall'organizzazione delle cure, che devono essere personalizzate e rispettose delle abilità residue del soggetto. Ciò è certamente un compito non facile, affidato agli infermieri e al personale di supporto, ma rappresenta il passaggio obbligato per finalizzare gli interventi scegliendo tra le diverse soluzioni quella che più risponde alle caratteristiche del soggetto.

Il presidente MANCONI chiede se l'IPASVI abbia realizzato, anche informalmente, una indagine sulla contenzione e si informa sui dettagli organizzativi della stessa organizzazione.

Il senatore MAZZONI (*AL-A*) chiede se l'articolo 54 del codice penale al quale la stessa Presidente ha fatto riferimento si possa considerare come una sorta di ombrello protettivo giuridico per la contenzione ovvero se, al contrario, sia solo un pretesto giustificativo per poter porre in essere tali pratiche.

La dottoressa MANGIACAVALLI rileva che la gran parte degli iscritti all'IPASVI appartiene alle categorie degli infermieri e degli operatori pediatrici; ricorda che nelle strutture residenziali molto spesso le funzioni più esposte e maggiormente a contatto con i pazienti sono esternalizzate, e quindi prive della professionalità che sarebbe necessaria. Può capitare, peraltro, che in certe strutture il rapporto tra pazienti e infermieri giunga ad essere uno a centonovanta il che, come ben si può comprendere è all'origine di problemi organizzativi assai rilevanti. Per i casi più critici, invece, come si è detto, occorrerebbe un piano di assistenza individualizzato di carattere clinico-assistenziale realizzato d'intesa tra medici e infermieri.

Il presidente MANCONI ringrazia la dottoressa Mangiacavalli e i senatori presenti e dichiara conclusa la procedura informativa.



**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA  
PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE 2016  
**102ª Seduta**

**Audizione dei professori Stefano Canestrari e Grazia Zuffa, membri del Comitato Nazionale per la Bioetica, sulla contenzione**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 19 luglio scorso.

Il presidente MANCONI introduce l'audizione odierna sottolineando il contributo fondamentale dato al dibattito pubblico sul tema dal parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) sulla contenzione, approvato il 24 aprile 2015.

La professoressa ZUFFA ricorda i motivi alla base della decisione del Comitato nazionale per la Bioetica di affrontare il tema della contenzione sotto il profilo bioetico. Innanzitutto tale decisione è stata assunta in ragione della persistenza del ricorso alla pratica della contenzione in campo psichiatrico e del carattere di ordinarietà e non di eccezionalità riscontrato nell'adozione di tali misure. Sin dal 1999 il Comitato si è espresso in merito alla legittimità della pratica, sottolineando la necessità di ridurre l'uso della contenzione fino al definitivo superamento, in quanto residuo della cultura manicomiale. Altra considerazione rilevante ha riguardato il ricorso alla contenzione non solo in ambito psichiatrico ma anche nelle residenze per anziani.

Nel suo parere il Comitato Nazionale per la Bioetica 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. Il collegamento tra i diritti del paziente psichiatrico e l'approccio terapeutico rappresentano una novità importante. 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; quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre una violazione della persona, dagli effetti controproducenti.

Il superamento della contenzione si intreccia dunque con una nuova cultura e organizzazione dei servizi. Occorre 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: è questo il senso e il valore di iniziative quali i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che semplicemente non applicano la contenzione, cosiddetto *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. Né mancano esempi di Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui la contenzione è stata eliminata, come nell’OPG di Montelupo Fiorentino, nel 2012. Peraltro, l’indicazione del divieto di contenzione è presente anche nei piani sanitari di alcune Regioni, come la Toscana.

Molteplici sono poi le forme di contenzione meccanica per gli anziani, volte a limitare la libertà di movimento dell’intero corpo o di parti di esso. 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. 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 anni di vita è affetta da malattie invalidanti e demenze senili: sono questi i soggetti più colpiti dalla contenzione.

Nelle conclusioni, il Comitato Nazionale per la Bioetica raccomanda in primo luogo di incrementare la ricerca e di avviare un attento monitoraggio, a livello regionale e nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, dove andrebbero annotati col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura; raccomanda quindi di predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione; nonché di introdurre nella valutazione dei servizi *standard* di qualità che favoriscano i servizi e le strutture *no-restraint*; infine, 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 professor CANESTRARI, nell’inquadrare il tema sul piano giuridico, sottolinea come a venire in rilievo, nel caso della contenzione meccanica, siano i diritti fondamentali della persona. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve quindi 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. Nell’ordinamento italiano, il principale riferimento normativo sarebbe ancora da

individuarsi nell'articolo 60 del regio decreto n. 615 del 16 agosto 1909, il Regolamento sui manicomi e sugli alienati, attuativo della legge n. 36 del 14 febbraio 1904. Tuttavia, non solo appare discussa l'attuale vigenza dell'articolo 60 dopo la riforma operata dalla legge n. 180 del 1978, ma se n'è posta anche in dubbio l'idoneità stessa a soddisfare la riserva di legge richiesta dalle norme costituzionali, vale a dire gli articoli 13 e 32. La contenzione meccanica sarebbe passibile, in linea di massima, di integrare un fatto penalmente illecito ai sensi degli articoli 605 ("Sequestro di persona") e 610 ("Violenza privata") del Codice penale, ma consentito quando ricorra una causa di giustificazione. Le ipotesi giustificanti individuate in dottrina, in particolare, sono quelle previste dall'articolo 51 ("Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere"), dall'articolo 52 ("Difesa legittima") o dall'articolo 54 ("Stato di necessità") del Codice penale ma le posizioni di garanzia non possono in nessun caso determinare un abuso della pratica.

Sotto il profilo giuridico la contenzione meccanica solleva dunque 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, a partire dalla tutela dell'integrità, incolumità e intangibilità della persona e del suo corpo. Inoltre non si può più accettare 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.

La senatrice SERRA (*M5S*) nel ricordare le visite che ella ha effettuato in numerose strutture sanitarie della Regione Sardegna, rileva che spesso l'argomentazione rappresentata per giustificare atti di contenzione rinvia alla richiesta dello stesso paziente di esserne oggetto, e chiede se e in che modo sia possibile definire linee guida realmente efficaci.

La senatrice FATTORINI (*PD*) sottolinea positivamente la presenza di rappresentanti tanto autorevoli del Comitato Nazionale per la bioetica in Commissione, rilevando che è davvero allarmante che le pratiche di contenzione interessino in misura non irrilevante le strutture per anziani e chiedendo se e in che modo sia possibile definire quel confine che separa una pratica di contenzione che viene presentata come necessaria da atti di contenzione evidentemente in contrasto con le norme del Codice penale.

Il senatore LO GIUDICE (*PD*) ricorda il recente libro sulla morte della moglie Mirella Bartolotti dello storico ed ex docente Roberto Finzi, riportando che il libro cita l'episodio in cui sono state poste in essere misure di contenzione, e registrando con quanta leggerezza evidentemente tali misure vengano adottate.

Il senatore MAZZONI (*AL-A*) nel sottolineare l'alto valore del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla contenzione, ricorda come in precedenti audizioni sullo stesso argomento siano stati indicati gli articoli del Codice penale che puniscono l'abuso di contenzione; allo stesso tempo, tuttavia, spesso l'obbligo alla cura viene richiamato da medici ed operatori a giustificazione di misure di contenzione. Chiede pertanto in che modo si possa agire sul Codice penale per evitare abusi e quali provvedimenti potrebbero essere adottati rispetto ai servizi sanitari per evitare disomogeneità tra le diverse regioni.

Il presidente MANCONI nell' esprimere apprezzamento per le relazioni dei professori Zuffa e Canestrari e per gli interventi dei colleghi, rispetto ai quali esprime piena condivisione, sottolinea che gli strumenti giuridici per punire gli abusi nella contenzione esistono; lo dimostra il caso di Francesco Mastrogiovanni in cui vi sono state condanne per sequestro di persona.

Il professor CANESTRARI, nel ringraziare i senatori per gli interventi svolti, sottolinea l'importanza di affermare una cultura del rifiuto della contenzione, che ne escluda il ricorso anche nel caso di consenso espresso dal paziente.

La professoressa ZUFFA richiama il caso di Giuseppe Casu sottolineando che occorre ripensare i modelli terapeutici, per fare in modo che anche a fronte di situazioni e patologie complesse, venga valorizzato il recupero dei pazienti stessi e che, a tal fine, siano favorite ricerca e pratiche innovative.

Il presidente MANCONI ringrazia i professori Zuffa e Canestrari e i senatori presenti e dichiara conclusa la procedura informativa.



**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE  
DEI DIRITTI UMANI**

**MARTEDÌ 28 FEBBRAIO 2017  
111ª Seduta**

Presidenza del Presidente  
MANCONI

**Audizione del sottosegretario di Stato alla salute, Davide Faraone, sulla  
contenzione**

Prosegue l'indagine conoscitiva in titolo, sospesa nella seduta del 23 febbraio scorso.

Il presidente MANCONI sottolinea che l'audizione odierna rappresenta un passaggio cruciale nel lavoro che la Commissione sta svolgendo sul tema della contenzione meccanica che ha consentito di ascoltare, fra gli altri, rappresentanze dei medici psichiatri, degli infermieri, il Comitato Nazionale di Bioetica, il Forum di Salute Mentale e la Conferenza sulla salute mentale.

Il sottosegretario FARAONE, nel rilevare che la contenzione implica la limitazione della possibilità di movimento spontaneo ed autonomo di un individuo, ricorda che essa può essere chimica quando l'intervento è di tipo farmacologico, meccanica, quando vengono impiegati ausili e c'è un abbandono emotivo, o di tipo ambientale o sociale, quando si attua una segregazione o un isolamento dell'individuo.

Il tema è da anni all'attenzione dell'opinione pubblica, degli operatori della sanità nonché dei politici anche alla luce del fatto che le Commissioni create dalle Nazioni Unite e dal Consiglio d'Europa, a seguito delle visite periodiche che effettuano in Italia, hanno più volte condannato la contenzione come lesiva dei diritti e della dignità della persona.

Al riguardo tuttavia nella riflessione pubblica, che ha coinvolto anche le istituzioni, sono stati compiuti significativi passi in avanti.

Ad esempio, il 14 giugno 2010, il Gruppo interregionale salute mentale (GISM) attivo nell'ambito della Commissione salute delle Regioni ha prodotto il documento "Contenzione in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" contenente una serie di raccomandazioni con lo scopo di prevenire il ricorso alla contenzione.

L'esigenza di queste raccomandazioni è nata dalla convinzione che sia necessario operare nel senso di provvedere ad alla prevenzione della contenzione fisica nei contesti di cura psichiatrica, una pratica diffuso ma con differenze notevoli tra le singole Regioni. Vi sono, in un contesto di generale criticità iniziative positive di alcune amministrazioni regionali, o di singole unità operative, nonché di alcune società scientifiche, per porre limitazioni alla contenzione o per introdurre criteri razionali nella sua gestione.

Le Regioni sono state peraltro spinte a produrre raccomandazioni anche dalla preoccupazione che la pratica della contenzione senza chiari confini avvalor

la tesi della natura intrinsecamente discutibile della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno.

Il documento è stato approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, ma ha trovato limitata applicazione non avendo completato il suo iter in Conferenza unificata.

Inoltre, può essere segnalato in questa sede che nel maggio del 2013 il Ministero della salute ha organizzato un convegno su “Le contenzioni: dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure” nel corso del quale è stata fatta una panoramica della situazione italiana ed internazionale e si è giunti alla conclusione che fosse opportuno, partendo dalle citate raccomandazioni, pervenire ad un accordo tra Stato e Regioni.

Va rilevato che nei contesti in cui la gestione delle persone è condivisa da più istituzioni (esempio emblematico il carcere e, fino a poco tempo fa l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario-OPG) sono continuate le segnalazioni di un ricorso alla contenzione e all'isolamento che è stato stigmatizzato dai citati Comitati internazionali.

Le iniziative che si stanno comunque moltiplicando sul territorio potrebbero fornire lo spunto per raffrontare nuovamente questa tematica orientando la pratica della contenzione nel senso di un maggior rispetto dei diritti, e, al limite al suo stesso superamento.

In questo quadro va sottolineato che laddove ci sono reti di servizi territoriali efficienti ed efficaci, il ricorso alla contenzione si è praticamente azzerato.

Infine, come contributo al tema della contenzione di altissimo livello, va segnalato il documento del Comitato nazionale per la bioetica dell'aprile 2015, denominato “La contenzione: problemi bioetici”, le conclusioni del quale possono fornire spunti interessanti per la messa a punto di azioni future che cerchino di affrontare concretamente il problema.

Il Comitato nazionale per la bioetica infatti ribadisce innanzi tutto 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. Il Comitato condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione e, in particolare, ribadisce che sebbene la possibilità di usare la contenzione meccanica non sia mai stata esclusa in via assoluta, 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. Al contrario, invece, ad avviso del Comitato, la pratica della contenzione 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.

Il Comitato per la bioetica ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Ed infatti, 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 Comitato ha formulato a Regioni e Governo alcune raccomandazioni: 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; 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 *norestraint*; 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.

Il presidente MANCONI ricorda che l'ultimo rapporto abbastanza esaustivo in materia di contenzione è stato realizzato nel 2005 dall'Istituto Superiore di Sanità e chiede se vi possa essere lo spazio per replicare tale lavoro, a distanza di oltre dieci anni. Rileva inoltre che, in ragione della mancanza di tempo, ove l'onorevole Sottosegretario volesse far pervenire la sua relazione scritta, i senatori della Commissione potrebbero articolare quesiti ed eventualmente rappresentarli in occasione di una successiva seduta con lo stesso Sottosegretario.

Il sottosegretario FARAONE, dando ampia disponibilità sia a far pervenire la sua relazione sia a partecipare ad un'altra seduta della Commissione per i diritti umani, esprime il convincimento che un lavoro ricognitivo sulla pratica della contenzione, così come realizzato dieci anni fa, sarebbe oltremodo utile.

Il presidente MANCONI ringrazia il sottosegretario Faraone e i senatori presenti e dichiara conclusa la procedura informativa.



**DOCUMENTAZIONE ACQUISITA DALLA COMMISSIONE  
A CONCLUSIONE DELLE SEDUTE**





# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

### Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica

Presidente

Claudio Mencacci

Presidente Eletto

Bernardo Carpinello

Past President

Emilio Sacchetti

Vice Presidenti

Matteo Balestrieri

Uliana Dell'Osso

Gerardo Favaretto

Salvatore Varia

Segretario

Enrico Zanaldi

Vice Segretario

Guido Di Sciascio

Consiglieri Eletti

Mario Amore

Antonello Bellomo

Emi Bondi

Lorenzo Burti

Salvatore Calò

Conrado De Rosa

Lucio Ghio

Antonio Lasalvia

Mauro Percudani

PierLuigi Politi

Francesco Risso

Rita Roncone

Paolo Santonastaso

Antonio Vita

Commissione Etica

Massimo Rabboni

Amato Amati

Giancarlo Cerveri

Giuseppe Fichera

Patrizia Iacopini

Paolo F. Peloso

#### *Premessa*

In letteratura ci si riferisce talvolta con il termine "contenzione fisica" a ogni intervento, anche manuale, idoneo a bloccare il corpo del paziente; con il termine "contenzione meccanica" a quelle forme di contenzione fisica che si attuano attraverso l'utilizzo di strumenti idonei a realizzarla e mantenerla. In genere, tuttavia, questa distinzione non viene tenuta presente, e il concetto di "contenzione fisica", che sarebbe più ampio, viene fatto corrispondere a quello di contenzione meccanica, che ne rappresenta del resto la forma più diffusa. In questo documento ci si conformerà a questa abitudine.

La Società Italiana di Psichiatria ha già recentemente provveduto a emanare proprie Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica pubblicate sul secondo numero dei Quaderni Italiani di Psichiatria nel 2012 e tale documento sarà ripreso e approfondito in alcune sue parti in questa sede. Il fatto di ricorrere o meno alla contenzione fisica - e il quanto e il come eventualmente vi si ricorre - rappresentano elementi determinanti e fondamentali della qualità dell'assistenza sanitaria in un determinato territorio: essi investono l'assistenza sanitaria in generale ma - in alcune aree come la medicina di emergenza, la salute mentale e la geriatria - il problema riveste maggiore importanza. Occorre poi notare, nonostante la contenzione meccanica non rappresenti evidentemente un problema peculiare della psichiatria e si ritrovi in numerosi altri ambiti sanitari, nel campo della salute mentale essa assume un significato del tutto particolare, soprattutto per queste ragioni:

1. L'importanza che in psichiatria assume il tema della libertà personale, in riferimento al soggetto e alla sua capacità/incapacità di agire in quanto tale.

2. L'importanza che il tema della contenzione fisica e dei movimenti volti a ridurne o abolirne l'utilizzo hanno avuto nella storia della psichiatria e il rilievo che la gestione di questo aspetto può avere anche oggi nei vissuti di pazienti, operatori, familiari e nelle caratteristiche del clima di un servizio ospedaliero e di un DSM.

3. La bassa contrattualità sociale che caratterizza il più delle volte il paziente psichiatrico e la complessiva difficoltà, per le ragioni già richiamate al punto 1, del soggetto a vedere adeguatamente valorizzato e ascoltato il proprio punto di vista (advocacy).

4. Il 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 grado di violenza esercitata è maggiore ma la natura sanitario dell'atto è più certa, alle quali complessivamente il soggetto ha dato il proprio consenso perché possano aver luogo.

5. 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) corrisponda a quelle per le quali esso lo è considerato, ma in quel caso chiaramente regolamentato, da parte delle Forze dell'ordine.

6. Il rischio che l'adozione o il protrarsi della contenzione in psichiatria possano



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

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 origina il più delle volte come risposta a un rischio soggettivamente percepito.

La frequenza e le modalità della contenzione, e il livello di discussione riguardo a tale problema, rappresentano inoltre un segno importante del ruolo che al rispetto della persona viene attribuito da parte degli operatori direttamente interessati, del sistema sanitario nel suo complesso e della società civile; ma anche dei diritti e delle garanzie concrete di cui gode la persona, nonché del modo in cui gli psichiatri e gli altri operatori impegnati nella gestione di una crisi, ai diversi livelli di responsabilità, interpretano la propria professionalità. La Società Italiana di Psichiatria si interroga perciò su questa pratica almeno dai primi anni del XX secolo, quando i movimenti contrari all'uso della contenzione fisica si erano affermati in Paesi come la Gran Bretagna o la Germania. Il tema della contenzione ricorre poi, molto frequentemente, tra i problemi posti da utenti e familiari e dalle rispettive associazioni e riteniamo che una società scientifica non possa prescindere dalla necessità di prendere posizione e di dare indicazioni al riguardo. In questa direzione si sono mosse, pur in un contesto ancora caratterizzato dalla persistenza dell'ospedale psichiatrico, l'American Psychiatric Association e il Royal College of Psychiatrists.

### 1. Gli aspetti storici della questione

Ricordiamo, per ragioni di carattere storico, che la pratica della contenzione è da molti anni oggetto di discussione tra gli psichiatri; nel 1856 John Conolly scrisse un volume di grande importanza dal titolo "Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi" [4] e 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, all'esperienza dei pazienti. Il congresso concludeva perciò su questo tema: *«Il Congresso, facendo plauso alla Relazione del Prof. 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 sulla creazione di condizioni logistico-organizzative idonee a conseguirla.

Il successivo Regolamento applicativo della legge del 1904 (R.D. n. 615 del 16 agosto 1909) regolava la contenzione all'articolo 60 che guardava all'abolizione dello strumento e ne sottolineava il carattere di gravità ed eccezionalità: *«nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di*

V.le Abruzzi, 32 - 20131 Milano Tel. +39 02 36586015 e-mail: [segreteria@psichiatria.it](mailto:segreteria@psichiatria.it)

Sito web: <http://www.psichiatria.it>

C.F. 96051260584

P.I. 04161601002





# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

*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 (Castiglioni e Flores, 1987; D'Elia et al., 1992; Flores et al., 1994; Tartaglione, 1994; Peloso, 1995; Boiardi, 1996; Tartaglione, 1999; Benevelli, 2000; Piccione e Milano, 2002; Peloso e Ferrannini, 2003; AA.VV., 2005; Marcenaro et al., 2005; Spinogatti e Agrimi, 2005; Catanesi et al., 2006; AA. VV., 2006a; AA. VV., 2006b; Lugo et al., 2006; SIP, 2009; Agrimi e Spinogatti, 2006; AA. VV., 2010; Conferenza delle Regioni e P.A., 2010; Cornaggia et al., 2011; Del Vecchio et al., 2011; Dodaro, 2011; Di Lorenzo et al., 2012; SIP, 2012; Dodaro e Ferrannini, 2013; Cacace, 2013; Filippo, 2013; Massa, 2013; Novello, 2013; Peloso e Ferrannini, 2013; Petrini, 2013), portando tra l'altro alle raccomandazioni emanate da varie regioni fino al documento del 2010 della Conferenza delle Regioni e Province Autonome. La ricerca "ProgRes Acuti" (De Girolamo et al., 2007) ha confermato come il fenomeno della contenzione interessi un numero importante di strutture per acuti.

Per quanto riguarda la letteratura internazionale, Begin (1991) e Fisher (1994) all'inizio degli anni '90 lamentavano l'insufficiente attenzione dedicata al tema nella letteratura psichiatrica, mentre in questi ultimi anni i contributi dedicati all'argomento, ai quali ci siamo ampiamente rifatti, sono divenuti più numerosi. E in linea generale possiamo 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. Una più recente review di Steinert e coll. (2008) ha documentato una situazione molto diversa tra i Paesi europei, in quanto ad esempio la contenzione meccanica è praticamente inutilizzata in Gran Bretagna, dove è considerata una pratica non etica e soppiantata dalla contenzione manuale o dall'isolamento, e invece molto variamente utilizzata in altri dei maggiori paesi. In Olanda è utilizzata con particolare frequenza, in relazione al fatto che essa è percepita come meno invasiva e meno lesiva della libertà personale rispetto alla somministrazione coattiva di farmaci, che si tende ad evitare il più possibile.

Guardando il panorama italiano, sono presenti oggi situazioni diversificate che è possibile, sostanzialmente, sintetizzare all'interno di tre tipologie:

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

## **2. Gli aspetti giuridici della questione**

Come già evidenziato, l'unico accenno diretto al tema della contenzione meccanica in psichiatria è costituito dall'art. 60 del R.D. applicativo della legge Giolitti, del 1909. Esistono fondati dubbi sulla sua attuale validità, in quanto tale regolamento applicativo si riferisce a una legge abrogata con la legge 180/1978 (Castiglioni e Flores, 1987). Esiste del resto un fondato dibattito sul fatto che la contenzione debba essere considerata un atto prevalentemente sanitario, e trovare perciò riferimento nell'art. 32 della Costituzione; o un atto inerente prevalentemente la libertà personale, e trovare perciò



## SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

### Affiliated to World Psychiatric Association

---

riferimento principale nell'art. 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 (Massa, 2013). 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 art. 33, 34, 35 della legge 8233/1978. E nei casi, più frequenti, in cui viene assunta per impedire un atto di violenza imminente nell'art. 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 appare fondamentale (Dodaro, 2011; Cacace, 2013). In caso di maggiore durata l'effettiva sussistenza di queste condizioni dovrebbe essere eventualmente valutata dall'Autorità Giudiziaria. Va inoltre osservato che tali esimenti riguarderebbero la non punibilità del medico che attua la contenzione, lasciando però inalterato il carattere di illegittimità dell'atto che quindi costituirebbe comunque un reato.

Per Catanesi e coll. (2006) la contenzione fisica in psichiatria può essere inclusa tra i provvedimenti atti a tutelare la vita e la salute della persona ai quali il medico è deontologicamente obbligato, che devono essere però attuati nel massimo rispetto della libertà e dignità della persona, a suo beneficio, solo in caso di necessità e nei limiti previsti dalla legge, imiti che anche questi autori identificano nell'art. 54 C.P. a proposito della cui applicabilità richiamano il fatto che il pericolo deve essere quello di un grave danno alla persona, deve essere attuale, non altrimenti evitabile e proporzionato alla gravità del provvedimento che si adotta.

Il giurista Michele Massa (2013) ha recentemente proposto un'interessante disamina dei riferimenti giuridici inerenti la contenzione meccanica, alla quale necessariamente si rimanda, soffermandosi in particolare su quelli contenuti nella legislazione comunitaria, e in particolare nella Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo (CEDU) come interpretata dalla Commissione Europea per i Diritti dell'Uomo e alla raccomandazione 1235 su psichiatria e diritti umani approvata dall'Assemblea Parlamentare il 14 aprile 2004; e dai ripetuti pronunciamenti del Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa (CPT). La Raccomandazione 1235 prevede all'art. 27 che la contenzione fisica, se non momentanea, debba essere applicata solo in caso di pericolo imminente e in modo proporzionato, in ambiente idoneo, sotto supervisione medica e controllo regolare, e adeguatamente documentata. Quanto al CPT, esso 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 2005-06 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'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 o 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, ed esistono in questo momento nel nostro Paese diversi orientamenti e prassi al riguardo.



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

### **3. La necessità di trasparenza del fenomeno e dell'esistenza di procedure definite al riguardo**

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

Un'altra esigenza di trasparenza è quella di prevedere che ciascuna istituzione psichiatrica enunci con chiarezza alla propria utenza la propria politica a proposito della contenzione fisica, le condizioni nelle quali un soggetto può correre il rischio di esservi sottoposto e le caratteristiche della messa in atto e delle garanzie offerte alla persona così immobilizzata.

### **4. Le circostanze atte a giustificare la contenzione fisica**

La letteratura internazionale e nazionale appare concorde sul fatto che la contenzione fisica possa essere giustificata solo a fronte di un concreto rischio imminente di violenza auto ed etero diretto. L'elemento di maggiore criticità di questo criterio è quello che, trattandosi di un rischio soggettivamente avvertito e non di un fatto obiettivo, la sua valutazione risente delle caratteristiche del/i valutatore/i (stato emotivo, pregiudizi, dinamiche interne al gruppo di lavoro, sicurezza ambientale, altre circostanze nelle quali avviene la valutazione ecc.). Mentre esiste in generale un consenso intorno alla liceità dell'uso della forza quando il rischio imminente riguarda persone fisiche, è molto più discussa la sua liceità quando il rischio è rappresentato da danni ad oggetti. Inoltre, dal momento che questo criterio fa riferimento a una condizione di rischio per l'incolumità personale, appare evidentemente che non esiste nessuna ragione perché esso possa essere applicato in modo più estensivo a soggetti che si trovino in condizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Un secondo criterio è rappresentato dalla necessità di somministrare, all'interno di un Trattamento Sanitario Obbligatorio, una terapia che il soggetto rifiuta. In questo caso il provvedimento può essere programmato, e ha in genere durata più breve. Un aspetto delicato è rappresentato dalle caratteristiche del "rifiuto", e cioè dalla valutazione della reale urgenza e dal carattere indispensabile della somministrazione. Nella pratica, la necessità di passare dalla contenzione manuale, momentanea, alla contenzione meccanica, corrisponde il più delle volte al fatto che la somministrazione obbligatoria della terapia ha determinato una situazione che ricade nell'ipotesi precedente, di rischio concreto e imminente per l'incolumità personale, che quindi rimane l'unica in base alla quale è possibile essere costretti a ricorrere alla contenzione meccanica.

Al di fuori di queste due circostanze, nelle quali la contenzione fisica mantiene comunque il suo carattere di provvedimento eccezionale e rimane comunque un provvedimento da evitare e far durare il minimo indispensabile, non è possibile la sua adozione. In alcuni protocolli è esplicitato il fatto che in nessun caso la contenzione fisica può essere utilizzata né protratta con finalità di carattere pedagogico



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

o punitivo. Una robusta review di Sailas e Fenton (2012) depone contro le ipotesi circa una presunta "terapeuticità" della contenzione fisica, che anche qualora dimostrata non giustificerebbe comunque in termini di diritto questa pratica, concludendo che non esistono evidenze in questa direzione, mentre esistono evidenze del rischio di gravi effetti indesiderati.

### 5. Luoghi e ambiti della contenzione fisica

*I luoghi della contenzione.* Nell'ambito delle strutture che operano nel DSM il SPDC è il luogo della gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica; stime condotte nel nostro Paese vi riferiscono una prevalenza di episodi di comportamenti aggressivi variabile tra il 3 e l'8% dei soggetti ricoverati (Cornaggia et al, 2011). Il problema della contenzione fisica di persone affette da condizioni psicopatologiche non riguarda solo i luoghi della psichiatria, ma può riguardare anche situazioni ad essi esterne quali trasporto in ambulanza, pronto soccorso, altri reparti ospedalieri, realtà residenziali esterne all'ospedale. Un tema particolarmente delicato sotto il profilo etico e tecnico - e particolarmente attuale nel momento del passaggio dell'assistenza penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale - è poi rappresentato dall'uso della contenzione in persone affette da condizioni psicopatologiche nei luoghi di reclusione, dove il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e motivazioni di carattere disciplinare è evidentemente più elevato e il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e trattamento di eventuali complicanze sanitarie può essere inferiore. Va da sé, tuttavia, che solo a partire da una pratica corretta nei riguardi della contenzione fisica all'interno dei propri luoghi, la psichiatria potrà esercitare un'influenza scientifica e culturale volta a minimizzarne l'utilizzo in tutti gli altri luoghi nei quali si può porre la necessità di gestire situazioni di comportamento violento in persone affette da condizioni psicopatologiche.

*Il rapporto tra il servizio ospedaliero e il DSM.* L'utilizzo della contenzione all'interno di un servizio ospedaliero psichiatrico non è questione interna al servizio ospedaliero, ma coinvolge tutto il DSM. Non è infrequente, infatti, che il provvedimento della contenzione intervenga prima, o durante, l'ingresso del paziente in ospedale o in servizio ospedaliero. E il modo in cui l'ingresso avviene è in stretta relazione, almeno nel caso dei pazienti in carico, con il fatto che il DSM si senta attivamente impegnato nel perseguire l'obiettivo del superamento dell'uso di strumenti di contenzione meccanica nel servizio ospedaliero, evitando il più possibile - attraverso strategie di presa in carico efficace e di riduzione dei drop-out - il fatto che il paziente giunga in ospedale in condizioni di crisi di difficile gestione perché non è stato seguito con sufficiente continuità e tempestività; lavorando per promuovere il più possibile un carattere consensuale ai trattamenti necessari; e garantendo ogni volta che sia possibile l'accompagnamento del paziente al pronto soccorso da parte di operatori a lui noti. Occorre tenere poi presente che il timore delle pratiche di contenzione contribuisce spesso a rendere più ostili o timorosi il paziente e/o i familiari rispetto alla proposta di ricovero formulata sul territorio.

### 6. Le alternative alla contenzione fisica

*Le persone e la diagnosi.* 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 particolare sintomi paranoidei e disorganizzazione del pensiero - in atto o precedenti il ricovero. Alcuni disturbi di personalità, anche indipendentemente dalla presenza di patologie in comorbidità, presentano un intrinseco accresciuto rischio di comportamenti auto/eteroaggressivi: si tratta in particolare del disturbo borderline e del disturbo antisociale di personalità. Alcune situazioni



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

in particolare, come una storia di atti violenti o la presenza di deficit cognitivi che rendano più problematica la comunicazione, o la comorbidità con uso di sostanze, devono essere considerate fattori di rischio per la violenza e per la percezione - in termini di particolare pericolo - di eventuali atteggiamenti minacciosi del paziente da parte dello staff. Particolare attenzione, perciò, occorrerebbe dedicare alla formazione dello staff nella gestione di queste situazioni evitando la necessità del ricorso alla contenzione.

*Gli obiettivi.* L'obiettivo di evitare la contenzione fisica in un servizio ospedaliero rappresenta una condizione in grado di favorire in modo determinante la serenità dei pazienti (che possono anche essere turbati e avviliti dal fatto di essere testimoni, e non solo oggetto, dell'applicazione di questa misura), dei familiari e degli operatori, nonché la buona qualità delle relazioni tra di essi, oltre a migliorare l'immagine del paziente psichiatrico e della stessa disciplina psichiatrica: solo con il superamento di questa pratica il paziente cesserà di essere per l'opinione pubblica un "matto da legare" e lo psichiatra di essere "il medico che lega". L'esistenza, già ricordata, di servizi ospedalieri che esercitano quotidianamente la fatica di non ricorrere alla contenzione meccanica fino al punto di riuscire a non utilizzarla da anni deve far riflettere e dimostra che l'eliminazione della contenzione è un obiettivo realistico, e rappresenta quindi una sfida e un incoraggiamento per tutti a costruire condizioni logistiche, culturali e tecniche idonee a conseguirlo.

*Le modalità di conseguimento dell'obiettivo di evitare la contenzione fisica.* 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 voce loro 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. Ricordiamo che in molte situazioni sono stati proposti protocolli per la gestione il più possibile atraumatica del rischio di violenza, e questo tema è stato tra l'altro fatto oggetto di una Raccomandazione da parte del Ministero della Salute (n. 8, novembre 2007). In ogni caso, è fondamentale mantenere nel vissuto del gruppo di lavoro la consapevolezza del carattere *assolutamente eccezionale* che il ricorso deve sempre avere, evitando che essa scivoli, come spesso è accaduto nel passato e troppo spesso accade ancora nel vissuto dello staff e dei pazienti, nella routine.

### 7. Prevenzione della contenzione

Per la prevenzione della contenzione meccanica in SPDC occorre ridurre i comportamenti violenti nei luoghi di cura attraverso l'adozione e/o il potenziamento di buone pratiche cliniche in luoghi di cura sicuri e confortevoli.

I fattori sui quali è possibile intervenire sono rappresentati da:

- Fattori strutturali: le caratteristiche logistiche del servizio ospedaliero, il rapporto numerico staff/pazienti ecc.
- Fattori relazionali: l'atteggiamento dello staff verso i pazienti, in particolare in occasione di episodi di agitazione caratterizzati da aggressività, o di atteggiamenti oppositivi
- Le caratteristiche dei pazienti ricoverati nell'unità di tempo.

La condivisione di valori all'interno del gruppo curante e di una filosofia clinico- assistenziale che ponga al centro la persona, un'attenta valutazione del paziente, delle sue emozioni e dei suoi bisogni e il vaglio responsabile di tutte le possibili soluzioni alternative. L'obiettivo di ridurre la contenzione deve essere perseguito mettendo in atto azioni migliorative e responsabilizzando i diversi livelli coinvolti. Si fa riferimento agli aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, alla formazione del personale degli SPDC, ma anche alle attività territoriali dei DSM ed ai loro rapporti con gli altri Soggetti

V.le Abruzzi, 32 - 20131 Milano Tel. +39 02 36586015 e-mail: [segreteria@psichiatria.it](mailto:segreteria@psichiatria.it)

Sito web: <http://www.psichiatria.it>

C.F. 96051260584

P.I. 04161601002



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

istituzionali e non istituzionali coinvolti, ed al contesto in generale. Si ribadisce quindi il suggerimento pratico di sviluppare un processo di miglioramento continuo finalizzato al cambiamento delle pratiche, che utilizzi l'analisi delle pratiche stesse e del loro andamento, oltre alla revisione dei protocolli e delle procedure operative effettivamente in uso.

Variabili "di contesto", legate all'organizzazione, alle regole ed alla routine di servizio ospedaliero, appaiono peraltro ancora più rilevanti (Alexander e Bowers, 2004). Fattori come: - l'affollamento di pazienti e operatori nel servizio ospedaliero, - la condizione ambientale, in particolare le caratteristiche favorevoli o meno il comfort "abitativo", l'assenza di chiarezza, univocità ed empatia della comunicazione con i pazienti da parte dello staff, la presenza di fattori legati al burn-out degli operatori, a pregiudizi o a un'insufficiente sensibilità verso i diritti e i bisogni dei pazienti possono risultare particolarmente significativi. Anche la mancanza di proposte di attività all'interno del servizio ospedaliero, i tempi vuoti e la noia giocano un ruolo non secondario nell'alzare il rischio di agitazione, aggressività e violenza. E' stata anche delineata una correlazione "a cascata" tra tipo e intensità della leadership nel servizio ospedaliero, caratteristiche strutturali e procedure organizzative, qualità del lavoro di equipe, livello di burn-out degli operatori, percezione di difficoltà nella gestione dei casi e probabilità di ricorso alla contenzione fisica (Bowers et al, 2011). 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, devono essere anche per questa ragione evitate.

A fronte di queste evidenze, dovrebbero essere dunque sistematicamente valutati, monitorati e affrontati secondo le migliori pratiche i fattori di rischio per l'emergenza di fenomeni di ostilità/aggressività nei pazienti ricoverati. Dovrebbero a tal proposito essere adottati sistematicamente protocolli di valutazione del rischio di aggressività e violenza e di trattamento e gestione dell'agitazione e dell'aggressività in SPDC. Dovrebbe essere inoltre posta attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi in SPDC, con particolare riguardo ad aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, monitoraggio dell'andamento dei ricoveri complessi, formazione e atteggiamento del personale.

Tra i fattori strutturali e organizzativo/funzionali, oltre al rispetto puntuale dei criteri di accreditamento previsti per gli SPDC, andrà posta attenzione al comfort abitativo, alla sicurezza ambientale, ad evitare il sovraffollamento dei reparti. Risulta particolarmente indicato approntare e regolarmente aggiornare un regolamento del servizio ospedaliero, conosciuto ed approvato dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di afferenza, comprendente anche specifiche regole di comportamento per pazienti e operatori. La chiarezza delle regole del servizio ospedaliero, della loro comunicazione, e la consistente applicazione delle stesse da parte dei membri dello staff sono elementi di sicura utilità (Alexander e Bowers, 2004), mentre la eccessiva strutturazione/rigidità nella loro applicazione, il loro carattere sanzionatorio o la percezione di un insufficiente equilibrio tra gli interessi/bisogni dei pazienti e quelli dello staff/dell'istituzione possono generare un atteggiamento di insofferenza nel paziente. Tra gli aspetti organizzativo/funzionali è poi sicuramente da collocare il tema delle attività da svolgere nel servizio ospedaliero al fine di rendere il periodo del ricovero un momento significativo non solo per il superamento dell'acuzie, ma anche per l'avvio o la verifica del progetto di presa in cura/carico del paziente in collaborazione con il CSM di competenza, e per lo svolgimento di appropriate attività psicoeducative e/o risocializzanti e ricreative senza escludere l'eventuale coinvolgimento delle famiglie. Interventi con programmi e percorsi adeguatamente strutturati, con tempi costanti, con modalità interattive e non esclusivamente "direttive", con il coinvolgimento partecipe sia dei degenti sia degli operatori dei diversi servizi (ospedaliero e territoriali), migliorano la comunicazione e le informazioni, aumentano la consapevolezza di malattia e la conseguente adesione al trattamento.

Ricoveri più complessi sono quelli di pazienti affetti da patologie correlate



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

all'abuso/dipendenza/astinenza da alcool o droghe, ma anche di pazienti con ritardo mentale, di anziani in particolare se affetti da demenza, di portatori di quadri neurologici con sintomatologia prevalentemente comportamentale, di adolescenti con disturbi del comportamento non correlati ad un disturbo psichiatrico, specie se senza differenziazione dei luoghi e delle modalità di trattamento rispetto alla normale routine terapeutica dell'SPDC, di soggetti portatori di richieste/bisogni di tipo sociale o assistenziale, o autori di comportamenti antisociali non direttamente correlati a psicopatologia maggiore riconoscibile e trattabile. In tutti questi casi, esiste un maggior rischio di un protrarsi nel tempo che può contribuire a esasperare i rischi di violazione delle regole e di conflitto con l'equipe. Sebbene i dati disponibili siano scarsi ed eterogenei, risulta che la demenza costituisca una condizione caratterizzata da elevata incidenza di eventi impulsivo-aggressivi, anche se spesso di basso impatto sugli operatori e sul contesto, e che tali comportamenti siano favoriti dalla degenza in ambiente ospedaliero. Gli interventi e i comportamenti atti a ridurre questa tipologia di ricoveri richiedono una imponente azione sul contesto, che consenta di ridurre al minimo in questi casi il ricorso all'SPDC.

### **8. Modi e tempi della contenzione**

Per quanto riguarda i modi della contenzione meccanica, in Italia lo strumento più largamente utilizzato è quello della contenzione ai quattro arti al letto, realizzata con modalità e strumenti diversi secondo gli stili invalsi nella tradizione dei diversi reparti. Sono invece molto raramente utilizzate forme di contenzione che impediscano il libero movimento della persona senza però bloccarne il corpo, come l'isolamento, che invece è molto utilizzato ad esempio in Gran Bretagna, dove ha da anni soppiantato quasi del tutto l'uso della contenzione. E' difficile risalire all'origine di queste evidenti differenze nelle prassi operative, anche se sembra che una parte importante sia giocata da rimandi di natura simbolica: la presa sul corpo viene più facilmente ricondotta a interventi di natura medico-chirurgica, mentre il chiudere in uno spazio ristretto fa piuttosto pensare alla reclusione cellulare del detenuto. Riteniamo che questa situazione debba però diventare l'oggetto di una riflessione attenta e il più possibile obiettiva, che tenga soprattutto nel massimo conto il punto di vista espresso dai diretti interessati, a partire da tre considerazioni. La prima è che nelle interviste di pazienti sottoposti alla contenzione meccanica, i due aspetti principalmente lamentati sono la mancanza di libertà, il fastidio per l'immobilizzazione innaturale del corpo e il fastidio di essere oggetto di decisioni altrui; è evidente che nell'isolamento almeno il secondo elemento di sofferenza verrebbe meno. La seconda è che parrebbe doveroso, ove ci si trovi nella necessità di limitare la libertà di un soggetto, la scelta delle modalità e dello strumento dovrebbe rispondere al criterio della minima costrizione indispensabile, e pertanto l'opzione dell'isolamento dovrebbe essere presa in considerazione prima di quella del blocco fisico del corpo in una posizione di immobilità. La terza è che nell'isolamento verrebbero meno i gravi rischi di complicanze mediche collegati alla costrizione del corpo in una posizione di immobilità.

Quanto ai tempi di durata della contenzione occorre rilevare che esso rappresenta un aspetto tutt'altro che secondario, come potrebbe apparire in un approccio al problema in termini di tutto o nulla, e anche pochi minuti di inutile protrarsi della contenzione rispetto allo strettamente indispensabile rappresentano un'inammissibile violazione dei diritti della persona legata e un'inutile aumento della sua sofferenza. I tempi entro i quali viene valutata la necessità di protrarre la contenzione con mezzi meccanici dovrebbero tener conto del carattere eccezionale che per questa situazione è prevista dalla legge, del suo carattere di provvedimento di emergenza e della necessità di non protrarlo oltre l'indispensabile perché gli art. 52 e 54 possano essere invocati, delle raccomandazioni degli organismi internazionali in materia oltre che delle esigenze di sicurezza del paziente, e non andare oltre il controllo a vista o almeno ogni 15-30' per il controllo infermieristico, e oltre le 2 ore per quello medico. Nel caso che lo stato di necessità sulla base del quale si determina la situazione di limitazione della libertà personale e di blocco del corpo rappresentato dalla contenzione meccanica si protragga oltre le prime ore, potrebbe essere opportuno valutare l'opportunità di informare il magistrato del protrarsi della situazione di eccezionalità venutasi a creare.



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

### 9. Alcune garanzie indispensabili

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:

- A. 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).
- B. si ponga il massimo impegno perché siano rimosse nei reparti di psichiatria tutte le situazioni di ingiustificata restrizione della libertà personale (difficoltà di accedere al colloquio col personale, al telefono, regolazione eccessivamente restrittiva delle visite dei parenti, della possibilità di fumare, ecc.), che sono talora all'origine di situazioni di attrito e di tensione evitabili tra il paziente e lo staff e possono determinare condizioni di reazione del paziente tali da rendere più probabile l'adozione di provvedimenti di contenzione;
- C. in ogni servizio ospedaliero siano garantite condizioni logistiche e di organico e siano disponibili specifici protocolli e formazione, perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale;
- D. prima di giungere alla contenzione siano sempre attivati in modo tempestivo tutti gli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici utili al contenimento della crisi, per la cui tempestiva attuazione è necessaria una specifica formazione degli psichiatri e degli altri operatori;
- E. nessuna persona possa essere forzosamente 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;
- F. la ASL/AO renda espliciti i provvedimenti adottati al fine di minimizzare o, se possibile, azzerare il ricorso alla contenzione fisica negli ambienti psichiatrici;
- G. siano sempre spiegate - contemporaneamente alla contenzione - al paziente 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;
- H. 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;
- I. nessuna persona possa essere forzosamente 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





# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

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);

- J. 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, rabdomiolisi, trombosi ecc.) e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione;
- K. 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;
- L. appare infine auspicabile che siano previsti in modo esplicito i tempi oltre i quali la permanenza della contenzione che tende a prolungarsi in modo particolarmente significativo dovrà essere supervisionata da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del servizio ospedaliero (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM).

### **10. La costruzione di un protocollo**

Un aspetto operativo importante riguarda i contenuti minimi necessari per la stesura di un protocollo sulla contenzione che deve prevedere la discussione nell'ambito multiprofessionale del gruppo di lavoro e quella con rappresentanti significativi degli utenti e dei caregivers. Tale protocollo deve inoltre, in maniera irrinunciabile, definire in modo chiaro gli ambiti di responsabilità e competenza degli operatori sanitari, identificare il contesto di utilizzo e le indicazioni prescrittive e di applicazione, ed essere preceduto da indicazioni o procedure relative alla identificazione e gestione delle situazioni a rischio di violenza. Di fondamentale importanza è l'addestramento al lavoro di gruppo e la definizione dei ruoli anche attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie di lavoro specifici (audit, riunioni, role-playing...). Infine, tra le ulteriori azioni da intraprendere per la riduzione del rischio di contenzione risultano certamente necessarie:

- a. La predisposizione, l'applicazione ed il regolare aggiornamento di un documento di valutazione sul tema del rischio di agiti aggressivi (auto- ed etero-aggressivi) in SPDC
- b. La verifica almeno semestrale della corretta applicazione del protocollo delle contenzioni nell'ambito del lavoro di gruppo con gli operatori
- c. Il monitoraggio degli episodi di contenzione negli SPDC che si avvalga di idonei strumenti informativi e di registrazione
- d. La gestione degli eventi di contenzione, al pari degli "eventi sentinella", quale oggetto cioè di attenzione e specifico approfondimento da parte delle equipe
- e. La valutazione dell'impatto delle azioni formative e di miglioramento poste in atto.



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

**Tabella 1: Contenuti minimi indicati per un protocollo di gestione della contenzione meccanica in presenza di stato di necessità (adattato da Vita e coll., 2013)**

Il protocollo/la procedura è stata formalizzata a livello aziendale (procedura di qualità, acquisita dalla direzione, ecc.)
Sono definiti gli ambiti di applicazione del protocollo/procedura (presidi, servizi, dipartimenti, aziende, regioni ecc.)
E' chiaramente declinato lo scopo del protocollo/procedura, corrispondente a quello di evitare o almeno far durare il meno possibile la condizione di eccezionalità rappresentata dalla contenzione meccanica
Sono esplicitati e aggiornati periodicamente gli sforzi svolti o in atto per garantire condizioni logistiche e di organico adeguate, e le eventuali difficoltà al riguardo; sono indicate le attività di carattere formativo svolte o in atto perché la gestione della crisi possa essere resa sempre il meno possibile traumatica e inquietante tanto per i pazienti che per il personale, e il riferimento a eventuali protocolli sugli strumenti ambientali, relazionali e farmacologici di prevenzione del rischio di violenza
Sono chiaramente indicati il carattere illegale della contenzione meccanica, e la possibilità di farvi ricorso esclusivamente per l'esistenza di una reale situazione di pericolo imminente come previsto dagli art. 52 e 54 C.P., o di urgente e indispensabile somministrazione di una terapia che viene rifiutata all'interno del Trattamento Sanitario Obbligatorio, solo quando ogni strada alternativa sia fallita
Sono definiti gli ambiti di responsabilità dei professionisti (chi può decidere cosa, chi deve fare cosa...)
Sono indicati i principi che sottendono comunque alle modalità di messa in atto della contenzione (rispetto della persona, utilizzo della contenzione quale atto eccezionale ed estremo dopo fallimento o impossibilità di utilizzo altri metodi, riduzione della discrezionalità dell'atto, minima durata, massimo comfort, informazione al paziente, ecc)
Il documento indica la possibilità o meno di utilizzo della contenzione anche per i minori, e le modalità di informazione degli esercenti la patria potestà o di altre autorità garanti (e indica, se NO, le strategie alternative attuabili)
Sono indicate le complicanze possibili della contenzione. Particolare attenzione deve essere dedicata a ed evitare 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, raddomolisi, trombosi ecc.) e all'identificazione precoce dei fattori di rischio correlati a questa possibile evoluzione
Sono indicate le risorse materiali utilizzabili durante la contenzione, viene indicato nel protocollo/procedura dove sono conservati i dispositivi utilizzabili per la contenzione
<u>Viene specificato se la contenzione deve essere applicata in stanze/spazi/letti dedicati</u> Viene data indicazione della modalità di impiego delle risorse umane che intervengono nell'atto della contenzione e vengono indicate le competenze di ciascun operatore (figura professionale)
Sono declinate indicazioni per l'attivazione di eventuale personale di supporto o delle forze dell'ordine
Vengono indicate le fasi che fanno parte del procedimento di contenzione (prescrizione, organizzazione della manovra, contenzione, controlli, fine contenzione, ecc)
Sono indicate le azioni da attuare nelle diverse fasi del procedimento di contenzione
E' prevista la possibilità di adottare la contenzione da parte dell'Infermiere (per stato di immediata necessità o, se NO, è prevista altra forma di indicazione operativa per l'Infermiere in assenza del personale medico)
E' presente l'indicazione della modalità di prescrizione della contenzione nella cartella clinica, con indicazione precisa dei motivi, descrizione dettagliata delle circostanze, indicazione del tempo intercorso dall'inizio della situazione di crisi all'inizio della contenzione e descrizione dei tentativi di gestire in modo alternativo la situazione posti in essere



## SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

### Affiliated to World Psychiatric Association

<p>E' prevista l'indicazione a spiegare - contemporaneamente alla contenzione - al paziente 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, a ridiscuterlo 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</p>
<p>E' prevista l'indicazione a evitare 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 (es. compressioni su collo o torace)</p>
<p>Nel protocollo/procedura vi è indicazione, e descrizione dei controlli da effettuare durante la contenzione (modulo o registrazione in cartella) da parte delle diverse figure professionali. In particolare, sono stabiliti con chiarezza e resi pubblici i tempi massimi entro i quali il paziente sia è periodicamente sottoposto a controllo infermieristico nel corso del quale sono rilevati i parametri fondamentali e sono offerti conforto, 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 affiancamento continuo o almeno ogni 15-30' e in due ore).</p>
<p>Sono specificati almeno ogni due ore i tentativi posti in essere per interrompere la contenzione, o le ragioni per le quali non è stato possibile porli in essere.</p>
<p>E' presente la scheda di monitoraggio dei parametri rilevati durante la contenzione conforme ai contenuti minimi</p>
<p>Nel protocollo/ procedura , vi è indicazione di compilazione del Registro, o altra modalità di registrazione, delle contenzioni, e di eventuale trasmissione del dato a livello aziendale e regionale</p>
<p>Negli allegati sono indicate le modalità di registrazione delle contenzioni (cartacee, informatizzate) che prevede i contenuti minimi (data, identificativo paziente, ora inizio, ora fine, .....), al fine di conservazione del dato per scopi di automonitoraggio del gruppo di lavoro e di ricerca</p>
<p>E' specificato che 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</p>
<p>E' specificato, se previsto, il periodo oltre il quale la permanenza della contenzione che tende a prolungarsi in modo particolarmente significativo dovrà essere supervisionata in modo da uno specialista psichiatra, con funzioni di garanzia, estraneo allo staff del servizio ospedaliero (p. es. il direttore dello stesso, o di altro, DSM); o quello oltre il quale è richiesta all'Autorità Giudiziaria la valutazione dell'effettivo protrarsi dello stato di necessità che possa giustificare la contenzione.</p>
<p>E' indicato il tempo di riverifica del documento</p>

\* Gruppo coordinato da P.F. Peloso (componenti: L. Cappellari, C. De Rosa, L. Ferrannini, M. E. Percudani)

Milano, 10/05/2016



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

### Bibliografia

#### Bibliografia italiana consultata:

1. AA.VV. (2005): *SPDC aperti e senza contenzioni. Per i diritti inviolabili della persona* (a cura di L. Toresini), Fogli d'Informazione, 203 (numero monografico con scritti di Attanasio, Gabriele, Canosa, Egidi, Benevelli, Nober, Bruhl, e Doneddu, Norcio, Pullia, Grassi, Ramacciotti, Torresini, Zedda).
2. AA. VV. (2006a): *La contenzione fisica in psichiatria* (a cura di R. Catanesi, L. Ferrannini, P.F. Peloso), Milano, Giuffrè, 2006 (scritti di Bandini, Ferrannini, Peloso, Scapati e Maura, Di Sciascio, Benevelli, Catanesi, Troccoli e Carabellese, Peloso et al., Marcenaro e Daccà).
3. AA.VV. (2006b): *La contenzione in psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 130, 3 (numero monografico con scritti di Borgna, Norcio, Ruta, Minenna, Paterson, Petrini, Caretta, Brutti, Parlani Brutti).
4. AA. VV. (2010): *Matti da (non) legare* (a cura di P. Sangiorgio, G.M. Polselli), Roma, Alpes (scritti di Polselli, Ducci, Sangiorgio, Cipriano, Maci, Censi, Franco, Cro, Annibaldi, Scapati et al, Salerno et al., Gulizia, Kustermann, Orso e Majorana).
5. Agrimi E, Spinogatti F: *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, Roma, CIC, 2005.
6. Belmondo E: *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint - isolamento - osservazione)*, VI seduta, V tema generale, 20 ottobre pom., Atti del XII Congresso della Società Freniatrica Italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 31, 254-285, 1905.
7. Benevelli L: *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca*, Il reo e il folle, 155-180, 2000.
8. Boiardi E: *Perché legarle...? Il progetto di azzeramento dell'uso dei vincoli del padiglione femminili dell'ex ospedale psichiatrico di Piacenza*, Rivista sperimentale di freniatria, 120, 4, 1996, pp. 725-738.
9. Cacace S.: *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, Rivista di Medicina Legale, 35, 209-226, 2013.
10. Castiglioni R, Flores A: *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 111, 137-146, 1987.
11. Conferenza delle regioni e province autonome: *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 2010.
12. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F: *Aggression in psychiatry wards: A systematic review*. Psychiatry Research 2011, 189(1):10-20
13. De Girolamo G et al. (2007): *Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy*, Br J psychiatry, 191, 170-177.
14. D'Elia A., D'Onofrio M.R., Leggero P., Rosa M.: *Violenza, Contenzione e contenimento*, in: AA.VV.: *Modelli d'intervento in psichiatria d'urgenza*, Atti del Congresso internazionale SIPU, Torino, 25-26 maggio 1992, 206-219.
15. Del Vecchio V., Giacco D., Luciano D.M. Del Gaudio L., De Rosa C., Fiorillo A., Maj M.: *Coercive measures in Italian patient units: results from eunomia study*, European Psychiatry, 26,S1,527,2011.
16. Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M.: *Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems*, Perspectives in Psychiatric Care, 48, 95-107, 2012.
17. Dodaro G.: *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 di Medicina Legale, 33, 1483-1528, 2011.
18. Dodaro G., Ferrannini L.: *La contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus*, Rivista di Medicina Legale, 35, 167-178, 2013.
19. Ferrannini L., Peloso P.F.: *La contenzione nella pratica clinica: esigenza o fallimento*, in: Atti VI



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

- Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Forense, Alghero, 30 Maggio-1 Giugno 2003.
20. Filippo D.: *La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, Rivista di Medicina Legale, 35, 227-234, 2013.
  21. Flores A, Magni L, Salteri A: *I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata*, Psichiatria Oggi, 7, 47-49, 1994.
  22. Lugo F. et al. (2006): *La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica*, Psichiatria oggi, 1.
  23. Marcenaro M., Peloso P.F., Vecchiato C. (2005): *Genova 1904-2004: un punto di partenza e non di arrivo*, Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, 12, 1, 97-101.
  24. Massa M.: *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 35, 1, pp. 179-207, 2013.
  25. Novello M.: *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei Servizi di Salute Mentale*, Rivista di Medicina Legale, 35, 235-245, 2013.
  26. Peloso PF: *La contenzione meccanica in psichiatria e la posizione abolizionista di Ernesto Belmondo (1904)*, Atti dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti, 107, parte II, 55-84, 1995.
  27. Peloso P.F., Ferrannini L. *Aspetti storici ed epistemologici della contenzione*, Relazione al Convegno "Le contenzioni, dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure", Roma, Ministero della Salute, 23-24/5/13.
  28. Petrini C. (2013): *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Annali Istituto Superiore di Sanità, 49, 3, 281-285.
  29. Piccione R., Milano S. (2002): *La neo-manicomialità dipartimentale e la contenzione fisica nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 126, 69-78.
  30. Regione Emilia Romagna (2009): *Disciplina delle contenzioni fisiche presso i SPDC dei DSM-DP*.
  31. Regione Lombardia (????): *Documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica*.
  32. Società Italiana di Psichiatria (2009): *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, Quaderni italiani di psichiatria, 31, 2012, 2, 42-45.
  33. Spinogatti F, Agrimi E: *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi*, Quaderni Italiani di Psichiatria, 24, 43-51, 2005.
  34. Tartaglione S: *Approccio al paziente violento*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 118, 4, 581-590, 1994.
  35. Tartaglione S: *ViolentaMente*, Tirreni, Ed. del Cerro, 1999.
  36. Vita A, Cerati, G, Lora A. Percudani M. per il Comitato Tecnico Regionale per le Innovazioni in Salute Mentale, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia (2013). *Emergenze psichiatriche e prevenzione delle contenzioni in SPDC: l'esperienza lombarda negli anni 2010 - 2012*. Documento presentato alla Conferenza Nazionale "Le contenzioni, dalla gestione del rischio clinico alla qualità e sicurezza delle cure". Ministero della Salute, 23/24 Maggio 2013, Roma

### Bibliografia internazionale consultata :

1. Alexander J, Bowers L: *Psychiatric ward rules: a literature review* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2004, 11, 623-631
2. Allen M.H. (2007): *The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices*, General Hospital Psychiatry, 29, 467-469.
3. American Psychiatric Association: *Patient safety and psychiatry. Recommendations of the Board of Trustees of the APA*, 2003.
4. American Psychiatric Association: *American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems, Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint /seclusion*, in: Behavioural Health, 2003.
5. Beck N.C. et al. (2008): *Trajectories of seclusion and restraint use at a State Psychiatric Hospital*, Psychiatric Services, 59, 1027-1032.



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

6. Begin S: Isolement et contentions: revue de littérature et focus sur leur impacts et les normes qui les régissent, *Can J Psychiatry*, 36, 752-759, 1991.
7. Berzlanovich AM, Shöpfer J, Keil W: *Deaths due to Physical Restraint*, *Deutsches Arzteblatt International*, 109, 3, 27-32, 2012.
8. Betemps E.J., Somoza E., Buncher R.: *Hospital characteristics, diagnoses and staff reasons associated with use of seclusion and restraint*, *Hosp Community Psychiatry*, 44, 1993, 367-372.
9. Borckardt J.J. et al.: *Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a State psychiatric hospital*, *Psychiatric Services*, 62, 477-483.
10. Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J: The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:143-148
11. Brendan C., Dickson M., S. Pollanen S.: *Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients*, *Journal of Forensic and Legal Medicine* 16, 284-286, 2009.
12. Conolly J: *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Torino, Einaudi, 1976.
13. De Benedictis L., Dumais A., Sieu N., Mailhot M.-P., Létourneau G., Minh-Anh Marie Tran M.-A. M., Stikarovska I., Bilodeau M., M.Mus, Brunelle S., Côté G., Lesage A. D., Phil M. : *Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on Psychiatric Wards*, *Psychiatric Services* 62:484-491, 2011.
14. Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M.: *Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems*, *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 95-107, 2012.
15. Donat D: *An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital*, *Psychiatric Services* 54, 1119-1123, 2003.
16. Fisher WA: *Restraint and seclusion: a review of literature*, *Am J Psychiatry*, 151, 1584- 1591, 1994.
17. Guivarch J., Cano N. (2013): *Usage de la contention en psychiatrie: vécu soignant et perspectives éthiques*, *L'Encephale*, 39, 237-243.
18. Hendryx M., Trusevich Y., Coyle F., Short R., Roll J.: *The Distribution and Frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients*, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37:2 , 2010.
19. Hyman S.E.: *Manuale delle emergenze psichiatriche* (1988), Milano, Mc Graw Hill, 1990.
20. Infantino J.A., Musingo S.Y.: *Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques*, *Hosp Community Psychiatry*, 1985, 36, pp. 1312-1314.
21. Kaltiala-Heino R., Tuohimaki C., Korkeila J., Lehtinen V.: *Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care*, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 139- 149.
22. Keski-Valkama A, Sailas E., Eronen M., Koivisto A.M., Lo'nnqvist J., Kaltiala-Heino R.: *A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 42, 747-752, 2007.
23. Keski-Valkama A., Sailas E., Eronen M., Koivisto A.M., Lo'nnqvist J., Kaltiala-Heino R.: *Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study*, *Soc Psychiatr Epidemiol* 45,1087-1093, 2010.
24. Knutzen M. et al. (2011): *Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study*, *Psychiatric Services*, 62, 492-497.
25. Larue C., Dumais A., Ahern E., Bernheim E., Mailhot M.P.: *Factors influencing decisions on seclusion and restraint*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 440-446, 2009.
26. La Vonne A. et al. (2007): *Frequency of alternative to restraints and seclusion and the use of agitation reduction techniques in the emergency department*, *General Hospital Psychiatry*, 29, 470-474.
27. Lursen S.B., Jensen T.N., Olsen N.V. (2005): *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint*, *Acta Psychiatr Scand*, 111, 324-327.
28. Michael H., Allen M.A., : *The organization of psychiatric emergency services and related differences in restraint practices*, *General Hospital Psychiatry*, 29, 467-469, 2007.
29. Migon M.N., S. Coutinho E. S., Huf, G., Adams C.E., M. Cunha G.M., Allen M.H.: *Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms*, *General Hospital Psychiatry* 30, 263-268, 2008.
30. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD: *Adverse effects associated with physical restraint*, *Can J Psychiatry*, 48, 330-337, 2003.



# SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

## Affiliated to World Psychiatric Association

---

31. Moran A., Cocoman A., Scott P.A., Matthews A., Staliuniene V., Valimaki M. (2009): *Restraint and seclusion: a distressing treatment option?* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 599–605.
32. Moylan L.B., Cullinan M.: *Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 526–534, 2011.
33. Niveau G: *Preventing human rights abuse in psychiatric establishments: the work of the CPT*, *European Psychiatry*, 19, 146-154, 2004.
34. Odavara T., Fujita J., Narita H., Yamada Y., Yamada T., Hirasyasu: *Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan*, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 605– 609, 2005.
35. O.M.S. (2005): *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, WHO, Ginevra, 2005.
36. Regan JJ; Wilhoite K, Faheem U, Wright A, Hamer G: *The use of restraints in psychiatric settings*, *Tennessee Medicine*, 41-42, march 2006.
37. Royal College of Psychiatry: *Il trattamento della violenza imminente. Linee guida per la pratica clinica* (1998), Roma, CIC, 1999.
38. Sailas EES, Fenton M: *Seclusion and restraint for people with serious mental illness (review)*, *The Cochrane Collaboration*, 2012.
39. Simpson S.A et al. (2014): *Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service*, *General Hospital Psychiatry*, 36, 113-118.
40. Siponen U., Riittakerttu K.H., M. Va'lima: *The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study*, *Society Psychiatry Psichiatr Epidemiol* , 1401–1408, 2012.
41. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R: *Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends*, *Soc Psychiatry Psichiatr Epidemiol*, 45, 889-897, 2010.
42. Stewart D., Bowers L., Simpson A., Ryan C., Tziggili M.: *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review* *Journal of Psychiatry and Medical Health Nursing*, 16, 749–757, 2010.
43. Sullivan A.M. et al. (2005): *Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service - Utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient*, *Psychiatric Quarterly*, 7651-65.
44. Tardiff K: *Violenza*, In: Hales, Yudofsky, Talbott (eds): *Psichiatria*, Torino, CSE, 1403-1426, 1999.
45. Winship G. (2006): *Futher thoughts on the process of restraint*, *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 55-60.

**Ministero dell'Interno**  
**Circolare n. 3/2001 del 20 luglio 2001**  
**Trattamento sanitario obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della**  
**polizia Municipale**

Continuano a pervenire a questa direzione generale da parte delle amministrazioni locali richieste di chiarimenti in ordine alla questione relativa alle attività di scorta espletate dai vigili urbani nel corso del trasferimento con autoambulanza di persone assoggettate al trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) anche al di fuori del territorio comunale. Al riguardo, questo ministero, più volte interessato sulla problematica in esame, ha espresso il proprio avviso ritenendo che le funzioni di accompagnamento dei soggetti per i quali si rende obbligatorio il T.S.O. debbano essere svolte dagli operatori di polizia municipale per assicurare prioritariamente l'attuazione dei principi generali di tutela della persona fissati, in particolare dalla legge 833/78, istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Ancorché tale attività di accompagnamento esuli dai compiti istituzionali propri degli operatori di polizia municipale, questi sono, tuttavia, tenuti ad assolverla, sulla scorta delle direttive impartite dal sindaco, il quale, in tal caso, assicura e coordina lo svolgimento sia delle funzioni di polizia locale (art.1 e 2 della legge 7/3/1986, n. 65), sia di quella di autorità sanitaria, di cui è titolare nei trattamenti sanitari obbligatori, in forza della legge 23/12/1978 n. 833, art. 33, titolarità riconfermata dall'art. 117 del dlgs 31/3/1998 n. 112 Ñ come trasfuso nell'art.50, comma 5, del dlgs 18/8/2000, n. 267 Ñ laddove è previsto che in caso di emergenze sanitarie a carattere esclusivamente locale le ordinanze con tingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale .

Ciò premesso, al fine di consentire uniformità di orientamento da parte delle SS.LL. sulla materia in argomento, si ritiene opportuno fornire le seguenti indicazioni procedurali:

- il sindaco emette l'ordinanza di ricovero obbligatorio per il soggetto con patologia mentale presso il più vicino presidio sanitario, rimanendo esclusivamente a carico di quest'ultimo, qualora non vi fosse disponibilità di posti, il compito di individuare un'altra struttura idonea ove indirizzare l'ammalato ;
- i vigili urbani devono accompagnare l'infermo di mente fino al luogo di cura, anche se fuori del comune, poiché intervengono nell'esercizio del potere di polizia amministrativa sanitaria, propria dell'autorità locale, e non in quello dell'attività di P.S. ;
- quanto ai mezzi con cui trasportare il malato di mente presso il presidio sanitario, di regola ed in via prioritaria, essi vanno individuati nelle autoambulanze, non escludendo, però, in considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, anche privato, in caso di necessità ed ove possibile ;
- una volta raggiunto il luogo di trasferimento, qualora il ricovero dell'infermo non fosse possibile per mancanza di posti disponibili lo stesso veicolo che ha iniziato il viaggio di trasporto proseguirà fino a raggiungere la nuova destinazione.

Si fa presente, da ultimo, che le indicazioni di cui sopra risultano compatibili con l'avviso espresso a suo tempo dal ministero della sanità (circ. n.900.3/SM-E1/896 del 21.9.1992) e con le direttive emanate dalle regioni alle strutture sanitarie locali, onde facilitare le necessarie intese fra tutte le istituzioni interessate al buon andamento dell'attività amministrativa nel suo complesso.



# Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy

Antonella Gigantesco, Rossella Miglio, Giovanni Santone, Giovanni de Girolamo, Renata Bracco, Pierluigi Morosini, Bruno Norcio, Angelo Picardi for the PROGRES group

**Objective:** To investigate the process of care in Italian public acute inpatient facilities.

**Method:** Each facility's head psychiatrist (in all Italian regions except Sicily) completed a structured interview concerning provision of treatment and facility rules.

**Results:** Twenty-three university psychiatric clinics with 399 beds (mean = 17.3 beds), 16 24 h community mental health centers with 98 beds (mean = 6.1 beds), and 262 general hospital psychiatric units with 3431 beds (mean = 13.1 beds) were surveyed. Mean length of stay was  $18.5 \pm 7.1$  days,  $37.0 \pm 55.3$  days and  $12.0 \pm 3.4$  days, respectively. Pharmacotherapy was ubiquitous. Approximately 80% of facilities held regular clinical evaluations, supportive talks, and counselling. Dynamic focused psychotherapy was available in 29% of the facilities; 24% provided cognitive behavioural therapy; 32% family therapy; and 39% structured rehabilitative intervention. Vocational training and activities targeted at helping patient integration into their local communities were uncommon. Most facilities did not allow the possession of cutting utensils (96%), personally possessed medication (96%), or lighters (72%), and most had locked doors (75%). Fewer facilities (37%) prohibited the use of mobile phones (32%) and metal knives during mealtimes (37%). Frequency of physical restraint was associated with number of internal rules. Delivery of psychotherapy was associated with nurse provision.

**Conclusions:** The process of psychiatric inpatient care in Italy shows considerable variability. Future clinical practice guidelines should address the currently limited provision of evidence-based psychosocial intervention in these facilities. Efforts should also be devoted to improving the effectiveness of the hospital–community mental health service interface.

**Key words:** acute inpatients, general hospital psychiatric unit, process of care.

**Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007; 41:509–518**

Antonella Gigantesco, Researcher (Correspondence); Pierluigi Morosini, Director; Angelo Picardi, Researcher

Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, Rome 00161, Italy.  
Email: antonella.gigantesco@iss.it

Rosella Miglio, Researcher

Department of Statistics, University of Bologna, Bologna, Italy

Giovanni Santone, Psychiatrist

United Hospitals of Ancona and Polytechnic University of Marche, Psychiatric Clinic, Ancona, Italy

Giovanni de Girolamo, Psychiatrist

Department of Mental Health, Azienda USL Bologna, Bologna, Italy

Renata Bracco, Social Worker and Director of Information Systems;  
Bruno Norcio, Psychiatrist

Department of Mental Health, Azienda USL Trieste, Trieste, Italy

Received 6 November 2006; accepted 30 January 2007.

In many countries the process of deinstitutionalization has led to the replacement of mental hospitals with community services and general hospital psychiatric units (GHPUs). Yet, acute psychiatric inpatient care still represents a core problem for policymakers, professionals, and for patients themselves, because standards frequently fail to meet their needs and expectations [1–3].

In Italy a 1978 reform law initiated the transition from psychiatric care delivered in large asylums to a community-based system of care, including outpatient services, long-term residential facilities, and GHPUs with no more than 15 beds [4]. Yet, as in other countries, the organization, functioning, and characteristics of inpatient facilities have to date received very limited focus.

In an effort to provide detailed data on acute inpatient care, a national survey called *PROGRES-Acute (PROGetto RESidenza, Residential Care Project for Acute patients)* has recently been jointly launched by the Italian National Institute of Health and by the Department of Mental Health of Trieste.

The aims of this national survey were to obtain detailed information on the physical characteristics, activities, demographic and clinical characteristics of residents, staffing arrangements, regional provision of care, discharge rates, and admission rules for all Italian public and private inpatient facilities. The present paper focuses on the process of care in public inpatient facilities.

## Methods

All 21 Italian regions were asked to participate in the study, and all complied with the exception of Sicily, for a total of 3928 beds in 301 public facilities. The surveyed regions also had 4862 beds in 54 private inpatient facilities, but private facility data were not included in the present analysis because these facilities present very different characteristics in terms of average size and patient casemix.

## Assessment

Each region appointed a coordinator, who organized and supervised data collection. Information about the number and location of public inpatient facilities was obtained from regional Health Authorities, and later from the 203 NHS Departments of Mental Health located throughout the country. The project commenced in 2001, and data were collected throughout 2002–2003.

Survey data were collected by structured interview, adapted from the Facility Form used previously for a nationwide survey of non-hospital residential facilities in Italy [5]. Pilot testing was first

conducted to test the validity and acceptability of the survey form (Facility Form). A letter describing the study (with an enclosed copy of the Facility Form) was then sent to each facility's head psychiatrist.

The Facility Form included a detailed section concerning the various types of treatment and intervention that each facility provided as well as patient management and facility rules. This section asked for information on biological treatments, psychotherapy and other forms of psychological treatment, rehabilitation, recreational activities, intervention on patient social networks, intervention aimed at involving other health services and agencies, and financial support for patients. The head psychiatrist was asked to indicate whether some form of each type of intervention had actually been provided on a regular basis for at least some of the facility's patients over the last 30 days. Rules during patient stay and limitations to their freedom were also surveyed, such as the possibility for patients to exit the facility while admitted, items banned to patients, and the presence of locked-door policy.

## Study questions

In this paper, different combinations of intervention were examined: (i) individual psychotherapy (supportive, dynamic, or cognitive behavioural treatment, CBT); (ii) group psychotherapy (dynamic or CBT); (iii) CBT (individual or group); (iv) dynamic psychotherapy (individual or group); (v) family therapy (psychoeducational intervention or structured family therapy); (vi) structured rehabilitative intervention (individual or group rehabilitation); (vii) any form of rehabilitative intervention (structured individual, group, vocational training, training courses, discussion groups, expressive activity groups, and physical exercise groups); and (viii) any type of intervention on a patient's social network (activities targeted at increasing awareness and involvement for neighbours, friends, or colleagues or at integrating patients with local clubs and associations).

Associations between these groupings as well as facility internal rules and the following variables were investigated: (i) number of beds (it was suggested that a greater number of beds would be associated with both a higher number of different facility-available programmes (due to greater clinical casemix heterogeneity) and with more rules (due to a greater need to maintain more effective control over a greater number of inpatients); (ii) length of stay (predicted to be associated with the delivery of a greater number of programmes and with more rules); (iii) mean working hours per week for psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, rehabilitation therapists, and social workers per bed (presumed to be associated with more specific professional programmes and with fewer rules); and (iv) episodes of physical restraint over the last month per bed (chosen as a proxy of ward climate and hypothesized to be negatively associated with the number and variety of psychosocial programmes, and positively associated with more rules).

Finally, it was examined, using a multidimensional approach, whether relevant aspects of the therapeutic process (i.e. presence of any psychotherapeutic or of any rehabilitative intervention) or important ward rules (i.e. locked doors) were related to ward structure (i.e. number of beds and staff provision), patient outcome (i.e. length of stay), and ward social climate (i.e. episodes of

physical restraints). Understanding these relationships was considered helpful to clarify processes of care underlying the adoption of specific therapeutic styles (and procedures), as well as to implement interventions more strictly targeted to patient needs.

### Statistical analysis

The main analysis focused on descriptive statistics and was conducted separately in function of type of facility (GHPUs; university psychiatric clinics [UPCs], and 24 h community mental health centers [CMHCs]). Given that the sample presented fewer UPCs and CMHCs, data for the three facility types were grouped for some of the analyses.

Associations were tested with Mann–Whitney U-test because of skewed distributions of several of the studied variables. Differences in the proportions of internal rules adopted in the different settings were examined using  $\chi^2$  tests.

To investigate the relationships between aspects of the therapeutic process or ward rules and ward structure, outcomes and ward social climate, multiple logistic regression models were constructed. For this purpose, number of beds, length of stay, staff provision and episodes of physical restraints were entered as independent variables, whereas the presence of any type of psychotherapy, any form of rehabilitative intervention, or locked-door policy were entered as dependent variables. With regard to the latter variable, 24 h CMHCs were excluded from the analyses because none of these facilities had locked doors. The independent continuous variable was divided into either three or two groups, based on percentile values, and a backward selection procedure was adopted. The results have been reported as odds ratio (OR) and related confidence interval (CI). All analyses were done with SPSS software, version 12 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

## Results

A total of 262 GHPUs were surveyed, with a total of 3431 beds and a mean of 13.1 beds each. Twenty-three UPCs, operating with 399 beds and a mean of 17.3 beds each, were also surveyed. There were also 16 24 h CMHCs, located in the Friuli-Venezia Giulia Region ( $n = 10$ ) and in Campania ( $n = 6$ ), with 98 beds and a mean of 6.1 beds each. Nearly all public inpatient facilities participated in the survey. There were only four refusals: three GHPUs and one UPC (all located in the Lombardy Region).

All but two GHPUs and only a few UPCs and 24 h CMHCs were legally able to admit compulsory inpatients. Average length of stay was  $12.0 \pm 3.4$  days for GHPUs,  $18.5 \pm 7.1$  days for UPCs, and  $37.0 \pm 55.3$  days for 24 h CMHCs.

### Biological treatment

Pharmacotherapy was provided by all facilities. Electroconvulsive therapy and light therapy were very rarely delivered. Only one UPC reported using transcranial magnetic stimulation (Table 1).

### Psychotherapy

Individual supportive psychotherapy was reported by approximately 70% of inpatient facilities. Family psychoeducation was provided by only one out of four facilities. Group or individual dynamic psychotherapy, individual CBT, and structured family psychotherapy were provided by approximately one out of six facilities. Provision of group CBT was rare (approximately one out of 10 facilities).

Overall, individual psychotherapy (either supportive, dynamic, or CBT) was delivered by fewer than three out of four facilities. It was used more frequently, however, than group psychotherapy (dynamic or CBT), which only one out of four facilities provided.

Individual- or group-based dynamic or CBT psychotherapies had a similar distribution (approx. one out of four facilities). Family-based intervention, including psychoeducation and structured family therapy, were not widely available (approx. one in three facilities). More than 20% of the facilities surveyed provided no individual-, group-, or family psychotherapy.

### Rehabilitation and other supportive activities

Discussion groups were held in one out of three facilities. Structured rehabilitative intervention, in individual or group format, and expressive activity groups were conducted in one-quarter of inpatient facilities. Vocational training programmes were less common, and physical exercise groups were rarely available (approx. one out of 10 facilities). Approximately half of the facilities provided no form of rehabilitative intervention.

Most facilities (83%) reported performing regular clinical inpatient evaluations and at least 30 min-long supportive psychotherapy sessions on a regular basis. Counselling aimed at providing patients with information on their disorders and available treatment were implemented on a large scale (80%).

### Recreational and social network activities

Structured recreational activities, such as playing chess or cards, were conducted in fewer than half of the facilities, although the remaining facilities offered less structured recreational activities.

Two out of five facilities conducted activities targeted at fostering the involvement of patients' neighbours, friends, and colleagues, and one out of three provided activities aimed at integrating patients with local clubs or associations. Only a limited number of facilities (22%) promoted patient self-help groups.

Approximately half of the facility managers stated they were committed to involving other health and social services in patient treatment. Financial support for patients delivered during inpatient stay was infrequent (17%).

### Rules regulating facility and patient management

In general, GHPUs adopted more rules, and CMHCs showed the least restrictive environment (Table 2). Rules most frequently concerned a ban on metal knives during mealtimes ( $\chi^2 = 7.24$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.03$ ), on cutting objects ( $\chi^2 = 110.80$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.000$ ),

Table 1. Treatments and interventions provided by public acute inpatient facilities

	GHPUs (n=262) n (%)	UPCs (n=23) n (%)	CMHCs (n=16) n (%)	All sample (n=301) n (%)
<b>Biological treatment</b>				
Pharmacotherapy	262 (100.0)	23 (100.0)	16 (100.0)	301 (100.0)
Electroconvulsive therapy	5 (1.9)	1 (4.3)	0 (0.0)	6 (2.0)
Light therapy	7 (2.7)	1 (4.3)	0 (0.0)	8 (2.7)
Transcranial magnetic stimulation	0 (0.0)	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.3)
<b>Psychological therapies, rehabilitative interventions, and recreational activities</b>				
Individual supportive psychotherapy	176 (67.2)	15 (65.2)	16 (100.0)	207 (68.8)
Individual dynamic psychotherapy	49 (18.7)	4 (17.4)	4 (25.0)	57 (18.9)
Group dynamic psychotherapy	47 (17.9)	6 (26.1)	3 (18.8)	56 (18.6)
Cognitive behavioural therapy, individual based	43 (16.4)	7 (30.4)	4 (25.0)	54 (17.9)
Cognitive behavioural therapy, group based	26 (9.9)	3 (13.0)	3 (18.8)	32 (10.6)
Family psychoeducation	59 (22.5)	6 (26.1)	8 (50.0)	73 (24.2)
Structured family psychotherapy	36 (13.7)	4 (17.4)	9 (56.3)	49 (16.3)
Individual rehabilitative intervention/social skills training	60 (22.9)	5 (21.7)	16 (100.0)	81 (26.9)
Group rehabilitative intervention	61 (23.3)	8 (34.8)	14 (87.5)	83 (27.6)
Vocational training	38 (14.5)	1 (4.3)	13 (81.3)	52 (17.3)
Training course	22 (8.4)	0 (0.0)	11 (68.8)	33 (11.0)
Discussion group	77 (29.4)	2 (8.7)	16 (100.0)	95 (31.6)
Expressive activities group (painting, newspaper reading etc.)	58 (22.1)	3 (13.0)	14 (87.5)	75 (24.9)
Physical exercise group	25 (9.5)	0 (0.0)	11 (68.8)	36 (12.0)
Structured recreational activities	127 (48.5)	7 (30.4)	13 (81.3)	147 (48.8)
<b>Information and support</b>				
Family counselling	215 (82.1)	15 (65.2)	16 (100.0)	246 (81.7)
Patient clinical evaluation and supportive talk (at least 30 min.)	216 (82.4)	19 (82.6)	16 (100.0)	251 (83.4)
<b>Social network activities</b>				
Involvement of patients' neighbours, friends and colleagues	105 (40.1)	6 (26.1)	12 (75.0)	123 (40.9)
Local clubs or association involvement	86 (32.8)	4 (17.4)	14 (87.5)	104 (34.5)
Self-help groups involvement	51 (19.5)	5 (21.7)	9 (56.3)	65 (21.6)
<b>Health and social services interventions</b>				
Other health and social services involvement	144 (55.0)	10 (43.5)	15 (93.8)	169 (56.1)
Financial support	37 (14.1)	1 (4.3)	13 (81.3)	51 (16.9)
Other	15 (5.7)	0 (0.0)	3 (18.8)	18 (6.0)

CMHC, community mental health centers; GHPU, general hospital psychiatric units; UPC, university psychiatric clinics.

and on the personal possession of medication ( $\chi^2=11.11$ ,  $df=2$ ,  $p=0.004$ ). Policy regulating patient exit from facilities was strikingly more restrictive for GHPUs than it was for UPCs and CMHCs. Last, entrance doors were locked in most GHPUs, in many UPCs, but not in CMHCs ( $\chi^2=52.19$ ,  $df=2$ ,  $p=0.000$ ).

#### Variables associated with specific types of treatment or intervention

Presence of rules was mostly associated with a higher number of beds and shorter length of stay. A lower provision of psychiatrists

and nurses' hours was associated with a locked-door policy. A lower number of episodes of physical restraint was associated with the provision of individual psychotherapy or CBT. A higher number of rules was associated with more episodes of restraint. Higher presences of various staff members, was associated with a greater availability of different types of therapy or intervention (this effect was more evident for psychologists), whereas presence and number of rules was generally associated with fewer staff working hours (mostly for psychiatrists and nurses; Table 3).

A higher probability of delivering psychotherapy was associated with more numerous nurse provision, whereas rehabilitative programmes were more frequently available in facilities with both

*Table 2. Rules adopted by public acute inpatient facilities*

Rule	GHPUs (n=262) N (%)	UPCs (n=23) N (%)	CMHCs (n=16) N (%)	All sample (n=301) N (%)
Locked door (at least in one area)	210 (80.2)	16 (69.6)	0	226 (75.1)
Use of metal knives during meals is unauthorized	102 (38.9)	10 (43.5)	1 (6.3)	113 (37.5)
Possession of cutting objects (e.g. knives, razors, scissors) is unauthorized	259 (98.9)	22 (95.7)	7 (43.8)	288 (95.7)
Possession of lighters is unauthorized	204 (77.9)	11 (47.8)		216 (71.8)
Possession of medication is unauthorized	255 (97.3)	22 (95.7)	1 (6.3)	290 (96.3)
Patients are not allowed to manage their money	52 (19.8)	2 (8.7)	13 (81.3)	54 (17.9)
Possession of cellular phones is unauthorized	90 (34.4)	6 (26.1)	0	96 (31.9)
Patients are not allowed to leave facility alone	36 (13.7)	1 (4.3)	0	37 (12.3)
Patients are not allowed to leave facility accompanied by relatives or friends	11 (4.2)	0	0	11 (3.7)
Patients are not allowed to leave facility accompanied by staff	5 (1.9)	0	0	5 (1.7)
Patients are not allowed to leave facility to visit other facilities	62 (23.7)	6 (21.6)	0	68 (22.6)

CMHC, community mental health centers; GHPU, general hospital psychiatric units; UPC, university psychiatric clinics.

a longer length of stay and more psychologists (Table 4). The presence of locked doors was associated with more frequent episodes of physical restraint.

## Discussion

The present study represents the first nationwide survey of acute inpatient facilities conducted in Italy. Previous studies did not go beyond the regional or local level nor had they provided substantial information on inpatient facilities and the process of care [6].

### Primacy of pharmacotherapy versus integrated treatment

As expected, pharmacotherapy was the most commonly reported intervention. Surprisingly, more than 13% of facilities reported that they delivered no additional psychotherapeutic or rehabilitative intervention of any type.

Many official governmental reports have underscored the need for the provision of a wide range of psychosocial programmes in the acute management of psychiatric inpatients [1,7]. Yet many forms of psychosocial intervention (e.g. cognitive behavioural and dynamic focused psychotherapies, patient or family psychoeducation, some rehabilitative intervention) were available for only some patients in merely one-quarter of Italian facilities. The observed association between psychoeducation and the availability

of psychologists and rehabilitation therapists suggests that a more widespread implementation of these types of intervention can be achieved by increasing the availability of these professionals in psychiatric facilities.

Similarly, few head psychiatrists reported CBT being used on a regular basis. Yet a growing literature suggests that CBT can be used during inpatient care [8,9], and there is evidence that it can reduce both negative and positive symptoms, accelerate recovery, and decrease time to discharge [10].

Overall, our findings suggest that acute facilities are dominated by a strictly medical approach. Yet the centrality of pharmacological therapy in acute inpatient facilities is often at odds with patient expectations. Other studies, conducted in Germany [11] and in the UK [12], found that patients welcomed more interpersonal contact with staff and were dissatisfied with the limited amount of time they had available to talk with doctors.

The central role assigned to pharmacological interventions may also affect staff morale and increase rates of turnover and sick leave. Ward psychiatric nurses report being particularly dissatisfied with the difficulty in forming therapeutic relationships, which is at least in part due to the environment organization: much of their time is spent on administrative or executive tasks (e.g. phone calls, paperwork, dealing with unexpected incidents etc.) and in the nursing station, rather than in face-to-face contact with patients [13].

Table 3. Association between specific treatments/interventions and rules, and selected variables

	No. beds	Length of stay	Psychiatrists	Psychologists	Nurses	Rehabilitation therapists	Social workers	Episodes of physical restraints
Treatments or interventions <sup>†</sup>								
Individual psychotherapy			<0.05 (14 vs 11)	<0.05 (2.0 vs 0.9)				<0.05 (1.4 vs 2.4)
Group psychotherapy				<0.001 (2.8 vs 1.3)				
CBT				<0.001 (3.1 vs 1.2)				<0.05 (1.2 vs 2.0)
Family therapy or structured psychoeducational interventions				<0.05 (2.4 vs 1.3)		<0.001 (0.7 vs 0.2)		
Structured rehabilitative interventions				<0.001 (2.4 vs 1.2)		<0.01 (0.8 vs 0.0)		
Any rehabilitative intervention				.05 2.1 vs 1.1		<0.01 (0.6–0.0)		
Any intervention on patients' social network						<0.01 (0.7 vs 0.0)	<0.001 (1.7 vs 0.5)	
Rules <sup>‡</sup>								
Locked door (at least in one area)	<0.001 (13.8 vs 0.8)		<0.01 (12.3 vs 17.7)		<0.001 (43.8 vs 87.2)			<0.001 (29.2 vs 4.3)
Use of metal knives during meals is unauthorized		<0.01 (11.8 vs 14.2)			<0.01 (51.4 vs 49.0)			
Possession of cutting objects (e.g. knives, razors, scissors) is unauthorized	<0.001 (13.3 vs 6.7)		<0.05 (13.2 vs 22.0)		<0.01 (47.7 vs 99.5)			<0.001 (23.9 vs 0.2)
Possession of lighters is unauthorized		<0.05 (12.3 vs 16.0)	<0.05 (13.3 vs 23.4)					<0.01 (24.2 vs 12.3)
Possession of medication is unauthorized			<0.01 (13.4 vs 23.4)				<0.05 (1.1 vs 3.2)	
Possession of cellular phones is unauthorized	<0.05 (13.8 vs 12.7)	<0.05 (13.1 vs 13.3)	<0.001 (10.3 vs 15.3)	<0.01 (0.8 vs 2.0)	<0.05 (42.3 vs 53.3)		<0.05 (0.5 vs 1.5)	
Patients are not allowed to leave facility to visit other facilities		<0.01 (11.4 vs 13.8)						<0.05 (25.2 vs 22.1)

CBT, cognitive behavioural treatment.

Table shows statistically significant associations. Mean values for variables in column for facilities subgroups with presence or absence of treatment/intervention or rule, respectively, are reported in parentheses. The subgroups for which presence of treatment/intervention or rule show higher values with respect to the comparison variables are reported in bold italics.

<sup>†</sup>No significant association was found for dynamic psychotherapy.

<sup>‡</sup>No association was found for (i) patients not allowed to manage their money; (ii) patients not allowed to leave facility accompanied by relatives or friends; and (iv) patients not allowed to leave facility accompanied by staff.

*Table 4. Variables associated with treatment and interventions: multiple logistic regression models*

Dependent variable	Independent variable		OR	95%CI
Any psychotherapy	Nurses provision (hours week <sup>-1</sup> bed <sup>-1</sup> )	<35	1.0	
		35–49	1.6	0.9–3.0
		>49	4.5***	1.9–10.5
Any rehabilitative intervention	Length of stay (days)	<10	1.0	
		10–15	1.4	0.8–2.6
		>15	2.1*	1.1–4.3
	Psychologists provision (hours week <sup>-1</sup> bed <sup>-1</sup> )	0	1.0	
		>2	2.8***	1.5–5.0
Door not closed (in any area)	Episodes of physical restraint	0	1.0	
		0–1	0.2**	0.1–0.6
		>1	0.04**	0.01–0.3

CI, confidence interval; OR, odds ratio.  
\*p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001.

#### Experience of acute psychiatric admission and the process of care

Admission to an acute psychiatric inpatient facility is often a distressing experience, and all too frequently the first days of stay are particularly confusing and boring for patients and their families, who do not yet understand how the unit operates [14]. Although provision of counselling can represent a useful form of intervention for helping patients and their relatives cope with this event, this type of intervention was not provided in approximately 20% of the facilities surveyed. This finding is in contrast with the observation that lack of information is significantly related to inpatients' and relatives' dissatisfaction with GHPU care [15].

Regular clinical evaluation and supportive sessions represent the core of inpatient care, and also allow for the regular monitoring of patient clinical condition. Nonetheless, regular clinical evaluation and at least 30 min-long supportive sessions were not conducted in approximately 20% of the facilities: a finding that raises concern.

Rehabilitative intervention was available in only half of the facilities. It may be argued that structured rehabilitation should ideally be provided after discharge into community services, but even socializing activities that are easy to conduct, such as physical exercise groups, discussion groups, or expressive activity groups, are not in widespread use, another finding that raises concern. Poor amenities and the lack of structured occupational

or recreational activities can lead to risk situations because most aggressive acts occur when no activities are taking place. In the present study inpatients in approximately half of the acute units were uninvolved in any structured social or recreational activities. This finding is consistent with a recent UK national survey reporting that 40% of inpatients were involved in no form of social or recreational activity [1].

Evidence-based activities such as vocational and social skills training, and programmes to teach or enhance skills in coping with stress and anger were also rarely provided, although their inclusion in individual patient care plans is recommended [14].

#### Potentially contributing factors for the primacy of pharmacotherapy in acute inpatient facilities

Various factors most likely contribute to the primacy placed on pharmacotherapy in psychiatric inpatient settings, for example (i) the fact that, upon admission, most patients are suffering from acute psychotic disorders – a phenomenon placing clinicians under pressure to achieve rapid treatment effectiveness; (ii) lack of (or reduced) professional input from clinical psychologists, occupational therapists, and social workers; (iii) a general lack of professional training in various types of psychosocial intervention; and (iv) the commonly held belief that psychosocial interventions should be conducted mainly by community-based services.

With regard to the first point, medication can be more effective when administered in conjunction with

appropriate psychosocial intervention [10]. Second, the present study found that the provision of rehabilitative intervention was associated with greater professional input from psychologists and rehabilitation therapists; this result suggests that the limited provision of psychosocial intervention may also be related to poor availability of these specific professional figures in acute inpatient facilities.

An unexpected result was the association observed between higher nurse provision and delivery of psychotherapy. A higher nurse provision most probably represents a proxy for better quality of care, including the provision of a wider range of programmes.

The problem of insufficient staff training in various forms of psychosocial intervention, including CBT techniques, has also been observed abroad [16]; the latter have been suggested as the standard for training staff working in inpatient units [16].

As to the fourth point, it is questionable that community-based services can offer a comprehensive range of psychosocial interventions. At the same time, however, these types of intervention are widely unavailable in GHPUs, where people are most ill, vulnerable, and in need of help: service users in acute care should have priority access to various types of programmes [6]. Moreover, the event of inpatient admission provides an ideal opportunity to embark upon compliance therapy [17] and to foster the necessary therapeutic alliance with the service that will eventually be responsible for aftercare. Interestingly, we found that more than 40% of admitted patients were at their first-ever contact with the inpatient facility, and it is likely that most of them were in the early phases of their disorder – a critical period for establishing an effective therapeutic alliance. Providing these patients with medication only may lead to a higher risk of drop-out from post-discharge care, because patients are unlikely to continue treatment if they are dissatisfied with their inpatient stay.

#### **Integrating patients into their social networks, and patient care service integration**

Many studies have shown the importance of promoting patient integration into the local community [18]. The present study found that only a few acute units in Italy have specific programmes with this aim.

Overall, only half of the acute units reported working actively to involve other health and social services in patient care. Practical matters, such as

links with welfare, housing, and employment agencies were little dealt with during inpatient stay. Some reports suggest that the lack of suitable post-discharge accommodation contributes to the pressure on acute psychiatric beds [1]. One exception is represented by 24 h CMHCs, where the admission process is more flexible and less stigmatizing and where an essential treatment component is the link with communities services. The GHPUs that are able to refer patients to 24 h CMHCs may therefore involve a shorter duration of stay and not hinder social integration thereby.

#### **Rules during patient stay**

Whereas GHPUs and, to a lesser extent UPCs, seemed more concerned about the risk of patients absconding, 24 h CMHCs appeared to be more integrated in their social contexts by allowing more free exits. These differences in exit policy can be explained by several factors: one is the different case-mix, in that GHPUs, but not UPCs, admit compulsory patients, who may require closer observation and more stringent safety procedures, given the higher risk of absconding and violent behaviour involved [19]. Twenty-four hour CMHCs also admit compulsory patients, but the different rule policy may also represent the effect of less restrictive staff attitudes and more flexible attitudes toward patient treatment [Norico B: unpublished data].

A recent literature review has shown that patient dangerousness still represents one of the most frequent reasons for acute psychiatric admission [20]. Therefore, keeping patients safe is a major task for inpatient facilities. Policies such as locked doors and banning dangerous objects are generally aimed not only at protecting staff and other patients, but also the patients themselves from self-harm [21]. It is important to note, however, that safety cannot be assured exclusively through measures aimed at controlling patient behaviour [20].

We found that specific rules are more common in larger facilities. These facilities host a number of patients exceeding 15, indicated as the optimal number of beds in psychiatric acute inpatients units [6], and may face a higher risk of having to deal with undesirable behaviours.

Some associations emerged for presence of some specific rules and episodes of physical restraint, a finding perhaps indicating that facilities adopting more rules use restraint more frequently. We did not find an association between locked doors and staff provision, which suggests that providing more



staff hours per se does not reduce the need for coercive measures; for example, when there are no specific, appropriate policies in place, such as the availability of specific programmes aimed at training staff to deal with violent behaviours.

### Limitations

The present study has several limitations. First, information about treatment and intervention were provided by facility head psychiatrists, and it was not possible to verify the accuracy of these replies. The reports were taken at face value, but it was not verified whether all interviewees' responses reflected the actual facility situations. We also did not assess the appropriateness of the types of intervention that were reported, nor we were able to ascertain how frequently they were used, nor how many patients were involved. A second phase of the present project, in which researchers assessed a random sample of facilities and individually evaluated a representative sample of inpatients, has been recently completed. This second-phase study will soon make available more thorough information about all of these issues. Another limitation lies in the cross-sectional design of the survey, which does not allow for the drawing of causal inferences.

Given that the reliance on manager reports has most probably led to an overestimation of intervention provision, it should be stressed that the current degree of provision of specific forms of evidence-based psychosocial intervention, which are particularly crucial to inpatient care, is limited.

We could not ascertain whether rules were rigidly imposed on all patients, or whether they were used flexibly, based on patient needs and clinical status. More importantly, no outcome data were available to clarify whether there might be an association between rules and recurrence of incidents or negative patient outcomes in the facilities surveyed.

### Conclusions

With these limitations in mind, the present study suggests that the provision of psychosocial interventions in Italian public inpatient psychiatric units is limited, and that many of these facilities are poorly linked to community-based services. Specifically designed studies should be performed to provide compelling evidence that outcomes are better in services providing psychotherapy and

rehabilitation in addition to pharmacological treatment in the context of integrated community care. Moreover, a large survey of professional and patient opinion may help elucidate both patient needs and the difficulties that professionals face in trying to meet their demands. Such additional work may help identify and introduce the changes in the public health-care system necessary to improve clinical care.

Indeed, acute psychiatry has the complex task of managing patients at the most critical stages of their lives. It is probably time to review acute hospital services with the same determination with which community services were once promoted. Action is needed to introduce treatment procedures of proven effectiveness. All efforts should be made to develop training programmes, working practices, and an effective interface between hospitals and community mental health teams, in order to ensure the continuity of care for patients across services.

### Acknowledgements

The study was supported by a grant from the Ministry of Health. Dr Giorgio Bignami provided continuous support throughout the entire National Mental Health Project, during which this study was conceived; Ms. Elena Cuomo has provided valuable bibliographic help throughout project. The PROGRES-Acute was coordinated by the Italian National Institute of Health and the Department of Mental Health of Trieste and includes: National and Regional Coordinators, and scientific consultants: F. Amaddeo, A. Barbato, G. Borgherini, G. Borsetti, R. Bracco, R. Canosa, M. Casacchia, I. Casula, P. Ciliberti, A. Colotto, A. D'Aloise, G. de Girolamo, G. Dell'Acqua, M. De Palma, W. Di Munzio, A. Gaddini, G. Grassi, N. Longhin, M. Miceli, R. Miglio, P. Morosini, M. Nicotera, M. Percudani, B. Norcio, A. Picardi, R. Potzolu, E. Rossi, P. Rucci, G. Santone, S. Schiaffino, F. Scotti, R. Tomasi, G. Turrini, E. Zanalda. Researchers: G. Agostani, F. Basile, F. Basilico, N. Battino, L. Bavero, G. Bazzacco, L. Biscaglia, R. Borio, S. Buttacavoli, B. Caporali, F. Cappelletti, L. Caserta, L. Cifarelli, P. Congia, M. Dazzi, L. Elia, E. Fantini, A. Galli, R. Gangi, A. Ghidoni, P. Ghirardo, L. Giordano, S. Goldoni, S. Marchigiani, G. Morelli, M. Nassisi, E. Paltrinieri, K. Pesaresi, A. Pettolino, L. Pinciaroli, G. Pitzalis, M. Severini, C. Sighinolfi, G. Spinetti, A. Trequatrini, U. Unterfrauner, K. Wolf, L. Zecca.

## References

1. Sainsbury Centre for Mental Health. *Acute problems. A survey of the quality of care in acute psychiatric wards*. London: Sainsbury Centre for Mental Health Publishing, 1998.
2. Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Soc Sci Med* 2001; 53:1565–1574.
3. Muijen M. Acute hospital care: ineffective, inefficient and poorly organised [editorial]. *Psychiatr Bull* 1999; 23:257–259.
4. de Girolamo G, Cozza M. The Italian Psychiatric Reform. A 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23:197–214.
5. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R *et al*. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002; 181:220–225.
6. de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:83–91.
7. Department of Health. *Mental health policy implementation guide. National minimum standards for general adult services in psychiatric intensive care units (PICU) and low secure environments*. London: Department of Health Publications, 2002.
8. Gledhill A, Lobban F, Sellwood W. Group CBT for people with schizophrenia: a preliminary evaluation. *Behav Cogn Psychother* 1998; 26:63–75.
9. Drury V. Cognitive behaviour therapy in early psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early interventions in psychosis: a practical handbook*, Chichester: John Wiley and Sons, 1999:185–212.
10. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996; 169:593–601.
11. Fleischmann H. What do psychiatric patients expect of inpatient psychiatric hospital treatment? *Psychiatr Prax* 2003; 30:S136–S139.
12. Rose D. *Users' voices: the perspectives of mental health services users on community and hospital care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2001.
13. Higgins R, Hurst K, Wistow G. *Psychiatric nursing revisited: the care provided for acute psychiatric patients*. London: Whurr, 1999.
14. Department of Health. *Mental health policy implementation guide. Adult acute inpatient care provision*. London: Department of Health Publications, 2002.
15. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur Psychiatry* 2002; 17:139–147.
16. Sainsbury Centre for Mental Health. *The search for acute solutions. A project to improve and evaluate acute mental health inpatient care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health Publishing, 2002.
17. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312:345–349.
18. Aubry TD, Tefft B, Currie RF. Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Ment Health J* 1995; 31:39–52.
19. Pereira SM, Sarsam M, Bhui K, Paton C. The London Survey of Psychiatric Intensive Care Units: psychiatric intensive care; patients characteristics and pathways for admission and discharge. *J Psychiatr Intensive Care* 2005; 1:17–24.
20. Bowers L. Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12:231–236.
21. Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimaki C, Tuori T, Lehtinen V. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000; 15:213–219.



## **Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio**

### **1 - PREMESSA**

L'articolo 32<sup>1</sup> della Costituzione Italiana, ripreso dall'art. 1 della Legge istitutiva del Servizio Nazionale (Legge 13.12.1978 n. 833) sottolinea come ogni cittadino abbia il diritto alla tutela della salute fisica e psichica e che tale tutela deve essere attuata rispettando la dignità e la libertà della persona.

In una ampia accezione, quindi, ogni trattamento sanitario tendente a perseguire il benessere fisico e psichico di un cittadino deve essere libero e voluto essendo "la libertà individuale inviolabile" (articolo 13<sup>2</sup> della Costituzione della Repubblica).

Tuttavia esistono precise situazioni in cui è possibile derogare a questo principio e quindi attuare obbligatoriamente un trattamento nei confronti di un cittadino. Si tratta di condizioni specificatamente indicate da alcuni dispositivi legislativi, che legittimano il superamento dell'obbligo del consenso cosciente ed informato del paziente, la cui salute, in tali casi, deve essere tutelata in quanto bene ed interesse della collettività, oltre che del soggetto stesso.

I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori, rappresentano, quindi, atti di carattere eccezionale rispetto alla generalità dei trattamenti sanitari necessariamente volontari.

In generale si deve intendere per trattamenti sanitari tutti quegli atti che l'esercente una professione sanitaria compie su una persona allo scopo di tutelare la salute, mentre per accertamenti sanitari si intendono quelle attività a carattere diagnostico costituenti momento preliminare-conoscitivo finalizzato a formulare la diagnosi e/o ad individuare la più idonea terapia.

Fra i casi espressamente previsti dalle leggi dello Stato, l'ipotesi più rilevante riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale.

L'emanazione della legge 833/78 ha confermato la collocazione della Psichiatria nel Servizio Sanitario Nazionale, indicata concettualmente nella legge 180/78, restituendole una piena dignità di branca medica, con compiti eminentemente terapeutici e segnando una netta discontinuità con un passato nel quale il ricovero delle persone con disturbi mentali era motivato più con considerazioni di ordine pubblico che con esigenze di intervento di cura.

<sup>1</sup> Articolo 32 - "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

<sup>2</sup> Articolo 13 - "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge."

La legge 180/78 aveva già dettato le norme e le procedure per l'effettuazione dei T.S.O. nel pieno rispetto della dignità e della libertà della "persona", sancendo la titolarità dei diritti anche nei casi di gravi disturbi mentali.

In questo senso la Legge 180/78 prima e il primo comma dell'Art 33 della Legge 833/78 poi, affermano che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono *di norma volontari*", affermando il duplice diritto alla difesa della salute e alla libertà individuale in merito, anche nel caso di malattia mentale. Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano, attraverso specifiche procedure.

Circa la applicazione pratica di tali procedure è emersa una difformità di applicazione sul territorio nazionale, con differenze tra una regione e l'altra e, spesso, nella stessa regione tra il territorio di una ASL e l'altra.

I diversi luoghi hanno così condizionato le garanzie effettive nei diritti fondamentali e nelle opportunità di cura, e prodotto incertezza negli operatori chiamati a eseguire le ordinanze di intervento sanitario obbligatorio, ed insicurezza nei pazienti e nei familiari, circa la credibilità del sistema degli interventi.

La legge assicura garanzie alla persona sottoposta agli interventi sanitari obbligatori, facendo corrispondere alle crescenti limitazioni della libertà personale livelli crescenti di garanzia.

Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo. Il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi sono gli elementi valutati per primi. Nel momento stesso in cui la legge impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti di cui deve poter usufruire nonostante il suo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al Tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi).

Un esempio della gradualità delle garanzie è il fatto che alla garanzia amministrativa, rappresentata dall'intervento dell'autorità sanitaria per l'ASO, nella forma dell'ordinanza del sindaco, si aggiunge la garanzia giurisdizionale (conferma da parte del Giudice tutelare) per il TSO in degenza ospedaliera.

Le garanzie giurisdizionali e amministrative sono destinate a porre limiti all'autonomia decisionale del medico cui viene riconosciuto il grandissimo potere di avviare il procedimento di limitazione della libertà personale.

La procedura di ASO in cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le condizioni in cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la necessità di un TSO, oppure riconoscere che non esistono i presupposti previsti dalla legge per richiedere questo intervento. Inoltre esiste una garanzia legata al fatto che l'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate. L'ASO può avvenire al domicilio del paziente, un servizio territoriale, il Pronto Soccorso di un ospedale o eventualmente anche l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

## 2 - PRESUPPOSTI TEORICI

### 2.1 Obbligatorietà del trattamento sanitario in Psichiatria

Il legislatore costituzionale (art. 32) nell'affermare che la tutela della salute è diritto dell'individuo, riconosce altresì l'interesse della collettività alla stessa ed ispirandosi a tale principio introduce la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori.

Il TSO non può perciò essere imposto al singolo nel suo esclusivo interesse, ma solo quando ricorre, oltre all'interesse del singolo, un riconosciuto interesse della collettività che verrebbe compromesso dal rifiuto a curarsi; mentre per talune patologie, come ad esempio le malattie infettive, appare chiaro il fondamento che sta alla base della obbligatorietà della cura, ovvero il rispetto del duplice interesse - benessere soggettivo e collettivo - in psichiatria l'obbligatorietà è da ricercarsi non nell'esigenza di difesa sociale nei confronti del "folle pericoloso", ma nell'interesse precipuo della collettività a recuperare, tramite un intervento sanitario, un proprio consociato affetto da grave patologia psichica, ed incapace, in virtù di tale patologia, di autodeterminarsi liberamente.

Lo psichiatra cioè sostituisce la volontà del singolo, limitato dalla patologia a valutare la malattia stessa le sue conseguenze, con la volontà della comunità di implementare la salute collettiva tramite il ristabilimento di un suo componente ammalato.

### 2.2 Pericolosità e malattia

La dizione "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*" contenuta nell'art. 34 della Legge 833/78, "*accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*", è centrata sul concetto di malattia e sofferenza, e non su quello di "pericolosità", che non può essere meramente assunto quale ispiratore di un provvedimento terapeutico, ancorché obbligatorio.

La malattia mentale non presuppone la pericolosità, così come la pericolosità non presuppone affatto l'esistenza di alterazioni psichiche.

Con la Legge 180/78, scompare ogni riferimento al concetto di pericolosità per sé o per gli altri del paziente, indicando l'intervento come sanitario e quindi diretto esclusivamente alla cura della patologia e al superamento del consenso, senza alcuna valenza di ordine pubblico.

Laddove emergano comportamenti dissociati e rischi di pericolosità al di fuori di una specifica patologia psichiatrica la gestione di tali aspetti esula dalla competenza psichiatrica, e vanno indicati come referenti gli organi preposti istituzionalmente alla tutela della sicurezza sociale.

D'altra parte, nella valutazione clinica ogni comportamento, e quindi anche la presenza di comportamenti dissociati, va considerato dal medico, nell'ipotesi che sia una possibile espressione sintomatologica di malattia. In tali casi può quindi configurarsi anche dal punto di vista sanitario uno stato di necessità e urgenza. In questo senso il sanitario mantiene una specifica responsabilità in riferimento alla cura della patologia e in generale alla tutela della salute del soggetto.

### 3 - INTERVENTI SANITARI OBBLIGATORI

#### 3.1 Le condizioni

Le condizioni che motivano l'effettuazione di un TSO in regime di degenza ospedaliera sono contenute nell'art. 34 della L.833/78 che prevede il contestuale verificarsi di:

1. alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici: il che comporta una adeguata valutazione esclusivamente affidata alla responsabilità professionale del medico. Deve ricordarsi che l'art. 34 riguarda espressamente solo i casi di malattia mentale, sicché non è la presenza di alterazioni psichiche che di per sé giustifica il ricorso al TSO, ma il loro specifico riferimento a una malattia mentale.
2. che tali interventi non vengano accettati dal malato. La Legge fa riferimento ad un malato che è sempre in grado di esprimere dissenso o consenso, seppure non valido poiché inficiato dalla patologia, e pone in capo ai sanitari ogni ulteriore iniziativa volta ad assicurarlo in ogni momento del provvedimento. Il medico deve pertanto ricercare, anche fornendo tutte le informazioni necessarie, il consenso del paziente illustrando tutti gli elementi la cui mancata conoscenza potrebbe far propendere il paziente per un rifiuto. Il consenso si deve tuttavia basare sulla condivisione di un programma e non può trattarsi ovviamente di un atto formale che ha il solo scopo di impedire un provvedimento..
3. che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

E' altresì necessario che i comportamenti del soggetto siano tali da non costituire immediato pericolo per l'incolumità propria od altrui, poiché in caso contrario, sussistendo lo stato di necessità di reprimere i comportamenti auto- o eterolesivi, si dovrà intervenire immediatamente, senza attendere l'attuazione del TSO..

Per attuare un TSO in regime di degenza ospedaliera sono necessari:

- 1) *la proposta motivata da parte di un qualunque medico,*
- 2) *la convalida della stessa proposta da parte di un secondo medico che abbia un rapporto di dipendenza o di convenzione con il servizio sanitario nazionale,*
- 3) *infine l'emissione dell'ordinanza da parte del sindaco del Comune in cui viene effettuato il TSO. Solo successivamente all'ordinanza il TSO può essere eseguito.*

Il provvedimento va espletato anche quando il paziente:

- sia residente nel territorio di un'altra ULSS,
- sia senza fissa dimora,
- sia ospite della casa circondariale,
- sia cittadino straniero, con domicilio o meno, in regola o meno con permesso di soggiorno.

Nel redigere la certificazione per il TSO il medico descriverà i dati clinici concernenti il paziente certificando solo le notizie acquisite in modo diretto e personale, avendo cura di documentare dal punto di vista diagnostico l'esistenza di una malattia mentale e ciò che giustifica la valutazione di gravità e urgenza.

L'antecedente immediato di un intervento obbligatorio (accertamento o trattamento) è il fatto che siano stati fatti tutti i possibili tentativi per coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento; la legge prescrive "iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato" (art. 33, comma 5). La legge indica inoltre la necessità, "per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori", di iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria. In tale fattispecie potrebbero rientrare programmi di prevenzione centrati sui casi per i quali siano stati attivati TSO ripetuti, nell'ambito di programmi di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti c.d. *revolving doors*.

Se accettiamo con coerenza questa politica di prevenzione dei TSO appariranno disdicevoli quelle impostazioni che portano ad attribuire un carattere preventivo al TSO, il che avviene quando l'attivazione del TSO scaturisce dalla convinzione del medico che vi è probabilità si manifestino quelle alterazioni psichiche che già altre volte hanno obbligato a far ricorso a un TSO. Solo l'attualità delle alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento necessario giustificano il TSO.

Il medico è abilitato al riconoscimento della presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici" (L. 833/78, Art.34, Comma 4). Ma come per ogni malattia degna di cura ci può essere, fin dalla fase diagnostica, e sicuramente nella fase del trattamento, il bisogno di un intervento specialistico. Pertanto, quando disponibili, dovrebbero essere usate tutte le competenze necessarie: direttamente dovrebbero intervenire, o portare un contributo in consulenza, lo psichiatra, lo psichiatra del servizio di territorio, l'équipe del servizio di territorio (in quanto portatori di conoscenze utili alla diagnosi, alla d.d. tra alterazione psichica di rilevanza psichiatrica e manifestazioni comportamentali di origine dissociale, ecc.).

#### 4 - FUNZIONI E COMPITI DEI REFERENTI ISTITUZIONALI

##### 4.1 Ordinanza del Sindaco e competenze della Polizia Locale.

Come previsto dagli artt. 33 e seguenti della Legge 833/78, gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco nella sua veste di autorità sanitaria. Il Sindaco può emanare l'ordinanza entro 48 ore dalla relativa proposta e convalida. Premesso che è solo l'ordinanza del Sindaco che rende eseguibile il provvedimento, va sottolineato che tale ordinanza non è una mera conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un atto sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi, in quanto referente istituzionale per la sanità che ha la responsabilità ultima su tutte le procedure inerenti le proprie ordinanze.

D'altro canto, se è vero che per garantire una tutela giurisdizionale, il Sindaco può emanare l'ordinanza entro 48 ore, è altresì evidente che un così lungo arco di tempo non appare in grado di rispondere alla condizione di urgenza. Tale periodo della durata di 48 ore deve intendersi come una possibilità in riferimento a particolari criticità che dovessero emergere e su cui il Sindaco deve essere nelle condizioni di potersi documentare. Tuttavia, appare evidente che la presenza di "gravi disturbi psichici" che richiedono "urgenti interventi terapeutici", debba ordinariamente comportare l'emanazione dell'ordinanza e l'esecuzione della stessa nel più breve tempo possibile.

Si ritiene indispensabile, in ragione dell'urgenza, che i Sindaci possano assumere iniziative di tipo organizzativo tali da poter rendere al più presto esecutiva l'attuazione del provvedimento, anche laddove si presentassero particolari criticità organizzative.

L'ordinanza del Sindaco ha carattere di provvedimento amministrativo diretto alla generale tutela, sotto il profilo sanitario, dell'interesse della collettività alla salute.

Il provvedimento che dispone il TSO rientra nella competenza dell'ente Comune, sia sotto il profilo dell'autorità che lo emana, sia sotto il profilo della sua attuazione.

Nella fase di attuazione di un'ordinanza di ASO o di TSO, il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione della medesima da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Locale. L'impostazione forzata che ne discende riveste, come per tutte le ordinanze, il carattere di una operazione di "polizia amministrativa" diretta all'osservanza di regolamenti e di provvedimenti dell'autorità, quali i trattamenti sanitari obbligatori<sup>3</sup>.

In tal senso appare necessario, *l'attivazione da parte di ogni Comune di una reperibilità del Sindaco o degli Assessori all'uopo delegati alla firma (e del Corpo di Polizia Locale.* <sup>4</sup> *al fine di rendere esecutiva in tempi e modi corretti l'ordinanza.*

A questo riguardo va precisato che la competenza burocratica amministrativa ed esecutiva dei TSO ed ASO non può ricadere su figure professionali diverse da quelle citate (anche per la stesura dell'ordinanza e la verifica di validità delle procedure amministrative), in considerazione dei profili di responsabilità posti in essere dalla norma.

<sup>3</sup> - Avvocatura Generale della Sanità: Richiesta di chiarimenti sul T.S.O. per soggetti con patologia mentale(21/9/1992);

- Circolare del Ministero dell'Interno ai Prefetti - 21 agosto 1993;

- Circolare Min. Interno n. 3/2001 del 20/7/2001- Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai TSO.

-TAR Sicilia-Catania, sezione seconda - Sentenza 6 maggio 2005 numero 799.

<sup>4</sup> Pur non essendovi una specifica competenza istituzionale, l'assenza della Polizia Municipale viene vicariata dalla Forza pubblica (Carabinieri, Polizia di Stato).



Appare opportuno distinguere le funzioni terapeutiche proprie del DSM da quelle amministrative concernenti la gestione e l'esecuzione diretta dei provvedimenti obbligatori.

*La ricerca del soggetto, la notifica e l'esecuzione di una ordinanza di ASO o di TSO (prelevamento ed accompagnamento) non si configura, sul piano giuridico, come atto sanitario, ma riveste il carattere di operazione di polizia amministrativa, pertanto il personale di cui il Sindaco si dovrà avvalere per dare attuazione al proprio provvedimento mediante tempestivo trasporto al reparto psichiatrico designato (SPDC), deve essere individuato nel Corpo di Polizia Locale, titolare anche di eventuali atti di coazione finalizzati all'osservanza del provvedimento obbligatorio, secondo le norme previste, e a sostenere l'assistenza sanitaria in atto.*

#### **4.2 Il ruolo del personale sanitario**

Nel corso dell'attuazione di una ordinanza rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario e di quello della Polizia Locale o in generale della Forza Pubblica: al personale sanitario spetta assistere e tutelare comunque la salute del paziente, alla Polizia Locale portare a compimento l'esecuzione dell'ordinanza sindacale.

Il ruolo del personale sanitario (Dipartimento di Salute Mentale, SUEM, Medici di Medicina Generale, Medici del Servizio di Continuità Assistenziale) non deve essere inteso come consulenza specialistica all'atto coercitivo, ma come adempimento di quei doveri sanitari che non vengono meno anche durante l'esecuzione di una ordinanza e la cui omissione si può configurare quale reato.

La presenza di detto personale durante la durata della procedura deve ritenersi necessaria e trova il proprio fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza ad un malato.

Le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia Locale; durante l'esecuzione di una ordinanza il personale sanitario continua ad essere titolare di un ruolo tecnico finalizzato alla tutela della salute del paziente sottoposto al provvedimento, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso.

L'opera del personale sanitario non potrà mai essere sostitutiva di quella della Polizia Locale, istituzionalmente preposta a superare l'eventuale resistenza manifestata dal paziente, nonché a richiedere anche l'intervento della forza pubblica o dei vigili del fuoco al verificarsi di situazioni di particolare rischio per l'incolumità del paziente o di terzi. Pertanto, "qualora ogni possibile intervento del personale sanitario si dimostri vano e si renda necessario l'uso della coazione fisica per vincere la resistenza opposta dal paziente, subentra la specifica competenza della Polizia Locale istituzionalmente chiamata a provvedere all'esecuzione del provvedimento".

*I sanitari titolari dell'intervento sono da individuarsi nel personale dei Centri di Salute Mentale e nel personale del SUEM. Nelle ore di chiusura dei Centri di Salute Mentale (Servizio Psichiatrico Territoriale) sarà referente il personale sanitario del SUEM e il medico del Servizio di Continuità Assistenziale.*

In ogni caso va sempre garantita un'adeguata assistenza sanitaria, per la quale la presenza per numero, profilo professionale e servizio di appartenenza degli operatori sanitari è commisurata alle valutazioni di ordine medico-clinico.

Per una più specifica articolazione degli interventi sanitari fra i Servizi competenti dell'Azienda ULSS, più sopra indicati, si rimanda alle specifiche modalità di collaborazione

fra Dipartimenti di Salute Mentale e SUEM, anche secondo specifici "percorsi aziendali o interaziendali" delle Aziende ULSS.

*Per l'esecuzione del TSO dovranno quindi essere sempre presenti, recandosi nel più breve tempo possibile presso il domicilio del paziente (dall'emissione dell'ordinanza): la Polizia Locale e i sanitari con l'ambulanza del SUEM.*

La Polizia Locale potrà se necessario richiedere l'intervento di supporto delle altre Forze dell'Ordine e dei Vigili del Fuoco.

*L'intervento dei sanitari e dell'ambulanza del SUEM è subordinato alla presenza in loco della Polizia Locale. L'intervento della Polizia Locale non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario, bensì contestuale e tale contestualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara dei rispettivi ambiti di intervento.*

La contestualità degli interventi degli operatori sanitari e degli agenti della Polizia Locale, fermo restando in capo a quest'ultimi la notifica ed esecuzione del TSO, comporta, rispetto al paziente, la compresenza di tutti gli attori in ogni momento e luogo del provvedimento in esecuzione.

E' importante sottolineare la necessità che vi sia sempre una *compresenza di operatori sanitari e della Polizia Locale anche all'interno ambulanza durante il trasporto dell'ammalato, in numero adeguato alle necessità di assistenza e sicurezza<sup>5</sup>*, considerando il momento del trasporto del malato, come solo una delle diverse fasi di cui si articola l'esecuzione del TSO, attività sottoposta alla responsabilità della Polizia Locale in ogni sua fase e che di fatto termina al momento dell'affidamento del soggetto al personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

---

<sup>5</sup> Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano – anche per circostanze di tempo o di luogo – nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

## 5 - INTERVENTI SANITARI CHE NON NECESSITANO DI TSO

Esistono condizioni che, pur limitando per motivi di salute la libertà personale, non richiedono necessariamente l'attivazione delle procedure per gli interventi sanitari obbligatori.

### 5.1 L'intervento in "stato di necessità".

L'art. 54 C.P. recita: "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..."<sup>6</sup>

Accanto ad altre disposizioni normative, questo articolo del Codice Penale supporta la possibilità di intervento della Forza Pubblica nella prevenzione dei reati, giustificando, di fronte a comportamenti che evidenzino un rischio attuale, ovvero immediato, per l'incolumità del soggetto o di terzi, interventi di tipo ispettivo e coattivo.

Tra questi, nel sospetto di gravi alterazioni psichiche, è possibile l'immediato accompagnamento coattivo in Pronto Soccorso per la valutazione sullo stato di salute del soggetto. Quest'ultima possibilità, definita come *sostegno all'opera di soccorso*, introduce un punto di vista sanitario. In quest'ultima accezione lo stato di necessità viene affrontato dall'art. 39 del Codice Deontologico, che impone l'intervento medico, "sia in casi di necessità e di urgenza, sia nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria".

Esistono quindi situazioni di interesse psichiatrico che caratterizzate da urgenza e drammaticità, non richiedono l'attivazione della procedura di TSO, ma interventi immediati.

Nelle condizioni sanitarie in cui la presenza di gravi alterazioni psichiche non è espressione di una malattia mentale (patologie neurologiche, internistiche, tossiche, traumatiche...) non è mai consentito il ricorso al TSO ma è solo possibile, essendovene le condizioni, attuare interventi in stato di necessità.

Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente o di terzi (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in Pronto Soccorso...), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In questa situazione, dovrà avvalersi dell'intervento delle forze dell'ordine. Di particolare rilievo a questo riguardo è la *valutazione del clinico sul "rischio o pericolo attuale" (immediato) di danno grave alla salute, anche di terzi, conseguenza di una patologia, tale da richiedere interventi improrogabili, rispetto al "rischio o pericolo potenziale" per il quale l'eventuale trattamento è da considerarsi urgente seppure non ancora improrogabile*. Va sottolineato che la giurisprudenza evidenzia che, rispetto a comportamenti violenti aventi nesso di causa con un *quadro clinico che comprometta la volontà del paziente*, il medico ha la specifica responsabilità, sia della cura che di prevenirne le conseguenze, fatta salva la più specifica competenza per intervenire a questo scopo, della Forza Pubblica.

<sup>6</sup> l'articolo 54 CP non punisce chi *abbia commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo non da lui volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo*;

l'articolo 55 CP prevede *l'eccesso colposo per atti commessi in situazioni di necessità con azioni eccedenti i limiti imposti dalla legge, dall'autorità e dalla necessità, per negligenza, imprudenza o imperizia (condotta colposa)*.

Oltre alla valutazione sullo stato di necessità, è quindi compito del medico valutare in merito allo stato della volizione compromesso dalla patologia, ovvero sulla capacità di consenso/dissenso del paziente rispetto alle cure. In tal senso un soggetto che presenti una volizione integra, eppure vi sia stato di necessità, ha facoltà di opporre rifiuto alle cure.

Da questo punto di vista si distingue:

- mancanza di consenso, che richiama una condizione in cui il soggetto non è in grado di esprimere alcun consenso o dissenso, condizione che ritroviamo nei disturbi psichici dovuti a patologie organiche, rispetto alle quali l'unico intervento possibile è solo quello in condizioni di consenso presunto, in stato di necessità, oppure, come nel caso degli incapaci naturali (demenza, oligofrenia), l'assenza di uno stato di necessità richiede, rispetto ad eventuali cure, il coinvolgimento del Giudice Tutelare<sup>7</sup>.
- dissenso, che riguarda le malattie mentali, in cui il soggetto è capace di esprimersi ma il dissenso non è valido causa la patologia psichiatrica ed è possibile: 1) in caso di pericolo attuale di salute, l'intervento in stato di necessità, 2) in caso di pericolo potenziale, il ricorso al TSO.

Va precisato che la Legge riferisce la possibilità del TSO solo alle malattie mentali, nelle quali il soggetto è sempre in grado di esprimersi sul consenso, tant'è che in ogni fase del provvedimento è compito del sanitario ricercarlo; infine non a caso il ricovero ospedaliero può solo avvenire in SPDC.

D'altra parte è assolutamente incompatibile con la norma avviare un TSO facendo un uso improprio dello stato di necessità. Infatti, nell'ipotesi che esista veramente uno stato di necessità, il TSO crea un dannoso rallentamento di intervento.

Nel caso in cui, pur in presenza di proposta e convalida di TSO, venisse ravvisata una urgenza clinica compatibile con lo stato di necessità, ciò testimonierebbe l'insorgenza di un aggravamento clinico che non era prevedibile e che però dovrà essere riscontrato a seguito di una ulteriore valutazione sanitaria.

Ne deriva che non è mai ammissibile, a seguito della stessa valutazione medica, avviare le procedure per il TSO e contestualmente invocare lo stato di necessità.

## 5.2 Stato di coscienza gravemente alterato.

La presenza di stati confusionali o di stato di coscienza gravemente alterato – es: da causa tossica, infettiva, traumatica, neurologica, internistica, etc... – determina, da parte del paziente, l'incapacità di esprimersi (né consenso né dissenso) nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario.

Il sanitario è tenuto a mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari, senza ricorrere alla procedura del TSO. Lo stato di necessità si pone sulla necessità di agire (es: agitazione psicomotoria in alcolismo acuto, aspetti confusivi nel corso di patologie cerebrali), nei riguardi dell'eventuale comportamento disorganizzato o violento con l'eventuale primaria competenza della Forza Pubblica, ai fini del contenimento e della messa in atto degli accertamenti e trattamenti urgenti e improrogabili sulla causa organica sottostante.

Per quanto gli psichiatri siano di frequente chiamati per il trattamento di simili pazienti, a causa delle grandi difficoltà e complessità di gestione che essi comportano, l'intervento più adeguato è al più di consultazione, senza una presa in carico che compete primariamente ai

<sup>7</sup> È possibile coinvolgere il magistrato di turno (sulle 24 ore) presso il Tribunale.

Medici di medicina generale, di Continuità Assistenziale, del DEA, del SUEM, e dell'ambito specialistico indicato dalla patologia sottostante.

Va ricordato che, al di fuori di un immediato stato di necessità, il rifiuto generico di cure mediche in un soggetto che pur presenti uno stato di incapacità (demente, insufficiente mentale), non può giustificare interventi coattivi, ma richiede il coinvolgimento del Giudice Tutelare (o del magistrato di turno).

### 5.3 Pericolo immediato per comportamenti violenti auto-eterodiretti in malattia mentale, tali da comportare immediato pericolo.

Lo stato di necessità avviene tipicamente nel caso in cui vi sia un rischio immediato: evidenza di tipo suicidario o presenza di comportamenti violenti in atto (a domicilio del soggetto, ambulatorio, ospedale), oppure vi sia un concreto pericolo attuale legato alla pianificazione/imminenza di violenza auto o eterodiretta.

In questi casi il sanitario, come varie sentenze testimoniano, ha sì obbligo di mezzi ma non di risultato, tuttavia, trattandosi di comportamenti espressione sintomatologica di una malattia mentale che altera la volontà del soggetto, deve prevenirli dando corso alle cure necessarie<sup>8</sup>. Si riferirà pertanto alla Forza Pubblica per il sostegno all'opera di soccorso, oltre che per l'eventuale repressione/prevenzione del reato. Ciò può accadere anche nel corso di una degenza ospedaliera in SPDC, in cui, nelle circostanze indicate è d'obbligo ricorrere, sino al superamento del pericolo in atto, alla contenzione (a cui mai si può ricorrere per la mera somministrazione di terapia in assenza di stato di necessità o solo perché il paziente è ricoverato in regime di TSO).

Può presentarsi il caso di un cittadino che manifesti inequivocabilmente alterazioni psichiche tali da costituire pericolo immediato e conseguentemente da richiedere un'attivazione da parte di chiunque (e quindi tanto più da parte delle Forze dell'Ordine e del Corpo di Polizia Locale) ancor prima o senza che sia consentito avviare procedure formali di ASO o TSO.

Ciò che può emergere è l'evidente o sospetta alterazione psichica, in presenza disturbi del comportamento (in genere presenti quando viene attivata la Forza Pubblica).

In tal caso il ricorso alla forza da parte degli organi di cui sopra appare pienamente giustificato sulla base dell'art. 51 CP<sup>9</sup> [*adempimento di un dovere*], 54 CP<sup>10</sup> [*stato di necessità*], 93 CP<sup>11</sup> [*omissione di soccorso*] e dell'art. 1 TUPLS<sup>12</sup> [*Capo I - Delle attribuzioni dell'autorità di pubblica sicurezza e dei provvedimenti d'urgenza o per grave necessità pubblica*].

<sup>8</sup> Tribunale di Bologna Corte di Appello - Sezione III Penale Sentenza 4 aprile 2007 - Ai sensi degli artt. 40 (rapporto di causalità) - 41 (concorso di cause) e 589 (omicidio colposo) C.P. è responsabile per omicidio colposo il medico psichiatra che non somministra la corretta terapia al proprio paziente, laddove quest'ultimo, proprio a causa dell'errata somministrazione, compia un omicidio.

<sup>9</sup> Art. 51 - Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere. L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'Autorità, del reato risponde il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.

<sup>10</sup> Art. 54 - Stato di necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

<sup>11</sup> Art. 593 - Omissione di soccorso. Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

<sup>12</sup> Art. 1 (art. 1 T.U. 1926; art. 1 R.D.L. 14 aprile 1927, n. 593.) - L'autorità di pubblica sicurezza veglia al mantenimento dell'ordine pubblico, alla sicurezza dei cittadini, alla loro incolumità e alla tutela della proprietà; cura l'osservanza delle leggi e dei regolamenti generali e speciali dello Stato, delle province e dei comuni, nonché delle ordinanze delle autorità; presta soccorso nel caso di pubblici e privati infortuni.

In questi casi l'intervento sanitario potrà essere attuato solo dopo che le Forze dell'Ordine saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario.

Potranno essere quindi utilizzati mezzi coercitivi al fine di trattenere il cittadino e consentire una valutazione medica che potrà essere compiuta nei seguenti modi:

1. Accompagnando in forma coattiva il cittadino, da parte della Forza Pubblica, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale (direttamente o tramite ambulanza del SUEM) sulla base dello stato di necessità.
2. Mediante invio del medico di medicina generale o di continuità assistenziale e/o, in caso di emergenza, di ambulanza del SUEM, volto ad escludere patologie non psichiatriche, seguito da eventuale trasporto al Pronto Soccorso. La Centrale Operativa del SUEM contatterà il CSM territorialmente competente (o il SPDC competente negli orari di chiusura) per appurare se l'utente è conosciuto dal Servizio e per avviare, in tal caso, eventuali interventi del CSM in collaborazione.

Resta assodato che qualora il cittadino ammalato abbia compiuti fatti che si configurano come reati, l'iter normale di Polizia Giudiziaria seguirà il suo corso.

Si ribadisce quindi che la repressione dei comportamenti violenti è di competenza delle Forze dell'Ordine e che l'intervento sanitario può essere messo in atto solo dopo che le Forze dell'Ordine saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario. L'assistenza delle Forze dell'Ordine deve essere garantita sino all'avvenuta effettuazione in Pronto Soccorso e/o in SPDC degli interventi atti a gestire la situazione.

Va inoltre rimarcato che la repressione dei reati prescinde dalla presenza o meno di una patologia psichiatrica e richiede gli specifici e differenziati interventi di competenza da parte delle Forze dell'Ordine, anche nel caso di pazienti già ricoverati in SPDC o in altra struttura sanitaria.

Nel caso in cui, tali alterazioni psichiche non siano inequivocabilmente manifeste ovvero non offrano elementi per ipotizzare un immediato pericolo:

1. in caso di cittadino sconosciuto ai Servizi Psichiatrici, il medico di medicina generale o del Servizio di Continuità Assistenziale, possono avviare, consultatosi telefonicamente con il Centro di Salute Mentale o con il medico di guardia in SPDC, eventuale procedura di ASO presso il Pronto Soccorso o di TSO, oppure reinviare a successiva valutazione da parte del medico di medicina generale e del Centro di Salute Mentale. In caso di richiesta pervenuta alla Centrale Operativa del SUEM questa invierà sul posto il medico di MG o di CA; qualora tale condizione si evidenzia dopo l'invio dell'ambulanza, il personale della stessa giunto sul posto richiederà l'eventuale attivazione del medico di MG o di CA.
2. in caso di cittadino conosciuto ai Servizi Psichiatrici interverrà al più presto, in orario di apertura dello stesso, il Centro di Salute Mentale territorialmente competente. In orario di chiusura dello stesso ci si richiama al punto 1.
3. qualora la Forza Pubblica ritenga opportuno segnalare un caso, l'effettuerà in forma verbale o scritta al Centro di Salute Mentale e al medico di medicina generale del cittadino, per dar corso a successivi interventi atti a consentire una valutazione ed eventualmente una presa in carico.

**5.4 Richiesta al medico psichiatra di trattamento sanitario obbligatorio in assenza di patologie psichiatriche.**

Accade che il medico psichiatra venga interpellato da altro medico allo scopo di legittimare l'impostazione di trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche, sulla base dell'art. 33 della Legge 833/78.

A tale proposito si evidenzia che qualsiasi intervento sanitario è praticabile in forma obbligatoria solo quando le finalità e le modalità operative sono previste da una specifica norma di Legge oppure quando è in atto una minaccia alla salute e alla incolumità della collettività.

L'art. 33 non può pertanto essere utilizzato come strumento di contrasto contro un'opposizione del singolo ad interventi medici volti al trattamento di affezioni morbose produttive di nocimento, anche estremo, alla sola salute individuale. Il paziente capace, competente e consapevole, ha infatti il diritto di rifiutare il consenso all'atto medico.

Nei casi in cui un paziente ricoverato per patologie non mentali rifiuti un trattamento sanitario, il coinvolgimento del medico psichiatra può essere richiesto dal medico curante, sulla base di fondate motivazioni di ordine clinico, esclusivamente al fine di valutare eventuali limitazioni derivanti da possibili disturbi mentali sulla capacità di dare adeguato consenso.

La decisione circa la condotta professionale da adottare in presenza del rifiuto di un trattamento da parte di un paziente non affetto da malattia mentale compete esclusivamente al medico curante, tenuto conto degli indirizzi normativi e deontologici, fermo restando che anche qualora questi decidesse di agire in assenza del consenso del paziente in nessun caso dovrà e potrà essere attivata una procedura di TSO.

Si ribadisce che in presenza di evidenti alterazioni dello stato di coscienza conseguenti a patologie non psichiatriche, l'intervento in assenza del consenso del paziente può avvenire in regime di consenso presunto e/o di stato di necessità; qualora a seguito di tali alterazioni il paziente manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità del personale sanitario le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza.

Il TSO non può dunque essere avviato nei pazienti non affetti da patologie psichiatriche che rifiutino di sottoporsi alle cure; in questi casi:

- a) se il paziente non ha limitazioni della capacità di intendere e volere il suo rifiuto è valido e deve essere accettato.
- b) se il paziente presenta limitazioni della capacità di intendere e volere dovute a patologie non psichiatriche (disturbi psichici secondari a malattie neurologiche, internistiche, traumatiche) o ad assunzione di sostanze, il trattamento può avvenire solo laddove sussista lo "stato di necessità", ovvero un "pericolo di salute attuale" per l'incolumità del soggetto che necessita di "interventi urgenti e improrogabili"; anche in questo caso qualora il paziente manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità di soggetti terzi e/o del personale sanitario, le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a reprimere il comportamento e a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza. Va altresì precisato che l'intervento da parte delle Forze dell'Ordine costituisce un "sostegno all'opera di soccorso" anche per la sola realizzazione degli interventi diagnostico clinici. Nei casi descritti, l'intervento da parte delle Forze dell'Ordine può anche consistere nell'accompagnamento coattivo presso il Pronto Soccorso.
- c) se il paziente presenta limitazioni alla capacità di intendere e di volere e il rifiuto delle cure non è accompagnato dalle condizioni di cui allo stato di necessità, ovvero al di fuori dell'urgenza e dell'improrogabilità degli interventi, i sanitari (di ospedale o distretto) dovranno coinvolgere il Giudice Tutelare o il magistrato di turno presso il Tribunale.

## 5.5 Trattamenti senza consenso con i Minori

Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Ciononostante, le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale ed internazionale considerano il consenso un *atto giuridico unilaterale*, che non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere, accordabile anche al minore "maturo" che può e deve esprimere il suo *assenso* alle cure.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore maturo, relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, il parere dei genitori non può automaticamente prevalere sul parere del minore, ma è possibile un intervento del Giudice, come garante del suo diritto di autodeterminazione.

La difforme collocazione dei Servizi di NPI nell'ambito Materno Infantile, del DSM o della Riabilitazione, in Ospedale o nei Distretti SocioSanitari, contribuisce a determinare prassi operative diverse da Azienda ad Azienda. In Italia, infatti la media ISTAT di TSO nei confronti di minori 12-18 anni è stata di 70 (settanta) casi all'anno, nell'ultimo quadriennio, a fronte di 6000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18. Ciò dimostra che nella grandissima maggioranza dei casi le soluzioni individuate sono altre, e coinvolgono in genere il Tribunale per i Minorenni o il Giudice Tutelare.

Il Tribunale per i Minorenni è organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario.

L'operatore sanitario, a maggior ragione se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo rischio di pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l'effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è infatti tenuto a darne segnalazione all'Autorità competente per i minori.

Le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il TM, che valuta l'effettiva sussistenza di un problema di tutela, e conseguentemente attiva se del caso il Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale, attraverso provvedimenti che vanno dalla prescrizione degli interventi specifici necessari fino all'allontanamento del minore.

Nei casi di assoluta urgenza, nei quali bisogna assumere un provvedimento immediato nello spazio di poche ore, è possibile la segnalazione diretta al Tribunale per i Minorenni.

**I luoghi per la cura:** Per le urgenze psichiatriche in adolescenza sono necessarie strutture specifiche di ricovero ospedaliero, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero psichiatriche o pediatriche.

I minori, al termine della eventuale parentesi ospedaliera acuta, hanno in genere bisogno di spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali. Il punto di reale maggiore criticità nella gestione di percorsi di tutela della Salute Mentale in età evolutiva soprattutto in condizioni di emergenza e urgenza, sta proprio nella disponibilità di risorse e di strutture specificamente dedicate ai minori. Una risposta adeguata risiede nella attivazione di una rete omogenea e integrata di reparti e servizi territoriali di NPIA, con personale specificamente formato per la gestione globale dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (specifici sia per le caratteristiche cliniche che per la frequentissima comorbidità con disturbi di altro asse).

Analogamente va dedicata allo sviluppo della rete di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali per adolescenti al fine di evitare ricoveri impropri e/o di prolungare i termini delle dimissioni.



**Linee di indirizzo operativo:**

Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico infantile per quanto riguarda gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale si possono porre cinque diverse situazioni, secondo quanto elencato in tabella.

	Minore	Genitori	
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei minori/ASO/TSO
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Tribunale dei minori

**Situazione a.:** Sia il minore che entrambi i genitori danno il proprio assenso ad accertamenti e cure e sono sufficientemente collaboranti. Non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto man mano necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri.

**Situazione b.:** Il minore dà il proprio assenso alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano. L'elemento principale è rappresentato dalla mancata collaborazione di uno o entrambi i genitori, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. Se ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

**Situazione c.:** Né il minore né i genitori danno il proprio assenso alle cure, o vi acconsente uno solo dei genitori. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto e dalla mancata collaborazione generalizzata, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. In genere, ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura del presso il Tribunale per i Minorenni. A volte può invece essere opportuno attivare in prima battuta la procedura dell'ASO (che peraltro ha il vantaggio di segnalare comunque la situazione anche al sindaco), attraverso i quali rinegoziare il consenso, e lasciare il passaggio al TM ad un secondo momento.

**Situazione d.:** Il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori danno il proprio consenso e la situazione ambientale e familiare appare adeguata e collaborante. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto dell'infermo; e in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO.

**Situazione e.:** Il minore non acconsente alle cure, i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la situazione ambientale familiare nel suo complesso appare di pregiudizio per la salute del minore: appare comunque opportuno per motivi clinici che la prescrizione avvenga da parte di un'autorità esterna nei confronti del nucleo familiare nel suo complesso e non solo nei confronti del minore. In questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il TM, evidenziando non solo la situazione complessiva e le motivazioni del pregiudizio, ma anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

## 5.6 Trattamento Sanitario Obbligatorio con Interdetti

Per quanto riguarda gli interdetti l'informazione e il consenso sono compiti del tutore, che prenderà le decisioni per la persona sotto tutela. In entrambi i casi il rifiuto attivo del soggetto rispetto alle cure e/o l'assunzione di determinati comportamenti, può determinare la necessità di un coinvolgimento diretto del Giudice tutelare (magistrato di turno del Tribunale).

A maggiore garanzia del paziente, e per consentire una esecuzione del ricovero obbligatorio con la dovuta correttezza di procedure e personale, si ritiene necessario, qualora ovviamente ne ricorrano le condizioni, attuare un TSO.

## 5.7 Condizioni per il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei disturbi alimentari

Il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici è sempre stato oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico, in particolare per quanto riguarda l'anoressia nervosa (AN).

L'AN è il disturbo psichiatrico che presenta i più elevati indici di mortalità (10%-20% nei follow-up a lungo termine); in alcune pazienti la negazione della malattia e della gravità delle condizioni mediche, la paura di ingrassare, il disturbo dell'immagine corporea, l'inflessibilità cognitiva, inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio per la sopravvivenza. Nonostante non vi sia una compromissione globale delle capacità, in alcune pazienti il deterioramento del pensiero, della percezione del giudizio, del comportamento e della capacità di rispondere alle normali necessità di sopravvivenza, è motivo per proporre per l'obbligatorietà della cura<sup>13</sup>

In Inghilterra la Commissione per il Mental Health Act ha fornito un'indicazione per la cura dell'AN (1997), riconoscendo che si tratta di un disturbo mentale e che in alcune pazienti la capacità di consenso può essere compromessa dalla paura di ingrassare o dalla negazione delle conseguenze delle loro azioni, nonostante il mantenimento della capacità di capire la natura, gli obiettivi e il probabile effetto della cura.

Nello stato dello Iowa, si applicano all'AN gli stessi requisiti che si applicano agli altri disturbi psichiatrici per l'obbligo legale ad un trattamento non volontario (si tratta di requisiti simili a quelli di molti altri stati americani): 1) la presenza di un disturbo psichiatrico, 2) il disturbo mette in pericolo la vita del paziente o per autolesioni o per incapacità di prendersi cura di sé, causate dal disturbo, 3) il rifiuto delle cure. Per la salvaguardia dei diritti dell'individuo è prevista una petizione alla corte da parte di un familiare o di un medico e la valutazione da parte di un medico che non ha relazione con i richiedenti per determinare la presenza, la gravità e il rischio per la vita della malattia<sup>14</sup>.

Nella legislazione italiana l'Anoressia Nervosa può essere considerata come una delle malattie psichiatriche in cui si possono verificare le condizioni previste dalla legge 833/78 (Art. 34) per l'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO): la presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", l'impossibilità di "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere" e la negazione del consenso da parte del paziente. È vero che alcuni<sup>15</sup> ritengono che nell'AN il motivo urgente dell'ospedalizzazione sia costituito dalla compromissione fisica che richiede un trattamento di carattere medico e/o la rialimentazione forzata, non da motivi psichiatrici.

L'AN potrebbe rientrare nei casi in cui "il rifiuto del trattamento di malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica: il che però deve essere diagnosticato e il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente. Salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di

<sup>13</sup> Applebaum e Rumpf, 1998

<sup>14</sup> Watson et al, 2000.

<sup>15</sup> Marinozzi et al, 2000

vita". Tuttavia la gravità delle condizioni mediche è una conseguenza dei problemi psicopatologici, il cui principale trattamento è proprio un'alimentazione adeguata e il miglioramento delle condizioni fisiche.

Nonostante l'importanza del problema esistono pochi dati pubblicati sulla percentuale di pazienti con AN che vengono ricoverate senza il loro consenso e sull'esito di tale trattamento; negli studi pubblicati negli ultimi 20 anni, sono state rilevate percentuali comprese tra 16 e 26 per cento sul totale dei ricoveri; non risulta che l'evoluzione a breve termine dei pazienti ricoverati obbligatoriamente sia sostanzialmente diversa dall'evoluzione dei pazienti che hanno accettato il trattamento e l'obbligatorietà della cura non sembra aver compromesso il successivo sviluppo di una valida alleanza terapeutica.

In Veneto, sulla base dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera per gli anni 2001-2006, si è potuto calcolare che la percentuale dei TSO sul totale dei ricoveri effettuati nei servizi di diagnosi e cura per AN è di 1,2%, e sul totale dei ricoveri per AN effettuati in strutture diverse dai servizi di diagnosi e cura (reparti di medicina, strutture riabilitative pubbliche e private) è di 0,58%.

Tali dati devono tenere conto della diversità delle disposizioni legislative e delle procedure operative adottate nei diversi paesi e, soprattutto, del fatto che in Italia il TSO può essere effettuato soltanto nei Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura, per diversi motivi inadeguati alla cura di tali patologie, mentre in altri paesi i pazienti con disturbi alimentari vengono ricoverati in strutture specifiche finalizzate al trattamento dei disturbi alimentari, che prevedono l'utilizzazione di un approccio multidisciplinare e di diverse professionalità.

Una delle possibili conseguenze di questa situazione è che con alcuni pazienti vengano messe in atto forme di coercizione più "subdola", che probabilmente garantiscono i diritti della persona molto meno di quanto non lo facciano le procedure che vengono messe in atto per disposizione di legge. Un'altra possibile conseguenza è che il mancato intervento porti ad un aumento della cronicizzazione, delle complicanze e della stessa mortalità.

Come per pazienti con gravi problemi psichiatrici in adolescenza, anche per pazienti con disturbi dell'alimentazione, si auspicano strutture specifiche dedicate di ricovero ospedaliero, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero mediche o psichiatriche.

## **6 - MODALITA' DI REDAZIONE DELLE CERTIFICAZIONI**

---

### **6.1 Le certificazioni**

Premesso che è solo l'ordinanza del Sindaco che fa scattare il provvedimento di intervento obbligatorio e che tale ordinanza è un atto responsabile sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi, si ritiene indispensabile, al fine di una procedura corretta e rispettosa del dettato legislativo, la creazione di un effettivo coinvolgimento del Sindaco in quanto autorità di referente istituzionale per la sanità che ha la responsabilità ultima su tutte le procedure inerenti le proprie ordinanze. A questo riguardo va inoltre ribadito che in nessun modo possono essere demandati ad altri le competenze burocratico-amministrative (esempio la stesura dell'ordinanza, ecc.) propri dell'Autorità sanitaria locale.

In tal senso appare necessaria l'attivazione da parte di ogni Comune, compatibilmente con la normativa vigente, di una reperibilità del Sindaco o degli Assessori all'uopo delegati alla firma, al fine di rendere esecutiva in tempi brevi e nei modi corretti l'ordinanza.

Il medico a cui sia giunta segnalazione dell'esistenza di una persona affetta da gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, e per la quale si richiede un TSO, prima di redigere il certificato di proposta, deve verificare direttamente e personalmente la situazione, la quale non può essere assolutamente desunta da notizie, anche dettagliate, fornite da parte di terzi.

Le stesse procedure devono essere applicate anche per la certificazione relativa alla convalida.

Nella compilazione delle certificazioni mediche da parte del sanitario, va sempre rispettato il concetto di "proposta motivata" nella quale devono essere contenute in modo dettagliato le notizie cliniche relative al paziente e non semplici definizioni diagnostiche, nonché la descrizione delle condizioni e delle circostanze attuali che rendono necessario il provvedimento.

Rispetto al problema della doppia certificazione, prevista per il TSO in regime di degenza, la normativa non indica specificamente la necessità del coinvolgimento dello psichiatra; si ritiene opportuno, al fine di raccogliere e valutare nella maniera più adeguata e completa la situazione clinica del paziente, che in tali atti venga coinvolto, quando possibile lo specialista e il servizio della salute mentale presente nel territorio.

Nello specifico, ai sensi di legge un'ordinanza di TSO viene emessa dal Sindaco dietro presentazione di proposta e convalida rispettivamente presentate da due medici. La proposta può essere redatta da qualsiasi medico abilitato alla professione, mentre la convalida può essere redatta solo da un medico che esercita una funzione di pubblico servizio nel Sistema Sanitario Nazionale. Si rileva come il Servizio di Continuità Assistenziale debba avere piena competenza clinica e abbia piena competenza formale per le relative certificazioni.

La proposta deve contenere le seguenti informazioni:

- Generalità del medico proponente. A tal fine si ritiene che per i dipendenti dell'Azienda ULSS sia sufficiente indicare (oltre a nome e cognome) il servizio di appartenenza; per tutti gli altri medici è necessario fornire indicazioni che garantiscano la rintracciabilità in tempi brevi (n. telefonico, indirizzo dell'ambulatorio, iscrizione all'Ordine dei Medici o Codice Regionale);
- Generalità del paziente da sottoporre a TSO, comprensive di data e luogo di nascita, residenza e luogo in cui il paziente si trova al momento, se disponibili; se questi elementi non sono disponibili occorre specificarlo;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in cui effettuare il TSO;
- Descrizione adeguata delle condizioni che soddisfano i tre requisiti di legge;
  - L'alterazione psichica deve riguardare una malattia mentale ed essere tale da richiedere un urgente intervento terapeutico; a tale riguardo si rende necessario che la diagnosi sia integrata da una accurata descrizione clinica e dai presupposti di gravità delle condizioni di salute<sup>16</sup>;
  - L'esplicito rifiuto da parte dell'infermo dell'intervento terapeutico;
  - L'impossibilità di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.
- Data ed ora;
- Timbro e firma leggibile.

La convalida deve contenere gli stessi elementi: può essere tralasciata una descrizione dettagliata delle condizioni che soddisfano i requisiti di legge, limitandosi a richiamare e confermare quanto contenuto nella proposta del collega.

Entrambi i certificati devono essere redatti con grafia leggibile ed anche la firma deve essere leggibile e non sovrapposta al timbro.

Deve essere incoraggiata l'uniformazione delle modalità di redazione delle certificazioni, anche attraverso l'uso di moduli prestampati, che lascino comunque sufficiente spazio alla descrizione delle condizioni cliniche e degli elementi qualitativi che permettano al Sindaco ed al Giudice Tutelare di esprimere giudizi documentati.

<sup>16</sup> Non sono ammissibili, pena non validità, affermazioni di carattere non sanitario quali giudizi sulla pericolosità sociale, inoltre la diagnosi clinica dovrà essere compatibile con il superamento dell'obbligo del consenso giustificato unicamente dalla gravità della patologia.

I certificati, devono essere redatti in triplice copia, firmati a calce, consegnati alla Polizia Locale direttamente da operatori sanitari. Il personale della Polizia Locale preleverà quindi presso le strutture sanitarie proposta e convalida per recarle al Sindaco del Comune ove si trova il paziente, per la stesura dell'ordinanza.

## **6.2 Durata della validità delle certificazioni e delle ordinanze**

La Legge 833/78 prevede che il Sindaco abbia 48 ore di tempo dal momento della convalida per emanare l'ordinanza di TSO (o motivare la non emanazione della stessa) e che l'ordinanza debba essere notificata tramite messo comunale al Giudice Tutelare entro 48 ore dal ricovero.

Il certificato di ricovero deve essere nello stesso termine depositato presso la cancelleria del Giudice Tutelare.

Sussistono nella pratica interpretazioni discordanti in merito alla durata dell'ordinanza sindacale, nel caso in cui non si riesca a rintracciare il paziente o in cui questi si sottragga alle cure in regime di TSO..

Si ritiene che l'esatta temporizzazione sia la seguente:

- a) dal momento della convalida il Sindaco ha 48 ore di tempo per procedere ad emettere l'ordinanza o a non emetterla motivando la sua decisione;
- b) una volta emanata l'ordinanza questa deve essere eseguita immediatamente e comunque non oltre 48 ore<sup>17</sup>; nel caso in cui il paziente sia irreperibile, trascorso tale termine dovrà essere eventualmente attivata una nuova procedura;
- c) dal momento in cui il paziente entra in reparto vengono computati i sette giorni di durata del trattamento e le 48 ore per dare comunicazione al Giudice Tutelare ai fini della convalida<sup>18</sup>;
- d) il Giudice Tutelare ha a sua volta 48 ore per convalidare o meno il TSO; in caso di mancata convalida il Sindaco dispone l'immediata cessazione del trattamento stesso (in condizioni di degenza); in caso di avvenuta convalida questo prosegue fino alla sua scadenza naturale, salvo decadenza;
- e) in caso di allontanamento del paziente dal reparto, ne viene data immediata comunicazione alla Forza Pubblica affinché il paziente possa essere da questa reperito e ricondotto in SPDC. Qualora il paziente risulti irreperibile, il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ne dà comunicazione al Sindaco, specificando che il TSO deve considerarsi decaduto per impossibilità a proseguirlo. L'effettuazione di un nuovo ricovero in SPDC, stante le condizioni di cui alla Legge, richiede che venga nuovamente reimpostata la procedura per il TSO.

<sup>17</sup> In analogia con quanto disposto dal Codice di procedura penale per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida.

<sup>18</sup> In caso di cittadino straniero è previsto che il Sindaco dia comunicazione dell'avvenuto TSO al Consolato del Paese di provenienza.

## 7 - ESECUZIONE DELL'ORDINANZA

Pur considerando che il Sindaco ha 48 ore di tempo per emanare l'ordinanza e che questa può essere eseguita entro 48 ore, la natura urgente del trattamento sanitario rende indispensabile una organizzazione che consenta al più presto l'attuazione del provvedimento.

Richiamate le Circolari del Ministero dell'Interno e della Sanità citate in preambolo, ai fini della operatività del personale di Polizia Locale e del personale sanitario va specificato che entrambi collaborano alla esecuzione del TSO mantenendo ruoli e funzioni distinte.

Una volta emanata una ordinanza di TSO il Corpo di Polizia Locale deve rendersi garante della sua esecuzione, informando correttamente il cittadino sottoposto a TSO (notifica) ed agendo anche coattivamente qualora ogni recupero di collaborazione tentato da tutte le figure professionali presenti sul posto, incluse quelle sanitarie, risulti vano, ovvero richiedendo l'intervento delle Forze dell'Ordine laddove sussista un serio pericolo per l'Ordine Pubblico.

Si ricorda che *non può essere dato corso all'ordinanza di TSO prima che venga emessa – e notificata (esibita) al soggetto – l'ordinanza medesima, salvo il presentarsi di nuove circostanze che giustifichino l'intervento in stato di necessità* (in questi casi riguardando gli interventi coattivi la Forza Pubblica).

Durante tutta la durata della procedura esecutiva dell'ordinanza, il personale sanitario continua a svolgere la propria attività di assistenza sanitaria a favore del paziente sottoposto a provvedimento (tra cui ad esempio: fornire informazioni corrette, suggerimenti su come meglio rapportarsi al paziente ed al suo contesto, eventuale esecuzione di terapie farmacologiche). Dovrà altresì fornire tutte le informazioni necessarie ai fini di una buona effettuazione del TSO con le condizioni meno traumatiche possibili.

Ciò vale sia per il personale sanitario del SUEM, che per il personale del Dipartimento di Salute Mentale.

Una volta emessa l'ordinanza, l'equipe sanitaria concorda con la Polizia Locale il luogo e l'ora dell'intervento (domicilio del paziente o altro luogo) e immediatamente provvede affinché l'ambulanza del SUEM vi si rechi contestualmente.

### 7.1 Tipologie critiche e modalità di intervento.

Il personale sanitario deve sempre informare correttamente la Polizia Locale sulla eventuale rischiosità dell'utente, per concordare la strategia migliore da adottare al fine di espletare il ricovero obbligatorio, sia considerando che gli eventuali interventi coattivi sono in capo alla Polizia Locale stessa., sia perché pur essendo la repressione di comportamenti violenti, anche nei pazienti psichiatrici, di competenza delle forze dell'ordine, è comunque precisa responsabilità dei sanitari non sottovalutare ai fini di segnalazione eventuali elementi di pericolosità derivanti dalla patologia.

a) il paziente si è barricato in casa e non apre a nessuno;

b) il paziente potrebbe essere armato, ha o potrebbe avere comportamenti violenti;

In entrambi i casi, pur non venendo meno la competenza della Polizia Locale rispetto ad interventi coattivi, questa può avvalersi di forze dell'ordine di supporto (Carabinieri o Polizia di Stato). Nel caso in cui l'utente sia barricato in casa, la Polizia Municipale può avvalersi dell'intervento dei Vigili del Fuoco, in possesso degli strumenti più idonei per accedere all'abitazione, arrecandovi il minor danno possibile.

c) il paziente si è allontanato dalla propria abitazione e in casa non c'è nessuno;

In questo caso alla Polizia Locale compete rintracciare l'utente per le successive 48 ore, coinvolgendo eventualmente la forza pubblica. I sanitari, in rapporto con i familiari del paziente garantiranno informazione e supporto, ricercando attivamente la condivisione sul percorso di cura. Nel caso in cui il soggetto venisse rintracciato, la Polizia Locale avviserà l'equipe sanitaria di competenza e verrà riattivata la procedura di esecuzione del provvedimento. Al di là delle 48 ore dovrà essere effettuata una ulteriore valutazione sanitaria da parte dei curanti.

## 7.2 Trasporto del malato

I mezzi con cui trasportare la persona ammalata presso il presidio sanitario, di regola ed in via prioritaria vanno individuati nelle autoambulanze, non escludendo però, in considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, in caso di necessità ed ove possibile, purché in condizioni di sicurezza sia dal punto di vista sanitario che di polizia per tutti coloro che sono coinvolti nell'esecuzione del TSO, comprendendo ovviamente la necessaria assistenza sanitaria al paziente.

L'intervento dell'autoambulanza, richiesto in via principale dal personale del Dipartimento di Salute Mentale presente all'esecuzione del provvedimento, dovrà avvenire senza ritardo, compatibilmente con la disponibilità di mezzi e la presenza di altre urgenze in atto, in specie qualora il prolungamento dei tempi di attesa potrebbero essere di nocimento all'effettuazione del TSO, che deve considerarsi, sia per la Polizia Locale, che per tutti i sanitari interessati, un intervento di carattere urgente (possibili profili di responsabilità in merito alle conseguenze cliniche conseguenti a dilazioni)<sup>19</sup>.

Nella fase di trasporto del malato al Presidio Sanitario, dovranno sempre essere garantite le attività di assistenza da parte dei sanitari e di custodia da parte della Polizia Locale. Pertanto, oltre al personale sanitario, dovrà sempre essere presente all'interno dell'ambulanza la *Polizia Locale, in numero di operatori adeguato alle necessità di sicurezza, sia del paziente che degli operatori stessi.*

Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano – anche per circostanze di tempo o di luogo – nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

Ragione di tale prescrizione, oltre a generali profili di tutela della salute e di sicurezza, trova sua naturale motivazione nella già citata necessaria e indispensabile integrazione delle competenze (punto 5.3 del presente protocollo), considerando il momento del trasporto del malato, come solo una delle diverse fasi di cui si articola l'esecuzione del TSO: attività sottoposta in ogni sua fase alla responsabilità della Polizia Locale, che di fatto termina solo al momento dell'affidamento del soggetto al personale sanitario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

*La presenza degli operatori sanitari in termini di numero, qualifica e servizio di appartenenza, trova specifica definizione nelle ragioni di ordine medico clinico che di volta in volta si possono presentare, derivando comunque dalle modalità di collaborazione fra*

<sup>19</sup> Art. 40 CP. "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

DSM e SUEM, anche contenute in specifici "percorsi aziendali o interaziendali di cura e assistenza" delle Aziende ULSS.

L'accompagnamento in SPDC, avverrà anche se questo è situato in un ospedale diverso rispetto alla sede di provenienza dell'equipe sanitaria e del personale della Polizia Locale (in tal senso, in assenza di posti letto disponibili, il TSO può essere portato a termine con lo stesso personale recando il paziente in un SPDC situato in altro presidio ospedaliero o ULSS vicinioria, di cui l'SPDC di competenza ha assicurato la disponibilità di posto letto, purchè sia stata in precedenza allertata in tal senso la Centrale Operativa del SUEM).

Nell'esecuzione del TSO compete infine alla Polizia Locale, seppure in collaborazione con i sanitari, l'individuare e il sottrarre al soggetto eventuali mezzi atti a recare offesa a sé stesso o ad altri.

### **7.3 - Individuazione del SPDC per TSO**

Il sindaco, dovendo indicare il luogo dove trasportare l'infermo, deve conoscere la disponibilità di un posto letto in SPDC e quindi decidere per l'SPDC più vicino sulla base delle informazioni che il sistema 118 raccoglie e fornisce.

Tutti gli SPDC dovrebbero avere una organizzazione abbastanza elastica per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e di personale, tale da accogliere provvisoriamente in TSO un paziente che sia giunto in reparto nonostante tutte le precauzioni adottate. In questo caso la ricerca del posto letto definitivo è a cura del DSM o del 118 della USL, o della Direzione sanitaria nel caso di SPDC appartenenti ad Aziende ospedaliere. Per il trasferimento del paziente occorre una nuova ordinanza del sindaco e il paziente viene trasportato dall'ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l'ordinanza.

Il ricovero in un SPDC fuori Regione, in caso di mancanza di posti letto, si giustifica con la necessità di ottemperare all'obbligo della cura. Per ridurre al minimo il disagio del paziente si dovrebbe rispettare sempre il criterio di scegliere il SPDC più vicino.

Anche i trasferimenti di pazienti, dal SPDC indicato nell'ordinanza di TSO a quello di residenza del paziente, devono avvenire nel rispetto della dignità della persona e attuati per favorire i benefici di una successiva, più adeguata, presa in carico che garantisca una continuità terapeutica. Questa esigenza mette in secondo piano il rispetto di regole amministrative.

### **7.4 - Libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di ASO/TSO**

L'Art. 33, comma 2, ricorda che anche gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non debbono violare il principio del "rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici", compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Quest'ultimo viene limitato dall'espressione "per quanto è possibile" Pertanto deve essere garantita al paziente la libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti posti dalla disponibilità di posti letto e dall'opportunità di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva. Comunque occorre verificare la disponibilità, del servizio scelto dal paziente, ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l'impegno a favorire il ritorno al DSM inviante. Di questa mediazione si farà carico il DSM del luogo dove avviene l'avvio della procedura di TSO.



La scelta del paziente che non è stato possibile rispettare nell'immediato deve sempre essere tenuta presente ed esaudita "per quanto è possibile".

### **7.5- Accoglimento del malato presso l'S.P.D.C.**

Di seguito, il personale di Polizia Locale, accompagnato il paziente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura indicato nell'ordinanza, avrà cura di affidare lo stesso, collaborando in sede affinché siano attuate e verificate le condizioni di sicurezza, direttamente al medico di reparto, ritirando infine due delle tre copie dell'ordinanza che da questi verrà firmata a calce (di cui una verrà trasmessa dal sindaco all' ufficio del Giudice Tutelare entro le 48 ore successive).

Fatto salvo l'obbligo di mezzi da parte dei sanitari nel prevenire qualsiasi conseguenza o complicità del quadro patologico, qualora queste consistessero nell'imminenza di comportamenti violenti in SPDC, o di pericolo attuale per l'incolumità del soggetto o di terzi, i sanitari possono coinvolgere durante la degenza il personale della Forza Pubblica (carabinieri, polizia di stato), sia in "sostegno all'opera di soccorso" che per le specifiche competenze di tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico. Si ricorda che l'eventuale contenzione può essere giustificata, come per qualsiasi altro cittadino, solo dallo stato di necessità (serio, concreto ed immediato pericolo) o dalla repressione di reati, mai dalla natura del ricovero in regime di TSO<sup>20</sup>.

### **7.6 Avvertenze nell'esecuzione del T.S.O.**

Nel testo dei paragrafi precedenti compaiono dettagliatamente tutte le avvertenze che il personale del Servizio Sanitario e quello delle altre agenzie coinvolte nell'effettuazione dei TSO, devono rispettare al fine di garantire l'inviolabilità della libertà individuale (art. 13 della Costituzione della Repubblica), principio cui si può derogare solo in alcuni casi ben circoscritti, espressamente previsti dalle leggi dello Stato.

Non sembra pleonastico però ricordare che il rispetto di tutte le cautele richieste dalla legge e in generale della dignità della persona, non deve essere vanificato da modalità di effettuazione del TSO troppo invasive e "spettacolari": non va dimenticato che purtroppo la malattia mentale è ancora fortissimo veicolo di "stigma" - quindi di esclusione sociale - e che le recenti normative sul rispetto della privacy consigliano di mantenere durante l'intervento il più basso profilo possibile nella situazione data.

"Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti " provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

Con ciò la legge dà facoltà al giudice di non accontentarsi dei documenti che gli sono pervenuti, ma di compiere indagini per una valutazione che non potrà essere solo della correttezza formale del provvedimento, ma anche nuova valutazione del caso cui il provvedimento si riferisce e quindi, necessariamente, anche valutazione sanitaria.

La limitazione iniziale della durata del TSO in degenza ospedaliera presume che questo tempo sia sufficiente non al fine di guarire l'alterazione psichica ma a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del SPDC nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali, al fine di instaurare

<sup>20</sup> Art. 19 Codice di Deontologia Medica. "I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psicofisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Art. 49 Codice di Deontologia Medica. " in caso di trattamento sanitario obbligatorio, il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

altre modalità di rapporto con il paziente che favoriscano la libera accettazione della cura, o forme attenuate di intervento obbligatorio come il TSO non ospedaliero; e comunque tali da garantire una continuità terapeutica.

Il diritto riconosciuto all'infermo, nel corso del TSO, di comunicare con chi ritenga opportuno, costituisce una ulteriore garanzia per il paziente. Non solo è un rimedio contro l'isolamento ma anche contro i soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo.

Le persone ricoverate volontariamente in SPDC, se viene meno il loro assenso alle cure dovrebbero essere dimesse, salvo il configurarsi di una situazione di urgenza o l'esistenza delle tre condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, che deve essere attivato con le garanzie previste dalla legge.

Quanto alla "ulteriore durata presumibile del trattamento" la legge non pone limiti, anche se nella prassi corrente si tende ad applicare il limite di sette giorni. Questo è un esempio di una ulteriore garanzia offerta al paziente e comporta una periodica valutazione. Se da questa scaturisce la necessità di una continuazione della limitazione della libertà personale, si chiederà una convalida amministrativa e giurisdizionale.

Per il TSO in degenza ospedaliera "chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare". Anche il Tribunale ha facoltà di fare una indagine supplementare e quindi pronunciarsi in merito al provvedimento impugnato.

Le 48 ore disponibili per la notifica, da parte del messo comunale, al giudice tutelare dell'ordinanza di TSO in condizioni di degenza ospedaliera, decorrono dal momento del ricovero che viene attestato dal medico accettante con firma autografa su copia dell'ordinanza del sindaco che gli è presentata dalla Polizia municipale accompagnante il paziente in SPDC.

L'eventuale prolungamento della durata del TSO, dopo la scadenza dei primi sette giorni, avviene in seguito a una proposta motivata del Responsabile del SPDC, in cui il paziente è stato ricoverato, al Sindaco. La dizione "in tempo utile", che è inserita nella descrizione della procedura, è stata intesa nel senso che deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del TSO perché questi sono i termini temporali indicati nel primo comma dell'Art. 35. Nella prassi corrente il rinnovo del TSO avviene, se è ancora necessario, di sette giorni in sette giorni, per una prassi ovunque consolidata, che pone un limite temporale là dove la legge non dà indicazioni chiare.

## **8 - REVOCA DELL'ORDINANZA DI TSO PER ACCETTAZIONE DELLA TERAPIA DA PARTE DEL MALATO IN FASE DI ESECUZIONE DEL PROVVEDIMENTO**

---

### **8.1 Accettazione della terapia in fase di esecuzione di TSO**

Qualora in fase di attuazione dell'ordinanza di TSO il medico del DSM, anche all'arrivo del paziente in SPDC, decida di interrompere l'esecuzione poiché nell'estremo tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente questi accetta infine l'intervento terapeutico proposto; il sanitario formula contestuale e formale richiesta al Sindaco di revoca del provvedimento, essendone decaduti i presupposti.

Tale richiesta, viene consegnata immediatamente agli operatori di Polizia Locale presenti. Alla richiesta di revoca farà seguito l'emissione di un provvedimento di revoca dell'ordinanza di TSO.

## **9 - TSO IN REGIME DI DEGENZA OSPEDALIERA**

---

### **9.1 - PROCEDURE DA ATTUARE IN CASO DI ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DAL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

In caso di allontanamento dal reparto il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve inviare immediata segnalazione alla Forza Pubblica, specificando le condizioni cliniche del paziente e da quanto tempo lo stesso si trovi ricoverato in regime di TSO, affinché questi possa essere rintracciato dalla Forza Pubblica e quindi immediatamente ricondotto in SPDC.

Qualora il paziente risulti oggettivamente irreperibile alla Forza Pubblica, il responsabile dell'SPDC dovrà comunicare al Sindaco l'impossibilità di proseguire il TSO, avviando eventualmente una nuova procedura per il TSO nel momento in cui, stante le condizioni previste dalla Legge, il paziente si rendesse reperibile.

Nel caso in cui si sia a conoscenza che il paziente si trovi in un Comune afferente ad altra e diversa Azienda ULSS, il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura darà informazione al Servizio Psichiatrico Territoriale competente che provvederà a valutare la situazione ed eventualmente ad attivare una nuova procedura di TSO. sotto la giurisdizione del Comune in cui il paziente si trova in quel momento.

## **10- ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**

---

L'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), va ritenuto di applicazione per situazioni eccezionali e si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il *fondato sospetto* della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

La richiesta di ASO per malattia mentale viene fatta dal medico che, essendosi attivato per entrare in contatto con persona per la quale è ipotizzabile la necessità di una valutazione, perché sospettato di essere affetta da gravi disturbi psichici, ha sperimentato

personalmente che essa si sottrae attivamente al contatto e si è fatto il convincimento che la stessa rifiuta la propria collaborazione.

Le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura precedentemente il paziente, le richieste di intervento avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che sollecitano l'intervento del medico ma non sono sufficienti a motivare la richiesta di ASO.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le *motivazioni cliniche* che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento. Inoltre deve sempre considerarsi che l'ASO potrebbe dar luogo ad un successivo TSO, come pure rivelare l'assenza di una patologia psichiatrica.

Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (Centro di Salute Mentale, domicilio del paziente, Pronto Soccorso di ospedale civile).

Appare utile ipotizzare fra le possibili sedi dell'accertamento, anche l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

L'accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

In analogia con quanto previsto per i TSO alla ordinanza del Sindaco deve essere data esecuzione immediata, senza ritardo, e comunque non oltre le 48 ore<sup>21</sup>, termine entro il quale dovrà essere eventualmente ripresentato il certificato di proposta.

Nel caso in cui il sanitario che richiede l'ASO ritenga che non sussistano condizioni di urgenza tali da giustificare l'uso di mezzi coercitivi importanti, come ad esempio l'apertura forzata della porta di casa, se tempestivamente informato dagli operatori di Polizia Locale, potrà richiedere il rinvio dell'esecuzione dell'ASO ad altro momento più favorevole, sempre nei limiti temporali di validità sopra riportati.

Come per il TSO, le procedure relative all'acquisizione della documentazione da parte del Comune, nonché la notifica e l'esecuzione del provvedimento coattivo (ordinanza), sono sempre di esclusiva competenza della Polizia Locale (salvo l'ulteriore coinvolgimento da parte di questa della forza pubblica).

Va sottolineato che l'ASO di norma riguarda cittadini non in carico ai Servizi, su proposta di un solo medico. La competenza della Polizia Locale si integra con la possibilità di richiedere l'ambulanza del SUEM per l'accompagnamento, tuttavia deve sottolinearsi che non essendovi stata una valutazione sanitaria, di per sé l'esecuzione è un mero atto di accompagnamento che potrebbe avvenire solo a cura della Polizia Locale. Da ciò ne consegue l'estrema fragilità di quanto normato dalla Legge, che come provvedimento è semplicemente citato senza che si entri in merito a modalità specifiche o a tutele giurisdizionali. Inoltre, le motivazioni su cui poggia la proposta si fondano spesso su dichiarazioni di terzi, non necessariamente i familiari, conseguendo quindi un marcato profilo di responsabilità del proponente e il rischio di reati a danno del cittadino.

E' importante che nel definire la necessità di un ASO e nell'espletamento della sua procedura, pur nel rispetto della privacy, si cerchi un adeguato coinvolgimento dei familiari.

Stante le difficoltà riportate, si ritiene di adottare la seguente procedura:

- La proposta *deve poggiarsi su molteplici segnalazioni*, in primis da parte dei familiari, rispetto alle quali gli altri segnalanti dovranno dare forma scritta assumendosene la responsabilità.

<sup>21</sup> In analogia con quanto disposto dal Codice di procedura penale per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida.

- Segue una *prima valutazione del medico di medicina generale*, che effettivamente cerca di entrare in contatto con il suo assistito, anche recandosi a domicilio;
- *Viene coinvolto il Centro di Salute Mentale*, con cui congiuntamente il medico di medicina generale effettua un tentativo di accesso.
- *Solo* nel caso di comprovata non rintracciabilità del soggetto è possibile dar corso alla proposta, che di norma dovrà avvenire su iniziativa di uno psichiatra del CSM (in orario di chiusura dei CSM saranno attivi i medici di continuità assistenziale, che potranno consultarsi con il medico di guardia o in pronta disponibilità ospedaliera dell'SPDC).
- Si ritiene che notifica ed esecuzione possano effettuarsi con modalità operative analoghe a quelle previste per il TSO, salvo la diversa sede di effettuazione che sarà di norma il Centro di Salute Mentale o il Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale (in orario di chiusura del CSM).
- Nell'ordinanza sindacale di ASO deve essere indicata la sede dove si intende effettuare l'ASO: domicilio del paziente, servizio territoriale, Pronto soccorso ospedaliero, Ambulatorio del Medico di Medicina Generale. L'ASO non può essere svolto in degenza ospedaliera. E' opportuno che a valutare il paziente sia il medico o l'équipe del servizio pubblico che ha già tentato di entrare in contatto con lui, dopo che, a seguito dell'ASO, è possibile finalmente garantirne la presenza.

Sarebbe fuori luogo attivare un ASO quando esistono sufficienti elementi di valutazione che fanno già progettare un TSO. Non è corretto scaricare su altri una decisione meno accolta al paziente che un "semplice" ASO, Ma è opportuno che il medico si limiti all'attivazione di una procedura di ASO, quando, pur venuto in contatto con il paziente, sia in dubbio di aver identificato tutti gli elementi che sono richiesti per avanzare una proposta di TSO e ritenga gli sia necessaria una consulenza specialistica psichiatrica per sciogliere i dubbi, consulenza che non è attualmente disponibile. In questi casi l'ASO, eventualmente presso il Pronto soccorso di un ospedale, dove sia disponibile una consulenza psichiatrica, o in altro luogo dove sia reperibile uno psichiatra, eventualmente anche presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, sarebbe l'intervento più corretto, soprattutto per evitare un TSO non necessario. Si tratta di una precauzione di buona pratica, un suggerimento che vale anche per il medico (o i medici) del 118. Appartiene alla prassi consolidata ritenere che un'ordinanza di ASO, non eseguita entro 48 ore, non sia più valida e si richieda una nuova proposta.

**REGIONE LIGURIA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 3**  
**"GENOVESE"**

DELIBERAZIONE N. **127** del **28 FEB, 2013**

**OGGETTO:** Approvazione procedura di collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale del Comune di Genova per l'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO).

Su proposta del Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

- Premesso che:
  - la Legge n. 833/1978 agli artt. 33,34 e 35 disciplina gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
  - la Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome ha emanato in data 29 aprile 2009 le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per la malattia mentale";
  
- Preso atto che per quanto concerne interventi sul territorio del comune di Genova è attiva una pluriennale e proficua collaborazione tra il Corpo di Polizia municipale ed il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze che consente di migliorare la metodologia e l'appropriatezza degli interventi;
  
- Preso atto che il costante monitoraggio e la periodica revisione degli atti emanati dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e dal Corpo di Polizia Municipale hanno prodotto una solida prassi operativa;
  
- Considerato che questa procedura è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di :
  - 1 garantire la corretta esecuzione dei TSO sia negli aspetti normativi sia negli aspetti clinico/operativi;
  - 2 proporre il percorso maggiormente idoneo alla tutela del paziente e della garanzia sulla legittimità ed adeguatezza dell'intervento;
  - 3 rafforzare i rapporti di collaborazione tra il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ed la Polizia Municipale;
  
- Vista la nota del Corpo di Polizia Municipale prot. n. 378590 del 12.12.2012, che approva la procedura di collaborazione e ne dichiara l'immediata efficacia;

- Vista altresì, la nota della Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali, prot. n. PG/2013/1551 del 7.1.2013, che esprime parere favorevole per l'adozione della procedura di collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale per l'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori;
- Ritenuto di approvare la “ Procedura di collaborazione con il corpo di Polizia Municipale del Comune di Genova per l' esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori”, allegato A al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;

DELIBERA

- 1) di approvare la “Procedura di collaborazione con il corpo di Polizia del Comune di Genova per l'esecuzione dei trattamenti Sanitari Obbligatori”, allegato A al presente atto di cui è parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare mandato al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di inviare il presente provvedimento alla Direzione Sanitaria dell'E.O. Galliera ed alla Direzione Sanitaria IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST, alla Direzione del Presidio Unico Ospedaliero, alla S.C. Cure Primarie;
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- 4) di dare, altresì, atto che la presente deliberazione è composta da n. 2 pagine e dall'allegato “A” di cui è parte integrante e sostanziale, composto da n. 14 pagine

Procedura di collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale  
per l'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori

Documenti di riferimento

- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 " *Istituzione del servizio sanitario nazionale* " artt. 33-34-35
- Codice Penale artt. 51 " *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere* " 54 " *Stato di necessità* " 582 " *Lesione personale* " 591 " *Abbandono di persone minori o incapaci* " 593 " *Omissione di soccorso* " 605 " *Sequestro di persona* " 610 " *Violenza privata* "
- Ordine di servizio Corpo Polizia Municipale 24.02.1993
- Direttiva direzione DSM prot. 126/97
- Direttiva direzione DSM prot. 520/97
- Nota direzione DSM prot. 126/97
- Linee Guida per la sicurezza dei pazienti e degli operatori DSM aprile 1999
- Ordine di servizio Corpo Polizia Municipale n 61 del 22.10.2001
- Protocollo di intesa per le procedure di intervento in relazione ad accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori del 25 novembre 2008
- Ordine di servizio Corpo Polizia Municipale n 92 del 09.12.2008
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome " *Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale ( art. 33, 34, 35 legge 23 dicembre n. 833) - 29 aprile 2009*

**Scopo**

Revisione periodica del percorso di collaborazione tra il personale sanitario DSM Dip e il Corpo di Polizia Municipale di Genova.

**Applicabilità**

Tutte le strutture della ASL 3 , in caso di assistenza a pazienti che per cause cliniche , diverse e/o concomitanti, prefigurino la necessità di un ricovero in regime di trattamento sanitario obbligatorio

**Obiettivi**

- Garantire la corretta esecuzione dei TSO sia negli aspetti normativi sia negli aspetti clinico/operativi
- Proporre il percorso maggiormente idoneo alla tutela del paziente e della garanzia sulla legittimità ed adeguatezza dell'intervento
- Rafforzare i rapporti di collaborazione tra DSMDip e Polizia Municipale



## Oggetto

In considerazione della pluriennale e proficua collaborazione con il Corpo di Polizia Municipale , al fine di migliorare la metodologia e l' appropriatezza degli interventi , si rende necessario un costante monitoraggio e una periodica revisione dei vari atti che nel corso degli anni hanno permesso una solida prassi operativa

## Attività

Gli artt. 33, 34, 35 della legge 833/78 prevedono e disciplinano i TSO affidando al Sindaco , quale Autorità sanitaria ,previa proposta motivata e successiva convalida da parte di due medici di cui il secondo di servizio pubblico, la competenza ad emanare il relativo provvedimento

## Richieste di collaborazione

### Polizia Municipale

- riguardano il territorio del Comune di Genova
- afferiscono al Comando Autoreparto
- attività di scorta nel corso del trasferimento anche al di fuori del territorio comunale con autoambulanza o con qualsiasi altro automezzo ( ordine servizio n. 61 del 22.10.2001 )
- nei casi di interventi particolarmente complessi , anche a fronte di comportamenti potenzialmente aggressivi e violenti può esservi l'utilizzo , per l'intervento, di strumenti basilari di difesa personale in dotazione.

## Modalità Operative

### Personale sanitario

- la presenza del personale sanitario durante la durata della procedura è obbligatoria poiché funzionale alla presa in carico e trova fondamento nell'ambito più generale dell'assistenza della persona.
- le competenze di ordine sanitario, approntare e somministrare terapie, eseguire manovre e/o trattamenti terapeutici , non possono essere delegate all'intervento delle forze dell'ordine ( Polizia Municipale ,Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri )
- il personale sanitario è chiamato a svolgere le proprie funzioni rivolte alla tutela del malato e della sua salute.

### Integrazione delle competenze durante l'esecuzione del TSO

- le competenze e le responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia Municipale.
- durante l'esecuzione di una ordinanza **il personale sanitario continua ad essere titolare di ruolo tecnico** finalizzato alla tutela della salute del paziente, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto e alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso.
- qualora **ogni possibile** intervento del personale sanitario si dimostri vano e si **renda necessario l'uso di coazione fisica** , subentra la specifica competenza della polizia municipale
- l'intervento della PM non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario bensì **contestuale** e rispettosa dei rispettivi ambiti di intervento.
- l'accompagnamento in Pronto Soccorso deve prevedere la presenza di personale sanitario

### Interventi in Pronto Soccorso precedenti l'ingresso in reparto

- gli accompagnatori non possono abbandonare il paziente finchè la presa in carico da parte del personale del Pronto Soccorso non è avvenuta
- tale presa in carico deve essere in termini di pieno controllo della situazione ricorrendo , se necessario alla coazione fisica
- controllare il paziente in ordine di possesso di armi improprie, denaro , oggetti di valore, farmaci e/o sostanze stupefacenti
- il controllo deve essere effettuato **prima** dell'invio in reparto
- in caso di agitazione psicomotoria , grave, con potenziale o conclamato comportamento aggressivo , la terapia sedativa va iniziata già in Pronto Soccorso, con consulenza dello psichiatra di turno.
- il ricovero di un paziente in tali condizioni può innescare una situazione potenzialmente non controllabile , con rischio di sicurezza per il personale di assistenza del Pronto Soccorso e del reparto.
- tutte le predette azioni sono parte integrante della presa in carico.
- nei casi particolarmente complessi e/o difficili l'accompagnamento dal Pronto Soccorso al reparto di degenza da parte della forza pubblica sembra necessario ed opportuno ( parti già presenti nelle direttiva DSM 520 /97 e linee guida DSM 1999)
- in caso di manifestarsi , all'interno del reparto, di episodi di aggressività o violenza di difficile controllo, o comunque potenzialmente pericolosi per gli altri degenti o per il personale presente, si configura una situazione di rischio di ordine pubblico e non di TSO, pertanto la richiesta di intervento deve essere rivolta a tutte le organizzazioni deputate alla tutela dello stesso (Polizia di Stato , Arma dei Carabinieri , Polizia Municipale)
- potrebbe rendersi necessario , da parte della Polizia Municipale esercitante funzioni di polizia giudiziaria, di provvedere all'identificazione della generalità del paziente ricoverato come N. N.

## Interventi in età evolutiva

Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure e i luoghi degli adulti, dall'altro non vanno dimenticati il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e la specifica complessità del problema del consenso nei minori. Si pongono quindi alcuni nodi critici .

### Funzioni del Tribunale per i Minori e del Giudice Tutelare

Le funzioni attribuite dalla Legge al Tribunale per i Minorenni e al Giudice Tutelare sono diverse.

**Il Giudice Tutelare** ha prevalentemente la funzione di garantire la tutela dei soggetti che non sarebbero per diversi motivi, transitori o permanenti, in grado di tutelarsi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorità nei confronti del soggetto.

Nelle procedure del TSO il GT assume lo stesso ruolo, senza una specializzazione in ambito minorile.

**Il Tribunale per i Minorenni** invece è organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario.

**L'operatore sanitario**, a maggior ragione se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l'effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è infatti tenuto a darne segnalazione all'Autorità competente per i minori.

**Le segnalazioni** vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, che ha il compito di valutare se effettivamente esista un problema di tutela, e se conseguentemente sia necessario attivare il Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale.

Nella maggior parte dei casi avviene invece la prescrizione degli interventi specifici necessari ed il tribunale riveste il ruolo di risorsa esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il Giudice minorile incarna una figura autorevole e neutrale, (altrimenti assente dalla scena, il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l'équipe curante).

**Nei casi di assoluta urgenza**, nei quali bisogna assumere un provvedimento immediato nello spazio di poche ore, è possibile la segnalazione diretta al Tribunale per i Minorenni.

**Urgenza indifferibile** così come per gli adulti , a maggior ragione per i minori, è opportuna una grande attenzione nella valutazione delle condizioni che autorizzino il ricorso a questa fattispecie, spesso fortemente condizionata da fattori esterni allo stato clinico .

In ogni caso, è buona pratica cogliere ogni occasione per rinegoziare con il paziente e i familiari un possibile consenso e ogni possibile alleanza per il trattamento.

**a ) In caso di assenso del minore e consenso dei genitori**

- non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri

**b) In caso di assenso del minore e rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori**

- vi è necessità di segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni
- oppure il ricorso ad ASO e TSO

**c ) In caso di rifiuto del minore e rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori**

- si configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore
- vi è necessità di segnalazione alla Procura del presso il Tribunale per i Minorenni

**d ) In caso di rifiuto del minore e assenso da parte di uno o entrambi i genitori**

**entrambi i genitori danno il proprio consenso**

- in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO

**e ) In caso di rifiuto del minore e assenso da parte di uno o entrambi i genitori**

**assenso formale ma ambiguo da parte di uno o di entrambi i genitori**

- in questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, evidenziando anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio

	<i>Minore "maturo"</i>	<i>Genitori</i>	<i>Procedura</i>
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori <i>oppure</i> ASO/TSO
d.	Rifiuto	Consenso situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO
e.	Rifiuto	Consenso situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori

## **ALLEGATI**

- 1. modulo di proposta TSO**
- 2. modulo di convalida TSO**
- 3. modulo di non convalida TSO**
- 4. modulo di proroga TSO**
- 5. modulo di cessazione TSO**
- 6. modulo “ stato di necessità”**

2

## LEGENDA

### 1. Il modulo di PROPOSTA deve:

- essere compilato in ogni sua parte dal medico che, visitato il paziente, riscontra la necessità di ricorrere al T.S.O.
- essere redatto in triplice copia e firmato in originale su ogni copia.
- essere allegato alla eventuale convalida e consegnato al personale dell'Ospedale presso cui viene avviato il paziente.

### 2. Il modulo di CONVALIDA deve:

- essere redatto da un medico della struttura pubblica (ASL, Ospedale .....
- essere compilato in ogni sua parte dal medico che, visitato il paziente e verificata la sussistenza dei requisiti necessari, conferma la necessità di ricorrere al T.S.O.
- essere redatto in triplice copia e firmato in originale su ogni copia.
- essere allegato alla eventuale convalida e consegnato al personale dell'Ospedale presso cui viene avviato il paziente.

### 3. Il modulo di "NON CONVALIDA" deve:

- essere compilato in triplice copia e firmato in originale dal medico della struttura pubblica che, visitato il paziente, riscontra essere venute meno anche una sola delle tre condizioni necessarie perché si possa procedere al T.S.O. (ad es. il paziente accetta il ricovero, oppure una terapia ecc..)
- essere allegato alla proposta
- consegnato al personale dell'Ospedale presso cui viene avviato il paziente

### 4. Il modulo di PROROGA deve:

- essere compilato da un medico dell'S.P.D.C. presso cui il paziente è ricoverato, qualora, dopo i primi sette giorni di ricovero si ravvisi la necessità di proseguire il regime di ricovero e sussistano ancora le tre condizioni indispensabili che hanno portato all'esecuzione del T.S.O.
- essere redatto in triplice copia, ciascuna firmata in originale
- essere inviato alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale presso cui il paziente è ricoverato

### 5. Il modulo di CESSAZIONE deve:

- essere compilato da un medico dell'S.P.D.C. presso cui il paziente è ricoverato, quando, durante il periodo di validità di un T.S.O., venga a decadere anche sola una delle tre condizioni necessarie che hanno indotto l'esecuzione del provvedimento di ricovero obbligatorio: il paziente accetta di proseguire il ricovero o le terapie oppure le condizioni psichiche migliorano.....
- essere redatto in triplice copia ciascuna firmata in originale
- essere inviato alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale presso cui il paziente è ricoverato

## 6. Il modulo di "STATO DI NECESSITÀ"

Si precisa che tale modulo non è contemplato dalla legge vigente.

Trattasi di un documento, in uso nel solo territorio comunale della città di Genova, finalizzato ad autorizzare l'accompagnamento del paziente da parte della forza pubblica, al Pronto Soccorso di competenza.

Tale documento è stato concordato, in allora, con il Giudice Tutelare per consentire l'espletamento della prima parte del Trattamento Sanitario Obbligatorio anche in assenza del provvedimento del Sindaco. Ciò per garantire al paziente i primi necessari provvedimenti in attesa della Ordinanza Sindacale. Si è valutato infatti che in una realtà urbana di dimensioni medie come è quella genovese, l'attesa della convalida, la consegna dei documenti all'Ufficio comunale che redige l'Ordinanza del Sindaco ed infine il recapito del documento ufficiale ai Vigili intervenuti avrebbe rappresentato una perdita di tempo che poteva comportare dei rischi per la salute del paziente che veniva a trovarsi, anche per diverse ore, in assenza delle cure che per definizione, con la redazione della proposta, vengono considerate necessarie ed inderogabili. L'attestazione dello stato di necessità viene richiesta dai Vigili intervenuti per eseguire il ricovero, per motivare il loro intervento nell'attesa del documento del Sindaco che verrà redatto nelle ore successive e comunque dopo l'eventuale convalida.

### Deve:

- essere compilato dal medico proponente il TSO in copia singola
- essere consegnato alle forze dell'ordine intervenute per l'espletamento della procedura



**Associazione "LIGABUE" onlus - C.R.A.S.M.** associato U.N.A.S.A.M



U.N.A.S.A.M. ONLUS  
Unione Nazionale Associazioni  
per la Salute Mentale

Via Chiaranda' 15- 93100 Caltanissetta

Tel. fax 0934 21221

Contatti Email Segreteria : [gaetano.lobue@gmail.com](mailto:gaetano.lobue@gmail.com) Direzione [avv.s.pecoraro@tiscali.it](mailto:avv.s.pecoraro@tiscali.it)

**OGGETTO:** relazione c.r.a.s.m Sicilia

Il "C.R.A.S.M." (Coordinamento Regionale Associazioni per la Salute Mentale) rappresenta tutte le associazioni dei familiari della Sicilia aderenti all' U.N.A.S.A.M. Nazionale. Premesso che ogni regione ha le sue peculiarità che riguardano l'area della salute mentale, il C.R.A.S.M., come già affermato in diverse occasioni, ha apprezzato lo sforzo della regione Sicilia e dell'Assessorato alla Sanità di portare innovazioni e cambiamenti sia culturali che organizzativi all'interno dei dipartimenti di salute mentale attraverso le norme regionali denominate "Piano Strategico Salute Mentale", strumento che, nella sua forma attuativa, prevede il coinvolgimento delle associazioni dei familiari, degli utenti, del terzo settore, degli enti locali, etc..

Se ciò rappresenta un punto innovativo importante nei servizi di salute mentale è anche vero però che bisogna tenere conto delle reali criticità ancora esistenti e delle problematiche che possono inficiare il piano strategico e cioè:

- a) la carenza nei dipartimenti di tutte le figure professionali ivi previste (al momento siamo a livelli di guardia) ha raggiunto dimensioni allarmanti. Se *spending review* significa maggiore controllo della spesa sanitaria con la razionalizzazione delle risorse, ridurre il personale nei servizi o non adottare tutte quelle misure idonee che dovrebbero dare respiro alle famiglie ( che hanno attualmente il peso maggiore nel gestire quotidianamente i congiunti sofferenti psichici all'interno del proprio nucleo ) vanifica gli sforzi intrapresi così come previsti nel Piano Strategico e si traduce in definitiva in un aumento dei costi della spesa. Questo per evidenziare il continuo aumento del numero di T.S.O., la riduzione drastica delle visite domiciliari, i servizi che lavorano soltanto sulle emergenze e, nella stragrande maggioranza dei casi, con il solo l'intervento farmacologico. Attualmente non tutti i dipartimenti siciliani hanno adottato in fase attuativa le linee guida del nuovo Piano Strategico che prevede tra l'altro il Piano terapeutico personalizzato, il budget di salute e altro. Ritardo del piano che si traduce in disservizi e precarietà di cura;
- b) è un dato di fatto che ancora a tutt'oggi, pur normato con un articolo di legge, rimane irrisolta l'integrazione socio sanitaria. Si continua a lavorare in compartimenti stagni, senza nessun collegamento tra i vari Assessorati (In special modo quelli alla Sanità e alla Famiglia)

18



- e con le inevitabili conseguenze di una programmazione monca su tanti aspetti che riguardano proprio la salute e la famiglia ;
- c) rimangono ancora aperti tutti i temi concernenti gli inserimenti lavorativi e l'inclusione sociali, poche ancora le esperienze in tal senso (vedi legge 68), sottostimate e sottovalutate risultano le imprese sociali e le cooperative sociali di tipo B;
  - d) si fa ancora ben poco per la lotta contro lo stigma e il pregiudizio, permanendo quindi difficoltà relazionali per chi vive il disagio psichico;
  - e) altra problematica importante da affrontare è quella relativa alla residenzialità privata delle comunità terapeutiche assistite, strutture ad alta protezione e con un costo elevato che toglie risorse alle strutture pubbliche e a quelle socio sanitarie a bassa protezione.
  - f) rimane irrisolta ancora oggi la cd. semi residenzialità. Sono infatti pochissimi i centri diurni presenti in Sicilia, a dispetto di quanto previsto dal P.O. 98/2000. Quelli che si definiscono centri diurni all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale sono semplicemente stanze adibite ad attività riabilitative non conformi alla suddetta normativa;
  - g) la Sicilia attualmente è l'unica regione a non aver deliberato il passaggio dell'O.P.G. (Barcellona Pozzo di Gotto) dal Ministero di Grazia e Giustizia al Ministero della Salute. Ciò si traduce in un ulteriore ritardo rispetto a quanto previsto con la conversione in legge del D.L. 52/2014. Riteniamo necessario e prioritario attuare i progetti individualizzati e i budget di salute, per questo l'Assessorato alla Salute pare che abbia stanziato una quota per i P.T.I per le persone internate presso l'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto e per evitare anche in questo settore la moltiplicazione di strutture residenziali private. Tale questione va affrontata e risolta urgentemente.

Va evidenziata infine la difficoltà delle famiglie e delle stesse associazioni dei familiari a trovare interlocutori all'interno dei dipartimenti per una efficace gestione pianificata di percorsi. Si evidenzia la urgente necessità del pieno riconoscimento sociale e politico delle Associazioni dei familiari e degli utenti, attraverso la partecipazione attiva nelle Consulte Dipartimentali e in ogni Azienda Sanitaria, l'emanazione di linee guida nazionali che garantiscano uniformità di comportamenti.

Infine si chiede un incontro con l'Assessorato alla Sanità per discutere della necessità di emanare norme attuative dei programmi contenuti nel PIANO STRATEGICO per la SALUTE MENTALE e per l'avvio e il funzionamento dei Piani di Azione Locali ed ai temi ad essi collegati.

Cordialmente

**Salvatore Pecoraro**

Presidente del CRASM Sicilia

e dell'Associazione LIGABUE onlus



### **A) Aspetti e criticità attuali della salute mentale sul territorio**

Le associazioni, sulla base delle informazioni che quotidianamente ricevono dai familiari e di alcuni dati raccolti dalla stessa Regione, rilevano le seguenti criticità:

1. Il personale dei DSM è insufficiente e non viene rispettato lo standard concordato di un operatore ogni 1500 abitanti serviti, nei servizi pubblici.
2. Nessun DSM risulta aperto 24/24 e nemmeno per almeno 12 ore nei giorni festivi, ad eccezione di un CSM.
3. Le urgenze/emergenze non sono gestite in maniera consona ai bisogni di una persona in fase di acuzie, specialmente presso il pronto soccorso dove sono costrette a fare lunghe attese con evidenti disagi per tutti.
4. Le residenze sanitarie stanno diventando, in molti casi, residenze di intrattenimento in quanto mancano diffuse e articolate residenze socio-sanitarie e sociali con vari livelli di protezione. Le rette a carico dei familiari, per le stesse residenze, stanno diventando un onere insostenibile e recenti provvedimenti regionali introducono soluzioni gestionali confuse che non tengono conto delle peculiarità del settore e della necessità di oneri differenziati.
5. Non è stata data continuità a iniziative di prevenzione strutturate e capillari.
6. Non è stata adeguatamente finanziata e supportata la formazione continua degli operatori, anche attraverso la supervisione clinica, specialmente nei confronti delle équipe delle strutture residenziali e semiresidenziali.
7. Sulle contenzioni non sono state adottate le necessarie linee di indirizzo per prevenirle e per disciplinarne le modalità attuative e il monitoraggio.
8. Le psicoterapie sono spesso accessibili solo a pagamento e fuori dai CSM.
9. Non esiste una rete organizzata e integrata di servizi, sia per la neuropsichiatria infantile, sia per i disturbi del comportamento alimentare.
10. Non è stato affrontato in maniera organica il cosiddetto problema del "dopo di noi", cioè di come dare continuità a quelle situazioni di giovani che, grazie all'apporto delle famiglie, evitano l'istituzionalizzazione in residenze pubbliche.
11. In materia di inserimento e mantenimento lavorativo di persone con disturbi psichici, che la Regione ha ben avviato sul piano normativo e finanziario, occorre adottare ulteriori linee di indirizzo, per evitare abbandoni e potenziare i risultati.
12. La consulta regionale, pur costituita fin dall'anno 1996, negli ultimi anni viene regolarmente ignorata e convocata raramente.

Sede Legale c/o Istituto G.F. Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 - 40123 Bologna

Tel. 051/5288526/11 - fax 051/521268 - e.mail: [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it)

[www.unasam.it](http://www.unasam.it) - C.F.: 96266330588

20

13. Non vi sono indicatori omogenei e completi sulle attività dei DSM, indispensabili perché le famiglie possano valutare i servizi e le eventuali disomogeneità.
14. Non è stato introdotto in maniera capillare, con regole certe e omogenee, l'operatore di riferimento, almeno per i casi più gravi, così come previsto dal progetto obiettivo.

## **B) Situazione attuale e organizzazione dei servizi territoriali**

Funzionano 5 DSM, articolati in 13 Centri di salute mentale, con bacini di competenza di piccole/medie dimensioni ( dai 50.000 ai 160.000 abitanti; un solo CSM serve una popolazione di circa 240.000 abitanti). Funzionano, presso tutti i CSM, centri diurni e residenze sanitarie, che, salvo due/tre situazioni da chiarire ed eventualmente da superare, sono tutte di piccole dimensioni, con non oltre 20 posti. Solo il CSM di San Benedetto del Tronto non dispone di alcuna residenza. Gli operatori delle strutture pubbliche sono circa 900. Sono attivi i servizi del sollievo, apprezzati dalle famiglie, gestiti dagli ambiti sociali, presso tutte le aree di competenza dei CSM. Gli utenti in carico sono circa 20.000. Vengono realizzati numerosi inserimenti al lavoro.

## **C) Proposte delle associazioni.**

Le associazioni delle famiglie non fanno una valutazione oltremodo negativa dello stato dei servizi per la salute mentale nelle Marche e sono convinte che se si elimineranno con puntualità le carenze segnalate, si potrà conseguire, in tempi ravvicinati, l'obiettivo di un valido, ottimale e strutturato modello di psichiatria di comunità. Le associazioni si rammaricano quindi che la Regione e gli enti del servizio sanitario regionale, non applicando il Progetto obiettivo regionale, stiano perdendo l'occasione per realizzare quel modello di psichiatria di comunità tanto atteso da chi ha a cuore la piena applicazione della legge Basaglia.

Esse lamentano inoltre la persistenza di alcune strutture residenziali sanitarie che presentano concentrazioni di posti letto che le associazioni ritengono non in linea con i regolamenti regionali. Infatti il requisito di un massimo di 20 posti o eccezionalmente di due moduli attigui 20 più 20 non viene rispettato. Queste concentrazioni riproducono di fatto situazioni neomanicomiali e non favoriscono la collocazione capillare e periferica delle residenze.

Le residenze sociali sono nettamente insufficienti, se si escludono le grandi residenze con decine o centinaia di posti letto, che le associazioni reputano del tutto inadatte. Secondo le Associazioni occorre invece promuovere opportunità abitative dignitose, nei luoghi di origine dell'assistito, evitando inaccettabili forme di allontanamento e assicurando quindi, in relazione ai personali bisogni nelle varie fasi della vita, la possibilità di accedere a residenze sociali, transitorie e/o di lungo termine con max 5/6 posti. Manca in definitiva, una rete di residenze integrata tra residenze sanitarie e residenze sociali.

Sede Legale c/o Istituzione G.F. Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 - 40123 Bologna

Tel. 051/5288526/11 - fax 051/521260 - e.mail: [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it)

[www.unasam.it](http://www.unasam.it) - C.F.: 96266330688

*Ed*

Infine le famiglie auspicano la piena applicazione del consenso informato e della carta dei diritti del malato psichiatrico, previo opportuno monitoraggio da condurre in accordo tra associazioni e Regione.

Sede Legale c/o Istituzione G.F. Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 -- 40123 Bologna

Tel. 051/5289526/11 -- fax 051/521268 -- e.mail: [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it)

[www.unasam.it](http://www.unasam.it) - C.F.: 96256330598

22

## STATO DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE NELLA REGIONE PIEMONTE

La relazione che segue si basa sulle informazioni e le segnalazioni provenienti dalle associazioni socie UNASAM del territorio regionale e fa seguito alla lettera "Salute Mentale e Diritti" inviata a luglio 2014 ai rappresentanti della Giunta Regionale in carico.

Le criticità descritte fanno capo principalmente a due questioni: le risorse economiche, gli organici dei DSM (dipartimenti di salute mentale). Entrambe incidono e determinano l'indebolimento dei Servizi e il loro deterioramento, a partire da ciò è inevitabile la ricaduta, che incide negativamente, sul funzionamento stesso dei Servizi e sulla valenza terapeutica e riabilitativa che vengono ad assumere i progetti di cura offerti.

- 1) I DSM risentono pesantemente della riduzione delle risorse economiche loro destinate. La distribuzione delle risorse del bilancio delle ASL non è omogenea ed il budget è inferiore a quel 5% della spesa sanitaria indicato dai Progetti Obiettivo Nazionali.
- 2) L'esiguità delle risorse professionali nei DSM, che è penalizzata ulteriormente dalla mancanza del turnover, è assolutamente insufficiente per assolvere alle necessità dei pazienti e per affrontare adeguatamente il disagio psichiatrico ed i bisogni emergenti che ampliano per contro, le situazioni di disagio mentale e psichico.

Il funzionamento dei servizi di salute mentale territoriali presenta diverse e articolate carenze che ricadono sui pazienti e sulla loro sofferenza. :

- Presa in carico spesso non sollecita o tardiva, con implicazioni importanti sull'evolvere della malattia e sull'adesione alle cure.
- Il prevalente, se non esclusivo, utilizzo delle terapie farmacologiche e l'ampio ricorso ai ricoveri.
- La difficoltà ad avvalersi delle visite domiciliari.
- La difficoltà a contattare i curanti: medici, psicologi o altri operatori.
- La mancanza di coinvolgimento del paziente e dei famigliari alla definizione del progetto di cura individuale.
- Negli SPDC, si segnala la persistenza delle pratiche di contenzione fisica.
- I diritti quali la casa e il lavoro, esperienze che si mostrano essenziali per i pazienti psichiatrici e per il ritorno alla normalità, sono per lo più praticati per brevi periodi e rispondono prevalentemente a situazioni contingenti piuttosto che ad un percorso di re-inserimento sociale e riabilitativo. La riduzione di risorse penalizza interventi quali: borse lavoro, assegni terapeutici che permettono esperienze di abitare individuali e/o per piccoli nuclei.

## ASSOCIAZIONE A.RE.SA.M. ONLUS REGIONE LAZIO

### **La situazione della salute mentale nella Regione Lazio**

#### Criticità

L'impovertimento delle piante organiche e il blocco del turnover ha ridotto l'accesso alle cure, appropriate ed efficaci, disgregato le equipe multiprofessionali e sottratto diritti ad una utenza già duramente colpita.

1. Le condizioni in cui versano i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della Regione Lazio non permettono di garantire i Livelli Essenziali di Cura e di Assistenza, contravvenendo a quanto definito dal Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale della Regione Lazio (DGR 236/2000).

2. Il continuo grave depauperamento del personale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione, infermieri) dimezzato rispetto agli standards del Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale Regionale per il blocco del turnover a fronte di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti, decessi, personale precario, che ha permesso ad oggi la parziale copertura dei servizi non garantisce la sicurezza della continuità della cura che è essenziale nel percorso di cura e di recupero.

3. Il sostegno alla Cooperazione sociale e all'integrazione socio lavorativa delle persone con sofferenza mentale diventa indispensabile e non può più attendere come pure la piena applicazione della legge 68/99.

Continui tagli alla spesa sociale che per la salute mentale vogliono dire sostegno all'abitare, alla progettualità riabilitativa e formativa, all'inserimento lavorativo, alla risocializzazione impediscono una qualità di vita accettabile e il rischio della istituzionalizzazione.

4. Il potenziamento della rete degli SPDC è indispensabile data la grave carenza di letto per acuzie (sono disponibili metà dei posti letto programmati secondo normativa). E' necessario un riordino del quadro regionale che preveda la pronta apertura del SPDC del Policlinico Casilino e del Policlinico di Tor Vergata, come previsto dal DCA n. 80/2010, del Policlinico Gemelli e la riapertura dell'SPDC del Fatebenefratelli all'isola Tiberina di Roma. Vanno aggiunte le attuali UOC e le connesse UOS della A.P. Policlinico Umberto I e S. Andrea, a direzione universitaria per le quali devono essere formalizzate le convenzioni assistenziali.

5. Le condizioni in cui versano le strutture dedicate alla salute mentale, limitate nel numero e negli spazi a disposizione impediscono la presenza del servizio pubblico in interi quadranti della città di Roma e della regione.

Sede Legale c/o Istituzione G.F. Minguzzi Via San'Isaia, 90 - 40123 Bologna

Tel. 051/5288526/11 - fax 051/521268 - e.mail: [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it)

[www.unasam.it](http://www.unasam.it) - C.F.: 96256330588

25

6. La discontinuità delle risorse economiche indirizzate ai sussidi e i ritardi di oltre un anno nella determinazione da parte della Regione Lazio degli importi dedicati alle provvidenze economiche minano gravemente il recupero.

7. Indispensabile è la riorganizzazione funzionale dei servizi territoriali TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva) e la collaborazione DSMTSMREE nel critico passaggio adolescenza continuativa-evolutiva.

8. REMS: il numero dei posti letto nelle REMS è sovradimensionato (40 pl nella ASL RM A+ 40 pl nella ASL RM G + 11 pl per sole donne nella ASL RM C) rispetto ai reali fabbisogni ove vengano relizzatiriabilitazione e inclusione sociale. In particolare la REMS per sole donne potrebbe essere eliminata e rimpiazzata da una sezione femminile di pochi pl (3si sta impegnando per una revisione del programma regionale che preveda la riduzione globale del numero dei pl e la utilizzazione dei relativi finanziamenti in conto capitale e per spese correnti ai fini del potenziamento dei CSM. ovviamente da sciogliere il nodo della modifica del codice penale "pericolosità sociale" dell'infermo di mente.

#### Conclusioni

All'impovertimento dei servizi territoriali o di comunità ha corrisposto l'espansione di un sistema di istituzionalizzazione neo manicomiale in strutture di varia tipologia. Case di cura e residenze private convenzionate nelle quali le persone, non sottoposte ad una seria pratica riabilitativa, vanno incontro a cronicizzazione e disabilitazione con costi enormi per la collettività. Ci battiamo per la realizzazione di un serio programma per la riqualificazione e la riconversione della spesa che preveda il presa in carico globale delle persone con sofferenza e la drastica riduzione delle spese per ricoveri.

Sede Legale c/o Istituzione G.F. Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 - 40123 Bologna

Tel. 051/5288528/11 - fax 051/521288 - e.mail: [unasam@unasam.it](mailto:unasam@unasam.it)

[www.unasam.it](http://www.unasam.it) - C.F.: 06256330588

27

## Nota sintetica “Assistenza psichiatrica e tutela salute mentale nel Lazio”

- relativamente all’ambito della promozione e tutela della salute mentale e dell’assistenza psichiatrica, i Direttori Generali delle 10 ASL del Lazio hanno definito 10 diverse offerte assistenziali e 10 DSM (Dipartimenti di salute mentale) organizzati in modo disomogeneo, vanificando quanto affermato nel DCA n. 259/2014 e nei Programmi Operativi 2013-2015 e di fatto scardinando e svuotando di senso l’impianto fondamentale della rete dei servizi per la salute mentale, impianto descritto e tutelato da norme nazionali e regionali.
- nella quasi totalità degli Atti Aziendali delle ASL del Lazio vengono descritte una offerta assistenziale (territoriale ed ospedaliera) e una organizzazione del DSM assolutamente inadeguate alle complesse necessità cliniche e ai bisogni emergenti, non rispettose dei bisogni di salute dei cittadini e rispondenti a logiche “incomprensibili”.
- nella ridefinizione della rete dei servizi territoriali ed ospedalieri non si sono uniformati gli standard operativi e i protocolli diagnostico terapeutici che avrebbero sanato così le profonde differenze e l’eterogeneità tra aree di residenza che hanno nel tempo prodotto sperequazioni, sovrapposizioni di servizi, funzioni, ruoli e ambiti operativi con aumento di spesa e risposte di salute parziali, frammentarie e inadeguate né si sono garantiti a tutti i cittadini gli stessi obiettivi di efficacia assistenziale, di appropriatezza tecnica ed organizzativa e di efficienza nell’allocazione e nell’utilizzo delle risorse.
- tutta la normativa nazionale e regionale di riferimento è stata disattesa e, tra “le innovazioni” introdotte, appare emblematico e drammaticamente pericoloso il “declassamento” della riabilitazione e quello della restituzione sociale, attività prioritarie dei Centri Diurni, strutture che sembrano scomparse dai vari organigrammi delle ASL.
- la situazione della grave carenza di personale nei DSM rende attualmente impossibile garantire a tutti i pazienti non solo un’adeguata cura e assistenza, ma anche i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanciti come diritti esigibili a livello nazionale e regionale. La domanda di aiuto sta crescendo in maniera esponenziale sia per la precaria situazione sociale e la difficile situazione economica che inevitabilmente si riverberano in maniera destrutturante sulle fasce più deboli della popolazione, sia per i nuovi impegni normativi relativi al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e al reinserimento nella società dei soggetti dimessi. Parimenti si va consolidando l’impossibilità a mantenere aperti molti servizi territoriali essenziali, con gravi ricadute sulla salute dei pazienti e pesanti ripercussioni sulle famiglie. Di fatto i Servizi di salute mentale stanno “morendo” nell’intero territorio regionale nel silenzio e nell’indifferenza della Regione Lazio. L’assistenza psichiatrica pubblica va sempre più riducendosi perché il blocco del turn over (con depauperamento irreversibile del personale) rende impossibile garantire un’assistenza territoriale ed ospedaliera adeguata, tempestiva ed integrata: sono a rischio i livelli essenziali di cura con conseguente abbassamento della qualità delle risposte assistenziali, interruzione dei percorsi di integrazione sociale, ricorso a nuovi ricoveri impropri. Cresce la domanda per la presa in carico di pazienti psichiatrici in condizioni di elevata complessità clinica, a fronte di un’offerta assistenziale impoverita e disomogenea che poco tiene conto dei principi della dignità della persona, dell’equità, della qualità e dell’appropriatezza nell’accesso alle cure.
- non è più rinviabile la definizione omogenea ed organica degli obiettivi e delle strategie d’intervento per l’eliminazione delle **profonde differenze che caratterizzano le risposte di presa in carico e cura e i percorsi assistenziali nel lungo periodo**. Tali differenze sono attualmente riscontrabili su tutto il territorio regionale e decisamente penalizzanti e discriminanti per le fasce di cittadini più vulnerabili ed economicamente più deboli. Va rimodulato il rapporto con l’erogatore privato accreditato: il sistema deve realmente essere governato dalla regione Lazio, sottoposto a verifica e valutazione costante, al fine di assicurare in modo omogeneo e trasparente la continuità terapeutica nella presa in carico per il lungo periodo e specialmente per i pazienti complessi.



- **E' urgente:**
  - superare il blocco del turn over e autorizzare l'assunzione di personale minimo indispensabile nei DSM per garantire i LEA e stabilizzare il precariato;
  - garantire per i DSM strutture territoriali ed ospedaliere adeguate, conformi ai requisiti normativi e dignitose sul piano dell'accoglienza, della cura e della riabilitazione, tenendo poi in conto l'applicazione delle recenti disposizioni in tema di superamento degli OPG, garantendo pari dignità e diritto alle cure.
- Consulta regionale per la salute mentale: va rilanciata e sostenuta la partecipazione dell'associazionismo nella trasparenza e nel rispetto della normativa vigente.
- In una situazione generale così compromessa, si inseriscono il DCA n.562, 24novembre2015 e il DCA n.62, 3marzo2016 (*Compartecipazione alla spesa*), con il rischio concreto di perdita delle garanzie per l'utenza più fragile ed economicamente svantaggiata.
- **I malati di mente sembrano invisibili a tutti, senza diritto alle cure.**

## CLASSIFICAZIONE SPDC NO RESTRAINT ITALIANI

(aggiornato a maggio 2016)

1. Alessandria
2. Caltagirone-Palagonia
3. Caltanissetta
4. Grosseto ASL9
5. Livorno
6. Mantova
7. Merano
8. Mestre
9. Novara
10. Pescia
11. Fordenone
12. Portogruaro
13. Roma C "S. GIOVANNI"
14. S. Giovanni in Persiceto (Bo)
15. San Severo
16. Siena
17. Terni
18. Trento
19. Trieste
20. Udine
21. Venezia

## I NUMERI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

Di **Peppe Dell'Acqua e Renata Bracco**  
Da *Italianieuropei nr. 2/2009*

Le informazioni sulla rete dei servizi a tutela della salute mentale in Italia sono tuttora frammentarie. Non è stato attivato ancora un Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale che rilevi le strutture (quante sono, dove, con quali orari di apertura, per quanti giorni all'anno), i processi (quante persone si rivolgono ai servizi di salute mentale, che tipo di risposte ricevono, dopo quanti giorni, l'attività a domicilio è abituale, per quante persone, ecc.) e gli esiti (conclusioni concordate del rapporto terapeutico, ripresa del lavoro e suo inizio ex novo grazie al supporto dei servizi di salute mentale, ripetuti ricoveri con le modalità del TSO per le persone già note al CSM, ecc.)

Il vuoto informativo è stato in parte tamponato dai progetti Progres. Sono tre studi finanziati dal Ministero della Salute, con il contributo scientifico dell'Istituto Superiore della Sanità, che hanno permesso nel corso di questo decennio di mappare la rete dei servizi di salute mentale presenti nel territorio nazionale: nel 2000 le strutture residenziali (Progres SR), nel 2003 le strutture di ricovero per pazienti in fase di acuzie (Progres Acuti) ed infine nel 2005 i servizi di salute mentale territoriali (Progres CSM). I tre studi, condotti a qualche anno di distanza l'uno dall'altro rimangono tuttora, da quel che è dato sapere, gli unici studi che forniscono una panoramica nazionale sui servizi di salute mentale.

### **Il Dipartimento di Salute Mentale**

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1999 - 2000 indica con i termini Dipartimento di Salute Mentale (DSM) il modello organizzativo per l'assistenza psichiatrica della popolazione adulta. Prevede che ogni Azienda Sanitaria istituisca il DSM inteso come struttura organizzativa che coordina un'ampia rete di servizi che si articolano in strutture a differente intensità assistenziale.

In Italia ci sono 210 DSM. Per 167 di questi il territorio di competenza coincide con l'intero territorio della ASL. 103 DSM (49%) servono una popolazione inferiore ai 250.000 abitanti mentre in altri 20 (9%) il bacino di utenza è di oltre 500 mila abitanti. Vi sono anche 3 DSM nel cui territorio di competenza risiede una popolazione di oltre un milione di persone.

La mission del DSM secondo il POTSM 1999 - 2000 dovrebbe essere principalmente la presa in carico dei pazienti gravi: nel 63,8% dei DSM (134) il regolamento nel quale si definisce tale mandato è stato approvato con delibera tra il 1976 e il 2006.

30 DSM (14,28%) rispondono ai bisogni di salute di popolazioni specifiche attraverso punti di accoglienza della domanda quali: servizi per l'handicap psichico, psicoterapia, ansia e depressione, disturbi del comportamenti alimentare, servizi socio-psichiatrici, servizi rivolti ai giovani all'esordio psicotico.

### **I Centri di Salute Mentale**

Secondo il POTSM 1999 - 2000 il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza.

I CSM, CPS in Lombardia, sono 707, omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale con la sola eccezione del Molise dove non sono stati attivati. Il POTSM 1999 - 2000 prevede che "il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana". Gli standard previsti sono soddisfatti in una piccola parte dei CSM italiani. Solo 112 CSM (15,8%) sono aperti almeno 72 ore su 6 giorni la settimana. Tra di essi figurano i CSM del Friuli Venezia Giulia, alcuni CSM campani e sardi. Nelle 3 regioni questi CSM sono aperti 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 e sono dotate di 6 - 8 p.l. per il ricovero delle persone in contatto.

Gli orari di accesso al pubblico sono perciò diversificati e spaziano da orari di apertura di 2 ore al giorno (valore minimo rilevato nel Progres CSM nel 2005) ad aperture pressoché continuative. L'apertura media è di 61 ore settimanali, frequente l'orario ridotto nei prefestivi e festivi e/o la chiusura completa.

L'accesso al CSM è vincolato ad un invio da parte di un medico in 93 CSM (13%) mentre in 452 l'accesso è subordinato al pagamento del ticket. Una persona che ritiene che avere bisogno di un

contatto specialistico non urgente con il CSM deve attendere mediamente quasi 8 giorni (7,80). In quasi 2/3 dei CSM (59,3 %) l'accesso è regolato dalla lista d'attesa mentre il restante 1/3 accoglie la domanda in tempo reale o quasi. Circa la metà dei CSM che hanno fornito queste informazioni hanno un lista d'attesa superiore agli 8 giorni, di questi 82 CSM possono fissare il primo colloquio solo a 2 settimane dalla richiesta con un'attesa massima di 75 giorni (2 mesi e mezzo).

Nel corso del trimestre del 2005, in cui vi è stata la raccolta di informazioni del Progres CSM, oltre mezzo milione di persone, circa 520.000, siano state in contatto con almeno un CSM. Le persone in contatto con i CSM sono state 457.146, ma un centinaio di CSM (125) non ha fornito le informazioni richieste sulla numerosità dell'utenza per cui il dato è stato stimato.

Se tra le persone il cui quadro diagnostico ci è noto, immaginiamo un gruppo di 20 tra queste ci saranno quasi 6 che soffrono di un disturbo psicotico, quasi 5 di un disturbo del tono dell'umore, le restanti vivono situazioni di malessere dovute a disturbi d'ansia o ad altre forme morbide.

A disposizione di questo esercito di persone in difficoltà che si sono rivolte al CSM vi sono 14.934 professionisti, in equivalenti a tempo pieno: psichiatri, psicologi infermieri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione, ecc.

**Tabella 1 - I CSM e la sede degli interventi**

Regione	% di pazienti visitati in luoghi diversi dal CSM	% di pazienti visitati sede del CSM
Valle d'Aosta	8%	92%
Sardegna	10%	90%
P.A. Bolzano	12%	88%
Calabria	12%	88%
Sicilia	17%	83%
Abruzzo	17%	83%
Campania	17%	83%
Lombardia	18%	82%
Veneto	19%	81%
Umbria	19%	81%
Puglia	21%	79%
Piemonte	22%	78%
Italia	24%	76%
Lazio	25%	75%
Marche	26%	74%
Emilia R.	26%	74%
Toscana	27%	73%
Liguria	34%	66%
P.A. Trento	44%	56%
FVG	74%	26%

Nei CSM italiani lavorano in media circa 15 operatori ed operatrici. L'equipe media è composta da 4 medici psichiatri, 1,5 psicologo, quasi 8 infermieri e quasi 2 tra assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione. Il CSM medio, nel trimestre esaminato, è stato contattato da circa 730 persone per le quali i 15 operatori ed operatrici hanno predisposto gli interventi necessari.

La numerosità del personale risente di significative differenze regionali per cui abbiamo 8 regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sicilia) in cui per 100.000 abitanti il personale del CSM è tra le 15 - 20 unità. In compenso in altre 4 realtà regionali (P.A. Trento, Toscana, Umbria, Campania) sono a disposizione oltre 30 unità/100.000 abitanti. Il Friuli Venezia Giulia si discosta dalle altre regioni con 50 unità/100.000 abitanti. Lo scostamento è

dovuto al fatto che nel CSM 24 ore sono disponibili 6 – 8 p.l. per il ricovero dell'utenza in crisi e il personale si fa carico anche dell'assistenza psichiatrica delle persone ricoverate nel servizio. In mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale non ci sono informazioni esaustive relative alle attività svolte da tutti i CSM italiani.

Sono invece disponibili le informazioni relative al 2005 sulla mobilità del CSM nel territorio ovvero: il CSM si pone in una posizione di attesa dei pazienti nella sede del servizio o interviene anche nel territorio nel perseguimento dei suoi obiettivi che sono: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione?

**Tabella 2 - Personale dei CSM /100.000 abitanti e differenza dallo standard del progetto obiettivo tutela salute mentale**

Regione	Personale /100.000 abitanti	Personale previsto dal POT S M 1 operatore ogni 1.500 abitanti
Valle d'Aosta	16	-51
Veneto	16	-51
Abruzzo	17	-50
Lombardia	17	-50
Marche	18	-49
Basilicata	18	-49
Puglia	19	-48
Sicilia	20	-47
Piemonte	21	-46
P.A. Bolzano	24	-43
Lazio	25	-42
<b>Italia</b>	<b>26</b>	<b>-41</b>
Calabria	28	-39
Emilia Romagna	28	-39
Sardegna	29	-38
Liguria	30	-37
Umbria	32	-35
P.A. Trento	34	-33
Campania	35	-32
Toscana	38	-29
FVG	49	-18

3 regioni su 19 sono esemplari nell'attività domiciliare: per ogni 100 persone in contatto con i CSM nel Friuli Venezia Giulia si interviene fuori sede per oltre 74 di esse, nella P.A. di Trento per 44, in Liguria per 35. Fanalini di coda sono la Valle d'Aosta e la Sardegna che intervengono in altre sedi per 8 e 10 persone su 100.

I dati forniti dai responsabili in questo tipo di ricerche fanno apparentemente emergere un'ampia disponibilità di interventi di vario tipo che vanno interpretati con cautela, dal momento che si tratta di affermazioni non sottoposte a verifica e, soprattutto, perché essi non consentono di discriminare tra la disponibilità di specifiche modalità di intervento, ed il loro effettivo utilizzo.

Esaminando solo uno degli interventi proposti e cioè le attività di gruppo rivolte ai familiari delle persone in contatto con il CSM si scopre che 185 CSM, il 26,2%, dichiarano che non se ne occupano e non svolgono, se non in casi eccezionali, attività di gruppo rivolte ai soli familiari. Escludendo dai conteggi i 64 CSM che non hanno fornito le informazioni richieste, quasi 1 CSM su 3, il 29%, non sviluppa questo tipo di attività!

### **I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e il ricovero delle persone con disturbo psichico**

La graduale chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichico avvenisse all'interno dell'ospedale generale, nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che è parte integrante del DSM anche se situato nella struttura ospedaliera.

Nelle 20 Regioni partecipanti al Progres Acuti (con la sola esclusione della Sicilia e di 4 SPDC lombardi) sono presenti 262 SPDC con 3.431 p.l. Nelle stesse Regioni sono inoltre attive 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie con circa 400 p.l. I p.l. restanti sono distribuiti tra i 16 CSM 24 ore (Campania, Friuli Venezia Giulia) ed i 6 Centri Crisi, entrambi con 98 p.l. In Toscana sono disponibili i 20 p.l. attivabili al bisogno presso i reparti di medicina.

Nel complesso in Italia (Sicilia esclusa), vi sono 4.113 p.l. nelle strutture pubbliche con una media circa 13 posti per struttura; con lo 0,79 p.l./10.000 abitanti.

Le Case di Cura (CdC), ubicate in 10 tra le 20 regioni censite, sono 54, con 4.862 p.l. con una media di 90 posti per struttura e quasi 1 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Il Lazio, la Campania e la Calabria hanno il minor numero di p.l. nelle strutture pubbliche e presentano la più elevata concentrazione di p.l. in CdC.

**Tabella 3 - La distribuzione dei posti letto nelle regioni**

Residenti censimento 2001		p.l. strutture pubbliche	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. Case di Cura	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. complessivi	p.l. per 10.000 abitanti
4.214.677	Piemonte	305	0,72	730	1,73	1.035	2,46
119.548	Valle d'Aosta	15	1,26	0	0,00	15	1,26
9.032.554	Lombardia	826	0,91	78	0,09	904	1,00
462.999	P.A. Bolzano	64	1,38	0	0,00	64	1,38
4.527.694	Veneto	477	1,05	444	0,98	921	2,04
1.183.764	Friuli Venezia Giulia	165	1,39	0	0,00	165	1,39
1.571.783	Liguria	228	1,45	0	0,00	228	1,45
3.983.346	Emilia Romagna	366	0,92	659	1,65	1.025	2,57
3.497.806	Toscana	291	0,83	165	0,47	456	1,30
825.826	Umbria	30	0,36	0	0,00	30	0,36
1.470.581	Marche	140	0,95	142	0,97	282	1,92
5.112.413	Lazio	290	0,57	1.213	2,37	1.503	2,94
1.262.392	Abruzzo	94	0,75	0	0,00	94	0,75
320.601	Molise	39	1,22	0	0,00	39	1,22
5.701.931	Campania	256	0,45	892	1,56	1.148	2,01
4.020.707	Puglia	216	0,54	45	0,11	261	0,65
597.768	Basilicata	45	0,75	0	0,00	45	0,75
2.011.466	Calabria	116	0,58	494	2,46	610	3,03
1.631.880	Sardegna	102	0,63	0	0,00	102	0,63
477.017	P.A. Trento	48	1,01	0	0,00	48	1,01
52.026.753	ITALIA	4.113	0,79	4.862	0,94	8.975	1,73

43.573.175	Totale regioni con strutture pubbliche e private	3.283	0,75	4.862	1,12	8.145	1,87
------------	--	-------	------	-------	------	-------	------

La degenza media delle persone ricoverate nelle strutture pubbliche del Nord-Est risulta pressoché doppia (24 giorni) rispetto alla degenza media nel Sud (12 giorni). E' del tutto probabile che la scarsità di p.l. nelle strutture pubbliche nel meridione d'Italia determini un'accelerazione della dimissione, con degenze più brevi rispetto ad aree del paese fornite di un maggior numero di p.l. La scarsità di p.l. per acuti si accompagna a maggiori costi assistenziali complessivi, causati dal riversarsi delle necessità di ricovero in altre strutture o aree geografiche.

In tutte le strutture, pubbliche e private, la presenza del personale è assicurata nell'arco delle 24 ore.

Il programma Progres Acuti ha raccolto i dati d'attività riferiti all'anno 2001. In media in ogni SPDC e CPU vi è 1 ricovero al giorno mentre nelle CdC, che hanno capienze maggiori, i ricoveri sono stati quasi 2 al giorno.

Nelle strutture pubbliche che hanno fornito le informazioni sono state ricoverate circa 72.000 persone per complessivi 103.250 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.227.679 con una durata media di 12 giorni.

Nelle CdC sono state ricoverate 23.097 persone per complessivi 35.880 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.252.049 con una durata media di 35 giorni.

Nessuna CdC accoglie le persone ricoverate in TSO. Tutti gli SPDC (fuorché due per motivi logistici), alcune CPU ed alcuni CSM 24 ore accolgono le persone ricoverate con le modalità del TSO.

Rispetto al totale dei ricoveri annui, i ricoveri con le modalità del TSO sono stati 12.793, il 12,9% del totale ed hanno coinvolto 966 persone. Laddove i posti-letto pubblici sono numericamente scarsi, come nel Sud, la proporzione di ricoveri in regime di TSO è circa doppia rispetto alle restanti aree, verosimilmente nel tentativo di "forzare" il ricovero attraverso lo strumento del TSO.

Da ricerche condotte in Europa emerge l'esistenza di un gran numero di reparti psichiatrici ospedalieri con le porte aperte, in contraddizione con quanto rilevato nella nostra nazione dove circa l'80% dei SPDC ha le porte d'ingresso chiuse a chiave.

Circa la metà degli SPDC e delle CPU e quasi la totalità delle CdC non hanno la disponibilità del ricovero sulle 12 ore in day-hospital (DH) per contrastare l'evoluzione di situazioni critiche nel paziente e/o alleggerire il contesto di vita e la gravosità del carico familiare.

Nelle 301 strutture pubbliche lavorano 8.058 persone, nelle CdC 2.384. La disponibilità di personale a tempo pieno, di qualsiasi profilo professionale, per p.l. varia in maniera marcata, nei SPDC per ogni p.l. ci sono almeno 2 unità di personale, nelle CdC per 2 p.l. circa 1 unità. La numerosità del personale nelle strutture pubbliche dipende dal numero di p.l. più basso che nelle CdC e dall'insieme dei pazienti accolti che nei servizi ospedalieri pubblici.

Le strutture pubbliche e le CdC ricoverano tipologie parzialmente diverse di pazienti. Da un lato solo le strutture pubbliche ricoverano con le modalità del TSO, mentre dall'altro i criteri di esclusione che le CdC adottano sono di solito più restrittivi per cui spesso non ammettono le persone particolarmente difficili e a rischio (ad es. persone con comportamenti aggressivi dovuti al disturbo di cui soffrono o con elevato rischio suicidario). Dai risultati ottenuti nel census-day nazionale dell'8 Maggio 2003 è emerso che le strutture pubbliche tendenzialmente ricoverano persone più giovani e di sesso maschile, mentre le CdC tendono a ricoverare persone più anziane e di sesso femminile.

Sebbene la totalità dei SPDC siano stati aperti negli ultimi 30 anni, e solo 7 CPU (30%) fosse attiva prima del 1978, 7 SPDC sono ubicati in locali al di sotto del livello stradale, 111 SPDC (42%) non hanno nemmeno una camera singola e molti hanno un considerevole numero di camere di degenza a 3 o 4 letti. Meno di due SPDC su tre hanno uno spazio aperto accessibile alle persone ricoverate e tra questi circa la metà non ha una sala di soggiorno.

### Le Strutture residenziali

Secondo il POTSM 1999 - 2000 , si definisce struttura residenziale (SR) "una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative."

Nelle regioni italiane si utilizzano terminologie diverse per indicare le SR che generalmente rispondono a funzioni diverse.

La funzione socio - assistenziale per persone con disturbo psichico e ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana e/o che traggono vantaggio dalla vita comunitaria. Il supporto del personale può essere programmato con una certa flessibilità, in relazione ai diversi bisogni e livelli di autonomia degli ospiti.

La funzione terapeutico - riabilitativa risponde ai bisogni di persone con disturbi rilevanti e importanti disabilità che necessitano di programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati e continuativi per tempi differenziati e che non possono contare né sulla rete familiare, perché assente o inadatta a offrire un sostegno, né sulla rete sociale. Il supporto del personale è solitamente diurno-notturno.

Le SR si differenziano per l'intensità assistenziale che prevede la presenza di personale sulle 24 ore (alta intensità), sulle 12 ore (bassa intensità) e a fasce orarie (bassa intensità).

Nel 2000 sono state censite 1.370 SR con 4 o più posti residenziali per complessivi 17.138 posti.

1005 case erano strutture ad alta intensità, quasi 3 su 4, 335 a media intensità e solo per 30 abitazioni l'assistenza era fornita a fasce orarie. Oltre la metà, 692 case, era stata aperta dopo il 1996 probabilmente nell'urgenza delle normative relative al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Delle restanti abitazioni, 265 case erano state aperte prima del 1990 ed altre 406 nello scorcio degli anni Novanta compreso tra il 1990 e il 1996.

Nelle SR vi sono circa 12,5 posti per SR ed un tasso di posti residenziali per 10.000 abitanti pari a quasi 3 posti (superiore allo standard del POTSM 1999 - 2000 pari a 2/10.000). La dotazione di SR è risultata molto variabile tra le varie aree d'Italia. I DSM in quegli anni gestivano quasi la metà delle SR. Per quanto riguarda gli operatori, nelle SR lavoravano 11.240 operatori in equivalenti a tempo pieno, più una quota significativa di operatori a tempo parziale; il numero medio di operatori per SR è di quasi 14.

Le persone ospitate nelle SR erano 15.943; il 58%, di esse, 9.319 persone, non è mai stato ricoverato in Ospedale Psichiatrico (OPP), mentre il restante 40% era composto da ex-degenti dell'OPP ed una piccola quota di 253 persone proveniva all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Circa la metà delle SR ospitava prevalentemente persone comprese nella fascia di età tra 40 e 59 anni.

Dal Progres SR emerge un'ampia variabilità nella dotazione di SR tra le varie Regioni e P.A., che è correlata alla dotazione di altre strutture assistenziali psichiatriche. La maggior parte delle SR fornisce un'assistenza di tipo intensivo, e nel 2000 mancava quel range differenziato di strutture, in termini di intensità assistenziale, livelli di autonomia, ecc., considerato come ottimale per il trattamento prolungato di persone con livelli di grave disabilità che possono evolvere nel tempo.



*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 <i>restraint</i> e cultura <i>no-restraint</i>	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 socio-sanitario.

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, insediatisi 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<sup>1</sup>. 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"<sup>2</sup>. 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"<sup>3</sup>.

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"<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Per i soggetti in età evolutiva, si veda la denuncia delle associazioni dei familiari citata nel documento Stato-Regioni del 2010.

<sup>2</sup> CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006, pp. 7-8.

<sup>3</sup> CNB, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, p. 18.

<sup>4</sup> 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".<sup>5</sup>

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)<sup>6</sup>; 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.

---

<sup>5</sup> CNB, *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 2014, pp. 18 e ss.

<sup>6</sup> 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 896<sup>th</sup> 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<sup>7</sup>, 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"<sup>8</sup>. 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"<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>. Come si vede, questi documenti sottolineano lo stretto legame fra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona<sup>11</sup>. 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)<sup>12</sup>; quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre

---

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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Risoluzione Bowis, punto 34.

<sup>10</sup> Risoluzione Bowis, punto 33.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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"<sup>13</sup>. 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.<sup>14</sup> 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<sup>15</sup>. Né mancano esempi di Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui la

---

<sup>13</sup> Dichiarazione di Helsinki, cit. V, p. 4.

<sup>14</sup> *The Danish Council of Ethics Statement on coercion in psychiatry*, p. 8.

<sup>15</sup> 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<sup>16</sup>. 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<sup>17</sup>, 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<sup>18</sup>, 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.

<sup>16</sup> 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).

<sup>17</sup> 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](http://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](http://www.penalecontemporaneo.it), 25 febbraio 2014.

<sup>18</sup> Cfr. il riepilogo offerto da C. Sale, *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, [www.penalecontemporaneo.it](http://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.<sup>19</sup>

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<sup>20</sup>.

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<sup>21</sup>. 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,

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> In tal senso, ad es., G. Dodaro, *Morire di contenzione*, cit.

<sup>21</sup> 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<sup>22</sup>.

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<sup>23</sup>, 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

---

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> 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<sup>24</sup>.

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.

---

<sup>24</sup> 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<sup>25</sup>.

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 Obbligatoriosi è stato del 12,9%. L'80% degli SPDC hanno la porta chiusa, mentre 15 CSM 24 ore su 24 hanno la porta aperta. Il modello "porta chiusa" è più diffuso in Italia rispetto all'estero.<sup>26</sup> 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 SPDC 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*<sup>27</sup>. 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 psicopatologiche, 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<sup>28</sup>.

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").

---

<sup>25</sup> Gli studi di seguito esposti sono stati illustrati e dibattuti nelle audizioni del CNB.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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<sup>29</sup>.

## 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

---

<sup>29</sup> 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<sup>30</sup>.

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<sup>31</sup>. 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

---

<sup>30</sup> G. Cardamone et al., cit., p. 23.

<sup>31</sup> 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<sup>32</sup>.

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"<sup>33</sup>.

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"<sup>34</sup>. 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

---

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> L. Bowers, *Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards*, "Journal of Psychiatry and Mental Health", 2014, 21, p. 507.

<sup>34</sup> 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<sup>35</sup>.

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<sup>36</sup>.

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"*<sup>37</sup>.

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

---

<sup>35</sup> *The Danish Council of Ethics statement on coercion in psychiatry*, cit., p. 7.

<sup>36</sup> 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).

<sup>37</sup> 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](http://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"<sup>38</sup>; 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"<sup>39</sup>. 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<sup>40</sup>.

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<sup>41</sup>.

---

<sup>38</sup> Piano sanitario e sociale 2012-2015 della Regione Toscana, p. 181.

<sup>39</sup> Piano regionale Salute Mentale 2004-2012 della Lombardia, pp. 156 e 158.

<sup>40</sup> 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).

<sup>41</sup> 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 vogliono accreditarsi<sup>42</sup>.

## 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 manicomiali. 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,

---

<sup>42</sup> In particolare, nel 2000, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha deciso di 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<sup>43</sup>.

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<sup>44</sup>.

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<sup>45</sup>.

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<sup>46</sup>. 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*<sup>47</sup>.

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

---

<sup>43</sup> 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 pratiche*, Carocci Faber, Roma 2007.

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

<sup>45</sup> 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 Gerontology Medical Sciences", 2004, 59A, pp. 922-923.

<sup>46</sup> 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.)

<sup>47</sup> 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"<sup>48</sup>.

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<sup>49</sup>. 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*

---

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> 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.*

Consiglio d'Europa

Comitato europeo per la prevenzione della tortura  
e delle pene o trattamenti inumani o degradanti  
(CPT)

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

CPT/Inf(2006)35-par1

## Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti

*Estratto dal 16° Rapporto Generale del CPT,  
pubblicato il 2006*

### Osservazioni preliminari

36. Nel suo 8° rapporto generale riguardante l'anno 1997, il CPT ha esaminato la questione riguardante il collocamento non volontario in istituti psichiatrici per adulti. In questo contesto, il Comitato ha fatto diverse osservazioni riguardanti la contenzione di pazienti agitati e/o violenti. Nel corso degli ultimi nove anni, si sono avuti accesi dibattiti sul ricorso alla contenzione. In effetti, le diverse correnti psichiatriche propongono approcci differenti per gestire questo tipo di pazienti.

In numerosi istituti psichiatrici, il ricorso a mezzi di contenzione limitativi della libertà di movimento dei pazienti agitati e/o violenti può talvolta essere necessario. Data la potenzialità d'abuso e di maltrattamenti, l'utilizzo di mezzi di contenzione resta un campo di particolare preoccupazione per il CPT. Conseguentemente, le delegazioni in visita esaminano con attenzione, negli istituti psichiatrici, le procedure e le pratiche riguardanti la contenzione, oltre che la frequenza del ricorso a tali sistemi. Purtroppo, sembrerebbe che, in numerosi istituti visitati, ci sia un ricorso eccessivo ai mezzi di contenzione.

Il CPT è dell'avviso che sia giunto il momento di sviluppare i commenti che ha elaborato in precedenza. Apprezzerebbe ricevere le osservazioni degli esperti in merito a questa parte del rapporto generale. In questo spirito di dialogo costruttivo, le seguenti osservazioni sono fatte con l'obiettivo di aiutare il personale sanitario ad assolvere gli ardui compiti loro incombenti e a fornire ai pazienti cure adatte.

### Il ricorso alla contenzione in generale

37. In linea di principio, gli ospedali devono essere luoghi sicuri sia per i pazienti che per il personale. I pazienti psichiatrici devono essere trattati con rispetto e dignità, in un ambiente sicuro ed umano che rispetti le loro scelte e la loro autodeterminazione. L'assenza di violenza e d'abuso, sia nei confronti dei pazienti da parte del personale che tra gli stessi pazienti, costituisce un'esigenza minimale.

Detto questo, il ricorso alla forza fisica contro un paziente può essere talvolta inevitabile per assicurare sia la sicurezza del personale che quella dei pazienti. Creare e mantenere buone condizioni di vita per i pazienti, e un clima terapeutico adeguato – compito primordiale per il personale ospedaliero – presuppone un'assenza d'aggressività e violenza tra pazienti e nei confronti del personale. Per questa ragione, è essenziale che il personale benefici di una formazione e di un inquadramento appropriato per essere capace di raccogliere la sfida che pone un paziente agitato e/o violento in modo conforme all'etica.



38. La linea che separa la forza fisica proporzionata per controllare un paziente violento, può essere tenue. Quanto questa è superata, ciò avviene spesso per inavvertenza o per mancanza di preparazione, piuttosto che per intenzione malevola. In numerosi casi, semplicemente, il personale non è sufficientemente preparato ad intervenire in presenza di pazienti agitati e/o violenti.

In caso di ricorso ai mezzi di contenzione in un istituto, è ugualmente importante porre l'accento che le delegazioni del CPT hanno constatato che un ruolo attivo e vigilante della direzione comporta generalmente un costante abbassamento del loro utilizzo.

### **I tipi di mezzi di contenzione utilizzati**

39. Il CPT ha esaminato diversi metodi di controllo dei pazienti agitati e/o violenti, che possono essere utilizzati separatamente o in combinazione: la sorveglianza costante (un membro del personale si trova permanentemente a fianco del paziente ed interviene se necessario), le tecniche di controllo manuale, i mezzi di contenzione meccanici come le cinghie, le camicie di forza o i letti chiusi, la contenzione chimica (che consiste nel somministrare dei medicinali ad un paziente contro la sua volontà al fine di controllarne il comportamento) e l'isolamento (collocazione di un paziente da solo, contro la sua volontà, in una stanza chiusa a chiave). In linea generale, in rapporto ad una certa situazione il metodo scelto per un determinato paziente deve essere quello più proporzionato (tra i metodi disponibili); inoltre, il ricorso automatico alla contenzione meccanica o chimica non è giustificato nel caso in cui sarebbe sufficiente un breve periodo di controllo manuale, combinato con l'utilizzo di sistemi psicologici volti a calmare il paziente.

Come ci si può aspettare, ricorrere alla persuasione (vale a dire parlare al paziente al fine di calmarlo) è la tecnica preferita del CPT, ma può essere talvolta necessario ricorrere ad altri sistemi che ostacolano direttamente la libertà di movimento del paziente.

40. Alcuni sistemi di contenzione meccanica, da sempre esistenti negli ospedali psichiatrici visitati dal CPT, sono talmente inadatti allo scopo che potrebbero essere considerati come degradanti. Le manette, le catene in metallo e i letti-gabbia rientrano senza dubbio in questa categoria; non hanno posto legittimo nella pratica psichiatrica e la loro utilizzazione dovrebbe essere immediatamente abbandonata.

L'utilizzazione di letti-rete, diffusa in un certo numero di Paesi fino a qualche anno fa appena, sembra essere in costante declino. Il ricorso ai letti-rete è in diminuzione anche nei Paesi dove sono ancora utilizzati. Si tratta di un'evoluzione positiva e il CPT desidera incoraggiare gli Stati a continuare nello sforzo di ridurre maggiormente il numero di letti-rete utilizzati.

41. Quando si ricorre a mezzi di contenzione chimica, come sedativi, antipsicotici, ipnotici e tranquillanti, questi dovrebbero avere le medesime garanzie fornite in caso di utilizzo dei mezzi di contenzione meccanica. Devono essere costantemente tenuti presenti gli effetti secondari che questi medicinali potrebbero avere sul paziente, in particolare quando la somministrazione dei medicinali è associata all'applicazione di mezzi di contenzione meccanica o ad una misura d'isolamento.

42. Per quanto riguarda la collocazione in isolamento, questa misura non è necessariamente un buon mezzo in sostituzione alla contenzione meccanica, chimica o altro. L'isolamento può avere un effetto calmante a corto termine, ma rischia anche di provocare disorientamento e ansietà, almeno in certi pazienti. In altre parole, collocare una persona in una stanza d'isolamento senza combinare questa misura con garanzie appropriate può avere un effetto opposto a quello desiderato. Il CPT si preoccupa della tendenza, osservata in diversi ospedali psichiatrici, consistente nello scartare il ricorso ad altri mezzi di contenzione in favore dell'isolamento.

## In quale momento ricorrere alla contenzione

43. In linea generale, un paziente non dovrebbe essere sottoposto alla contenzione se non come misura estrema; si tratta di ultima misura applicata al fine di prevenire ferite imminenti o di ridurre un'agitazione e/o una violenza acute.

In realtà, il CPT spesso constata che i pazienti vengono limitati, generalmente con mezzi di contenzione meccanica, come sanzione per "cattiva condotta" o come metodo per indurre un cambiamento di comportamento.

Inoltre, in numerosi istituti psichiatrici visitati dal CPT, il ricorso ai mezzi di contenzione è utilizzato come misura di comodo dal personale, poiché permette di immobilizzare i pazienti difficili durante il compimento di altre mansioni. Diverse volte la giustificazione fornita al CPT è stata quella secondo cui la penuria di personale obbligava ad un maggior ricorso ai mezzi di contenzione.

Questo ragionamento è infondato. Il corretto utilizzo di mezzi di contenzione in un ambiente appropriato richiede più - e non meno - personale medico, poiché ogni caso di ricorso alla contenzione comporta la mobilitazione di un membro del personale per assicurare una sorveglianza diretta, personale e permanente (cf. paragrafo 50).

Per quanto riguarda i pazienti volontari, non bisognerebbe applicare loro delle misure di contenzione che con il loro consenso. Se si ritiene necessario sottoporre un paziente volontario ad una tale misura e questi vi si oppone, è opportuno rivedere lo status giuridico dell'interessato.

44. Che cosa si può fare per prevenire un cattivo utilizzo o un uso eccessivo delle misure di contenzione? Innanzitutto, l'esperienza mostra che, in numerosi istituti psichiatrici, il ricorso alla contenzione, in particolare a quella meccanica, può essere ridotta considerevolmente. I programmi attuati a questo scopo in certi Paesi sembrano aver dato dei buoni risultati senza comportare un aumento del ricorso alla contenzione chimica o al controllo manuale. Ci si pone dunque la domanda se la soppressione totale (o quasi totale) della contenzione non sarebbe un obiettivo realistico a più lungo termine.

È fondamentale che ciascun caso di ricorso alla contenzione venga autorizzato da un medico o, quantomeno, venga portato alla sua conoscenza senza ritardo, al fine di ottenere la sua autorizzazione. Secondo l'esperienza del CPT, i mezzi di contenzione hanno la tendenza ad essere utilizzati più frequentemente quando il medico da un'autorizzazione generale preliminare, anziché prendere decisioni caso per caso (in funzione della situazione riscontrata).

45. Quando la situazione d'emergenza che ha comportato l'applicazione dei mezzi di contenzione cessa, il paziente deve essere immediatamente liberato. Tuttavia, il CPT incontra pazienti a cui sono stati applicati per alcuni giorni mezzi di contenzione meccanici. Non ci dovrebbe essere alcuna giustificazione per una tale pratica, che, a parere del CPT, assomiglia piuttosto ad un maltrattamento.

Una delle principali ragioni per cui le pratiche di questa natura perdurano, è che rari sono gli istituti psichiatrici in cui si siano definite delle regole precise sulla durata della contenzione. Gli istituti psichiatrici dovrebbero decidere di adottare una regola secondo la quale l'autorizzazione a utilizzare dei mezzi di contenzione meccanica decadono dopo un certo tempo, a meno che non siano espressamente prolungate da un medico. Per un medico, l'esistenza di una tale regola sarà di forte incitamento a visitare di persona il paziente tenuto in contenzione e verificare inoltre il suo stato di salute fisica e mentale.

46. Una volta venuti meno i mezzi di contenzione, è essenziale fare un bilancio (“*débriefing*”) con il paziente. Per il medico sarà l’occasione di spiegare le ragioni della misura, di ridurre il trauma psicologico di quest’esperienza, e di ristabilire il contatto medico-paziente. Per il paziente, questo bilancio è l’occasione di spiegare quello che provava prima di essere sottoposto alla misura di contenzione, ciò che può permettergli – e permettere al personale – di capire meglio il suo comportamento. Il paziente e i membri del personale possono provare a vedere insieme come il paziente potrebbe riuscire a controllarsi meglio, evitando addirittura nuovi episodi di violenza che daranno seguito all’applicazione di misure di contenzione.

### **Come utilizzare i mezzi di contenzione**

47. Nel corso degli anni, numerosi pazienti hanno parlato alle delegazioni del CPT della loro esperienza riguardante la contenzione. Questi colloqui hanno evidenziato che questa prova veniva generalmente percepita come umiliante, sentimento a volte rafforzato dal modo in cui i mezzi di contenzione venivano applicati.

Il personale di un ospedale psichiatrico dovrebbe preoccuparsi innanzitutto che le condizioni e le circostanze del ricorso alla contenzione non aggravino la salute mentale e fisica dei pazienti che vi sono sottoposti. Questo implica tra l’altro che i trattamenti terapeutici già prescritti non dovrebbero, se possibile, essere interrotti, e che i sintomi da disassuefazione dei pazienti dipendenti da sostanze dovrebbero essere trattati in modo appropriato. Che tali sintomi siano provocati dalla privazione di stupefacenti, di nicotina o da altre sostanze non dovrebbe fare alcuna differenza.

48. In generale, il luogo dove un paziente viene sottoposto alla contenzione deve essere specificamente concepito per questo scopo. Dovrebbe essere sicuro (per esempio, senza vetri o pavimenti rotti), e avere un’illuminazione appropriata ed un riscaldamento adeguato, di preferenza un ambiente che calmi il paziente.

Inoltre, un paziente sottoposto alla contenzione dovrebbe essere vestito correttamente e non dovrebbe essere esposto alla vista di altri pazienti, salvo che non ne abbia fatto specifica richiesta o in caso si sappia che preferisce stare in compagnia. Bisogna garantire in ogni circostanza che i pazienti sottoposti ad una misura di contenzione non possano essere feriti da altri pazienti. Va da sé che il personale non dovrebbe essere assistito da altri pazienti al momento dell’applicazione delle misure di contenzione ad un paziente.

I mezzi di contenzione dovrebbero essere applicati con competenza e cura per evitare di mettere in pericolo la salute del paziente e di farlo soffrire. Non devono essere ostacolate le funzioni vitali del paziente, come la respirazione e la capacità di comunicare, mangiare e bere. Nel caso in cui il paziente abbia la tendenza a mordere, succhiare o sputare, si devono utilizzare altri mezzi che blocchino la bocca al fine di prevenire gli eventuali effetti indesiderati di tali condotte.

49. Per il personale immobilizzare in modo adeguato un paziente agitato o violento non è un compito facile. La formazione è essenziale, ma non solo. Devono essere organizzati regolarmente anche corsi di formazione continua. Questi corsi dovrebbero vertere non solo sul come applicare i mezzi di contenzione, ma anche, cosa assolutamente importante, fare attenzione a che il personale curante comprenda bene l’impatto che può avere l’utilizzazione della contenzione su un paziente e sappia come prendersi cura di un paziente sottoposto alla contenzione.

50. Utilizzare i mezzi di contenzione in modo adeguato richiede molto personale. Per esempio, il CPT ritiene che, quando gli arti di un paziente sono legati da cinghie o cinture, un membro del personale preparato dovrebbe essere presente in permanenza per mantenere la relazione terapeutica e assistere il paziente. Questa assistenza può consistere nell'accompagnare il paziente alla toilette o, nei casi eccezionali in cui la misura di contenzione duri più di qualche minuto, nell'aiutarlo ad alimentarsi.

Indubbiamente, la video-sorveglianza non dovrebbe rimpiazzare la presenza continuativa del personale. In caso di collocazione in isolamento, il membro del personale può trovarsi fuori dalla stanza occupata dal paziente, a condizione che il paziente possa vedere il membro del personale e che questo ultimo possa continuamente osservare il paziente e sentirlo.

### **L'adozione di una politica generale riguardante la contenzione**

51. Tutti gli istituti psichiatrici dovrebbero avere una politica generale e ben pensata riguardante la contenzione. Nell'elaborazione di una tale politica, essenziali sono la partecipazione e il sostegno del personale e della direzione. Questa politica dovrebbe indicare chiaramente i mezzi di contenzione che possono essere utilizzati, le circostanze nelle quali essi possono essere applicati, le misure pratiche per la loro applicazione, la sorveglianza richiesta e le misure da adottare una volta che la contenzione termini.

Questa politica dovrebbe pure prevedere altri argomenti importanti come: la formazione del personale, la politica relativa alle denunce, i meccanismi di controllo interno ed esterno, e il "débrieffing". Secondo il CPT, una politica generale di questo tipo non solamente è di maggior sostegno per il personale, ma è anche utile per aiutare ad assicurare che i pazienti e i loro tutori o rappresentanti legali comprendano i motivi che sottostanno alla possibile applicazione di una misura di contenzione.

### **Registrazione in caso di contenzione**

52. L'esperienza dimostra che una registrazione dettagliata e rigorosa dei casi di ricorso alla contenzione può fornire alla direzione dell'ospedale un'idea dell'ampiezza e della frequenza del fenomeno, e permettere di adottare delle misure, se del caso, per diminuirne la sopravvenienza.

Prefèribilmente dovrebbe essere tenuto un registro speciale per recensire ogni caso di ricorso ai mezzi di contenzione, da aggiungersi alle informazioni contenute nel dossier medico personale del paziente. Gli elementi da inserire nel registro devono comprendere l'ora di inizio e fine della misura, le circostanze del caso, i motivi che hanno portato all'adozione della misura, il nome del medico che l'ha ordinata o approvata e, se del caso, un rendiconto delle ferite subite da pazienti o membri del personale. I pazienti dovrebbero essere abilitati ad aggiungere dei commenti al registro e dovrebbero essere informati di questo diritto; a richiesta, dovrebbero ricevere una copia di tutti gli i documenti depositati.

53. Può pure essere preso in considerazione il regolare invio di rapporti ad un organo di controllo esterno, come un servizio d'ispezione sanitaria. Il vantaggio evidente di un tale meccanismo di controllo sta nel fatto che permetterebbe di ottenere una valutazione a livello nazionale o regionale delle pratiche di contenzione, facilitando così gli sforzi volti ad una migliore comprensione del fenomeno e, conseguentemente, ad una migliore gestione della loro applicazione.

## **Raccomandazioni finali**

54. E' opportuno riconoscere che il ricorso a misure di contenzione sembra essere influenzato in modo non trascurabile da fattori non clinici come la maniera in cui il personale percepisce il proprio ruolo e la sensibilizzazione dei pazienti ai propri diritti. Degli studi comparati hanno mostrato che il ricorso frequente alla contenzione, ivi compreso l'isolamento, non solamente dipende dagli effettivi, dalle diagnosi sui pazienti o dalle condizioni materiali del servizio, ma anche "dalla cultura e dalle attitudini" del personale ospedaliero.

Limitare il ricorso ai mezzi di contenzione ad un minimo vitale richiede un cambiamento culturale all'interno di numerosi istituti psichiatrici. A questo riguardo, il ruolo della direzione è decisivo. Una pratica ben consolidata di ricorso frequente ai mezzi di contenzione rischia di perdurare, a meno che la direzione non incoraggi e non proponga al personale soluzioni diverse.



## CONTENZIONE FISICA IN PSICHIATRIA: UNA STRATEGIA POSSIBILE DI PREVENZIONE

### *Premessa*

L'esigenza di queste *raccomandazioni* nasce dalla convinzione che la prevenzione della contenzione fisica nei contesti di cura psichiatrica sia una questione generalmente sottovalutata: stiamo parlando di una pratica diffusa, non omogeneamente applicata nelle diverse regioni ma, soprattutto, con differenze notevoli tra un servizio e l'altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico. D'altra parte mancano ricerche sistematiche e la pratica stessa non viene sempre documentata. Essa si impone all'attenzione, per lo più in forma tale da suscitare un grande allarme, in occasione della pubblicizzazione di eventi tragici che riguardano persone "legate". Questi giudizi negativi però non devono portarci a sottovalutare le lodevoli iniziative di alcune amministrazioni regionali, o di singole unità operative, nonché le iniziative di alcune società scientifiche, per porre limitazioni alla contenzione o per introdurre criteri razionali nella sua gestione. Le Regioni sono state spinte a produrre queste raccomandazioni anche dalla preoccupazione che una pratica disinvolta della contenzione avvalori il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno. Giacché è nel silenzio che si sta realizzando un uso poco critico di questa pratica, è utile parlarne in un documento condiviso dedicato non alle indicazioni tecniche per una contenzione ben fatta ma impegnato a creare una strategia della sua prevenzione. Questo documento contiene raccomandazioni che sono valide in tutto il contesto della Salute Mentale, sia in età adulta che evolutiva.

### *1. Contenzione fisica e violenza*

Parlare della contenzione fisica in psichiatria significa porre l'accento soprattutto sul suo uso come rimedio alle situazioni in cui sia alto il rischio di azioni auto ed etero lesive: in tali casi l'intervento si caratterizza, per lo più, per la mancanza del consenso da parte del paziente e va preso in considerazione nella materia disciplinata dagli articoli 33 - 34 - 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 che, per i trattamenti senza consenso, indicano luoghi, modi e tempi, nonché responsabilità professionali e garanzie amministrative e giurisdizionali da rispettare (stiamo parlando del trattamento sanitario obbligatorio in degenza

ospedaliera, in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura). Al di fuori di queste condizioni per compiere un intervento, che altrimenti si configurerebbe come un reato, può essere invocata un'urgenza indifferibile, qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile.

Fatte queste precisazioni di ordine giuridico va subito detto che è possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente. Questo cambiamento di prospettiva non sarebbe tuttavia sufficiente a illustrare il problema nella sua complessità se non facessimo attenzione a collocarlo nella questione più ampia degli interventi di urgenza. E' nell'urgenza che si incontrano le situazioni più drammatiche ed è possibile agire precocemente sui fattori che sono antecedenti importanti di comportamenti violenti. Inoltre, se non accettassimo questo ampliamento, daremmo l'impressione di ritenere che la questione della violenza riguardi solo le situazioni di degenza ospedaliera e non le situazioni psichiatriche in contesti specifici di vita. La conoscenza delle modalità di risposta ambientale ai comportamenti dei pazienti, a causa delle difficoltà relazionali attribuibili alle loro patologie, ma anche dei conflitti in cui sono coinvolti, possono dare accesso ad una comprensione delle reazioni violente.

Queste prospettive spingono a ulteriori approfondimenti, eventuale occasione di nuove raccomandazioni, che qui non è il caso di anticipare. Un elemento però va segnalato ed è costituito dalle difficoltà aggiuntive che derivano dalla inappropriata di molti ricoveri psichiatrici che rende difficile, a volte al limite dell'impossibilità, la gestione della presa in carico. Uno dei meccanismi più comuni di inappropriata è la traduzione di ogni situazione in cui vengono agiti comportamenti violenti in una manifestazione psichiatrica. In tal modo si fa della psichiatria, e dei suoi luoghi di cura, un contenitore aspecifico destinato a separare, accantonare, nascondere la violenza.

## ***2. Riassunto delle comunicazioni del CPT***

L'occasione prossima di queste raccomandazioni è un intervento del "*The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment*" (CPT) sui reparti psichiatrici in Italia.

Nel documento del 16 ottobre 2006 "*General Report on the CPT's activities*" una parte è dedicata alle "Misure di contenzione negli Istituti Psichiatrici per adulti". Essa è stata sottoposta al Gruppo Interregionale della Salute Mentale dal Ministero della Salute per un parere che è stato formulato nel 2009. Riportiamo qui alcune delle considerazioni generali che sono state prese in esame in tale occasione :

"Il potenziale di abuso e di maltrattamento che l'uso di mezzi di contenzione comporta resta fonte di particolare preoccupazione per il CPT. Purtroppo sembra che in molti degli istituti visitati vi sia un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione". "La creazione e il mantenimento di buone condizioni di

vita per i pazienti, così come un buon clima terapeutico, presuppongono l'assenza di aggressività e di violenza tra i pazienti e nei confronti del personale". Il documento stila una graduatoria delle modalità da mettere in atto per far fronte alla violenza del paziente e in essa figurano i mezzi psicologici (interazione verbale e convinzione) e il trattenere il paziente con le mani per breve tempo. Tutto questo viene proposto in alternativa alla sedazione chimica e alla contenzione mediante cinghie. Per ultimo il documento cita modalità di contenzione considerate non solo inadeguate ma anche degradanti (manette, catene metalliche, letti gabbia). Il Documento stigmatizza l'uso della contenzione come punizione e come intervento pedagogico. All'obiezione che è la mancanza di personale che spinge a un aumento del ricorso ai mezzi di contenzione risponde che è proprio l'applicazione dei metodi meccanici, che voglia essere corretta e appropriata, a richiedere più personale medico e infermieristico di quanto abitualmente disponibile. La pratica di far durare la contenzione per un periodo superiore a quello strettamente necessario è considerata un maltrattamento. Viene sottolineato come l'esperienza di essere contenuto produca confusione nel paziente.

Quello del CPT è un documento pragmatico, tutt'altro che estremista, se giunge ad affermare che "come regola generale un paziente dovrebbe essere contenuto solo come misura di ultima istanza", ed è tuttavia una denuncia chiara e inequivocabile della contenzione fisica.

Il commento per il Ministero della Salute, approvato dal Gruppo Interregionale della Salute Mentale, si concludeva con l'affermazione che "il parere espresso in merito alle pratiche di contenzione è che tali misure non facciano parte dei dispositivi ordinari di cura dei pazienti psichiatrici e vadano considerati interventi che scaturiscono da uno stato di necessità che andrebbe prevenuto con il massimo impegno, anche con un adeguamento delle condizioni assistenziali in modo da far fronte a situazione di acuzie, o almeno superato il più rapidamente possibile. In ogni caso gli interventi vanno adeguatamente documentati, anche per dimostrare che non è stato applicato un livello di violenza superiore a quello della violenza cui si voleva porre rimedio".

### ***3. Resoconto delle norme che le Regioni hanno emesso in materia di contenzione***

Alcune Regioni hanno già affrontato la questione negli ultimi anni:

- Toscana: il PSR 2008-2010 proibisce l'uso della contenzione fisica e ordina il monitoraggio delle prescrizioni psicofarmacologiche che potrebbero assumere il significato di contenzione chimica.
  - Piemonte: il PSSR vigente sottolinea la necessità di non praticare la contenzione fisica.
  - Puglia: è operante un Progetto finalizzato della Regione per il miglioramento della qualità dell'assistenza nei SPDC. Sul tema della contenzione meccanica l'obiettivo è di produrre raccomandazioni su come evitare le contenzioni.
  - Emilia-Romagna: una circolare del 22,10,2009 della Direzione generale sanità e politiche sociali detta la "Disciplina delle contenzioni



fisiche presso i SPDC del DSM-DP, con l'obiettivo di ridurre il più possibile la contenzione e, a tal fine, prescrive un monitoraggio puntuale del fenomeno.

- Sardegna: il DGR 51/41 del 20,12, 2007 contiene direttive ai DSM. Anche sulla contenzione la Regione Sardegna ha dato direttive ai DSM (vedi piano sanitario, DGR organizzazione DSMD). Tale DGR 51/41 del 20/12/07 è finalizzata ad abbattere i fattori di rischio per l'aggravamento dei disturbi mentali e il ricorso al TSO. Poiché sono evidenziate carenze per l'emergenza urgenza nell'allegato alla DGR, sono delineate le Direttive sull'organizzazione degli interventi in tale ambito, ma anche nella proposta di nuovo Piano sulla salute mentale, si evidenzia che "nelle emergenze il ricovero nel SPDC è talora improprio e determinato da carenze di altre strutture o enti".
- Lombardia: ha stabilito l'obbligo per tutti i DSM di redigere un protocollo scritto per regolare la procedura della contenzione meccanica.
- Lazio: Il Dipartimento Sociale della Regione ha attivato il programma "Strategie per la prevenzione delle contenzioni fisiche in situazioni di emergenza psichiatrica" che si conclude quest'anno.

Da questo elenco si deduce che non sono numerosi gli atti ufficiali delle Regioni che hanno come oggetto la contenzione fisica dei pazienti psichiatrici. Si osserva una confluenza di quelli disponibili su una politica di prevenzione della contenzione fisica. Tale constatazione suggerisce di sollecitare ulteriormente l'interesse delle Regioni mediante un documento di Raccomandazioni.

#### ***4. Contenzione nei minorenni***

Anche in questa sede è opportuno accennare alla precarietà e alla disomogeneità della rete assistenziale per gli interventi di urgenza in età evolutiva: questi interventi, attuati sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero, spesso avvengono in ambienti non standard e non appropriati. In una situazione così frammentata non è finora stato possibile effettuare un monitoraggio sistematico dell'incidenza del ricorso alla contenzione fisica nei confronti dei minori con disturbo acuto del comportamento.

Ugualmente sfugge alla conoscenza e al controllo il fenomeno del ricorso alla contenzione, che comunque sembra avere una incidenza non irrilevante, nei confronti dei minori disabili e/o con disturbi psichiatrici, ricoverati in strutture residenziali autorizzate e/o accreditate.

Sul piano culturale e formativo, l'approccio dei servizi di NPIA al paziente agitato, o comunque con problemi comportamentali, è tradizionalmente orientato al contenimento più che alla contenzione e privilegia la pacificazione attraverso la relazione piuttosto che la controazione, anche in considerazione del significato altamente traumatico che l'esperienza di essere immobilizzato e reso impotente può assumere, in particolare in età evolutiva.

## **5. Finalità delle raccomandazioni**

L'obiettivo fondamentale è di costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica che si ponga all'interno della prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura. Le idee forti su cui fondarla si possono esprimere come:

- consapevolezza che la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura;
- consapevolezza che la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla;
- consapevolezza che rispondere alla violenza con la violenza non paga.

A partire da questi assunti può disegnarsi un percorso per giungere alla meta costituita dal superamento della contenzione fisica, facendo di tale superamento un elemento di qualità del miglioramento continuo della pratica psichiatrica.

Dalla condivisione di tale impostazione scaturisce una strategia di prevenzione che affida la sua efficacia alla gradualità dell'approccio piuttosto che ad affermazioni astratte intorno alla legittimità della pratica di contenzione fisica o allo spostamento dell'attenzione su riflessioni teoriche intorno a un legame intrinseco, affermato da alcuni e negato da altri, tra malattia mentale e comportamento violento.

Il percorso parte dall'esigenza, con un'adatta sorveglianza, di ridurre il rischio di abuso sempre in agguato quando si ha a che fare con prestazioni sanitarie senza il consenso del paziente. Si qualifica includendo la convinzione che, in ogni caso, la valutazione non possa essere solo sanitaria trattandosi di una pratica, come ci ricorda il documento del CPT, con un alto potenziale di degradazione ed umiliazione per il paziente, in contrasto quindi con il principio del rispetto della dignità umana che dovrebbe vincolare l'esercizio della medicina. L'argomentazione centrale porta a considerare la contenzione fisica come un intervento antiterapeutico, che danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica, e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica. In questa chiave, dando per scontato che con un di più di formazione, di organizzazione e di sorveglianza si riesca a evitare la violenza superflua, quella che viene praticata per dare un esempio, realizzare una punizione, o "prevenire" una violenza attesa, la tesi di questo documento è che si debba evitare la contenzione fisica in ogni situazione, attraverso una strategia che prevenga i comportamenti violenti in ambienti di cura.

## **6. Condizioni e precauzioni per prevenire e risolvere i comportamenti violenti nei luoghi di cura psichiatrica**

Una particolare attenzione va posta, innanzitutto, al rispetto degli standard di personale nei luoghi di cura, standard che derivano dalla valutazione dei risultati che ci si aspetta dalla cura. Le buone pratiche, che sono state sperimentate anche in Italia, puntano, in una logica di prevenzione dei comportamenti violenti, sulla necessità di personalizzare il rapporto terapeutico,

di evitare l'isolamento del paziente, di favorire adeguati livelli di comunicazione nell'équipe curante e un buon clima in cui venga a svolgersi il lavoro. La precarietà della presa in carico e la grave carenza di strutture e percorsi adeguati e dedicati favoriscono l'insorgere delle urgenze comportamentali e aumentano il rischio di interventi di emergenza non appropriati ed evitabili.

Viceversa una rete assistenziale territoriale e ospedaliera che garantisca interventi precoci e integrati di presa in carico dei disturbi acuti riduce il numero dei ricoveri e quindi anche la eventualità del ricorso alla contenzione.

Come provvedimento immediato la costruzione di un sistema informativo e di un flusso di dati in grado di misurare la contenzione come evento sentinella è di per sé efficace nel ridurre l'impiego non appropriato. Nei casi in cui si configuri un intervento in stato di necessità e la contenzione fisica non sia evitabile, il personale coinvolto deve essere specificamente formato alla gestione del paziente in quella specifica situazione, e devono essere attivate di routine procedure interne e istituzionali di monitoraggio e tutela.

### ***7. La questione della contenzione fisica va al di là degli ambiti in cui si esercita la psichiatria***

Sarebbe del tutto irrealistico ritenere che la contenzione fisica sia esercitata solo dagli psichiatri. Troviamo questa pratica anche altrove, soprattutto lì dove l'assistenza ha a che fare con stati di agitazione psico-motoria che sono espressione di modificazioni patologiche del SNC, stabili o transitorie, in casi di demenza, o in situazioni di patologia geriatrica, oppure negli stati di intossicazione esogena, o in soggetti con disabilità intellettiva, adulti o in età evolutiva. Gli ambiti di esercizio in cui andrebbe discusso il problema della legittimità, utilità e opportunità della contenzione fisica, non sono costituiti solo dagli ospedali, ma anche dalle case di riposo per anziani, dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, dagli istituti di ricovero per soggetti con handicap connessi a patologie congenite o precocemente acquisite, del SNC. Una ulteriore discussione su questa ampia area dell'assistenza sanitaria esula tuttavia dalle competenze e dai compiti del Gruppo Interregionale della Salute Mentale, anche se l'avervi accennato è legittimato dal fatto che molto spesso comportamenti che sollecitano pratiche di contenzione fisica vengono tradotti in richieste psichiatriche quando addirittura non comportino un ricovero inappropriato in SPDC. Si ritiene inoltre che un miglioramento della pratica assistenziale psichiatrica, caratterizzato da una rinuncia alla contenzione fisica, sarebbe un forte segnale per porre attenzione al problema anche negli altri ambiti operativi, sollecitando coloro che vi operano ad analoghe pratiche di trattamento non restrittivo.

### ***8. Raccomandazioni***

Con questo documento le Regioni non intendono assumersi compiti che sono propri delle società scientifiche (svolgere ricerche e stabilire metodi di valutazione) o delle associazioni di utenti e di familiari (verificare e sollecitare

interventi modificativi) ma affrontano un compito che è di loro competenza e che riguarda il miglioramento della qualità delle cure nell'ambito sanitario psichiatrico. Obiettivo finale delle Raccomandazioni è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale.

Ciascuna delle raccomandazioni implica un intervento promozionale, potenzialmente atto a prevenire comportamenti violenti e contenzione fisica. Si intende che ad esso segua una valutazione e che siano attivati interventi correttivi nel caso che le modificazioni suggerite non siano state attuate o non abbiano ottenuto i risultati attesi.

#### **Raccomandazione 1:**

Monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative.

#### **Raccomandazione 2:**

Monitorare a livello regionale i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti (concordando gli strumenti di valutazione da adottare e le modalità di elaborazione dei dati a livello dei servizi di salute mentale coinvolti).

#### **Raccomandazione 3:**

Promuovere la formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di *escalation*.

#### **Raccomandazione 4:**

Definire e garantire standard di struttura e di processo per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di comportamenti violenti o permettano di affrontarli e superarli nel modo più efficace possibile.

#### **Raccomandazione 5:**

Valutare l'impatto delle iniziative di informazione, di formazione e di appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura psichiatrica; in particolare in termini di riduzione dei comportamenti violenti e degli episodi di contenzione fisica.

### **Raccomandazione 6:**

Promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alla buone pratiche, assume il significato di evento sentinella.

### **Raccomandazione 7:**

Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.

Roma, 29 luglio 2010



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

17/178/CR06a/C7

**DOCUMENTO DA RAPPRESENTARE ALLA  
COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI  
DIRITTI UMANI**

**NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SUI LIVELLI E I  
MECCANISMI DI TUTELA DEI DIRITTI UMANI, VIGENTI IN ITALIA E NELLA  
REALTÀ INTERNAZIONALE, SULLA CONTENZIONE MECCANICA**

A seguito di un intervento del “*The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment*” (CPT) sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura in Italia, il 29 luglio del 2010, la Conferenza delle Regioni ha approvato un documento che delinea possibili strategie di prevenzione della contenzione fisica.

Il documento chiarisce che parlare della contenzione fisica in psichiatria significa porre l'accento soprattutto sul suo uso come rimedio alle situazioni in cui sia alto il rischio di azioni auto ed etero lesive: in tali casi l'intervento si caratterizza, per lo più, per la mancanza del consenso da parte del paziente e va preso in considerazione nella materia disciplinata dagli articoli 33 – 34 – 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 che, per i trattamenti senza consenso, indicano luoghi, modi e tempi, nonché responsabilità professionali e garanzie amministrative e giurisdizionali da rispettare (stiamo parlando del trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera, in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura).

Al di fuori di queste condizioni per compiere un intervento, che altrimenti si configurerebbe come un reato, può essere invocata un'urgenza indifferibile, qualora si ravvisino condizioni eccezionali di necessità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile.

L'obiettivo delle raccomandazioni è costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica che si ponga all'interno della prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura. Le idee forti su cui fondarla si possono esprimere come:

- consapevolezza che la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura;
- consapevolezza che la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla;

- consapevolezza che rispondere alla violenza con la violenza non paga.

Obiettivo finale delle Raccomandazioni è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale.

#### **Raccomandazioni:**

- 1) Monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative.
- 2) Monitorare a livello regionale i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti (concordando gli strumenti di valutazione da adottare e le modalità di elaborazione dei dati a livello dei servizi di salute mentale coinvolti).
- 3) Promuovere la formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di *escalation*.
- 4) Definire e garantire standard di struttura e di processo per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di comportamenti violenti o permettano di affrontarli e superarli nel modo più efficace possibile.
- 5) Valutare l'impatto delle iniziative di informazione, di formazione e di appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura psichiatrica; in particolare in termini di riduzione dei comportamenti violenti e degli episodi di contenzione fisica.
- 6) Promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alle buone pratiche, assume il significato di evento sentinella.
- 7) Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.

Il 14 settembre u.s. è stata inviata formale richiesta ai componenti la sub-area salute mentale del Coordinamento assistenza territoriale in merito all'oggetto.

In particolare è stato chiesto alle Regioni e PA se, in ottemperanza al documento approvato in Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010 dal titolo “*Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*”, la Regione o PA avesse emanato direttive volte a monitorare il fenomeno, promuovere pratiche sistematiche di miglioramento della qualità sulla gestione delle situazioni di crisi, definire standard di struttura e di processo per prevenire e contrastare la comparsa di comportamenti violenti nei servizi di salute mentale.

Hanno risposto tutte le Regioni e PA ad esclusione della Regione Calabria.

La variabilità tra le Regioni e PA è ancora piuttosto elevata; tuttavia, rispetto al monitoraggio presentato nel citato documento del 2010, molti passi avanti sono stati compiuti.

Un primo gruppo di Regioni e PA ha emanato direttive in linea con le raccomandazioni del 2010, ed effettua un monitoraggio del fenomeno e delle azioni intraprese a livello locale (P.a Trento, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia).

Un secondo gruppo ha recepito formalmente le indicazioni o sancito il principio nelle proprie pianificazioni, ma non effettua un monitoraggio sistematico (Toscana, Umbria).

In un terzo gruppo di Regioni, pur in assenza di direttive formalizzate regionali, le Aziende sanitarie hanno adottato più o meno diffusamente procedure ispirate ai contenuti delle raccomandazioni del 2010 (Val d’Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Piemonte, Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania).

Un ultimo gruppo di Regioni non ha emanato direttive e non ha notizie di procedure adottate dalle Aziende sanitarie (Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

Di seguito quanto riportato dalle singole Regioni e PA.

Regioni che hanno emanato una direttiva e che effettuano un monitoraggio dell’applicazione della stessa:

**Provincia Autonoma di Trento:** con deliberazione 2874/2010 sono state recepite le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni 2010. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2016, che elenca puntualmente tutte le azioni intraprese per ognuna delle raccomandazioni indicate dal documento 2010 della Conferenza delle Regioni.



**Friuli-Venezia Giulia:** La Giunta regionale ha emanato la deliberazione 1904/2016 “Raccomandazione per il superamento della contenzione”, con l’obiettivo di prevenire le situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi e auto o etero lesivi, per il superamento della contenzione e per assicurare comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della Regione. Nell’ambito della salute mentale, azioni precedenti hanno già portato al totale superamento del ricorso alla contenzione meccanica.

Il monitoraggio della deliberazione 1904/2016 è in corso.

**Lombardia:** Il Piano attuativo salute mentale (2004) prescrive la necessità che ogni SPDC disponga di:

- un protocollo scritto sulle procedure per attuare la contenzione in cui vengano esplicitate informazioni relative a chi dispone la contenzione, a quali motivazioni la determinano e a chi la effettua;
- un registro per la rilevazione nominativa dei pazienti contenuti e della durata della contenzione stessa.

Nel 2011 un gruppo tecnico regionale ha predisposto un documento che è stato trasmesso alle aziende sanitarie. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2015. I dati documentano un calo nel numero e negli episodi di contenzione.

**Emilia-Romagna:** la Direzione generale regionale sanità e politiche sociali ha emanato due documenti (Circolare 16/2009 e Circolare 1/2015). La contenzione viene considerata un evento potenzialmente avverso per quanto attiene il rischio clinico. Ogni SPDC è dotato di un registro che raccoglie numerosi dati sull’episodio; si prevedono momenti di audit clinico e organizzativo. Gli SPDC sono tenuti a inviare una relazione annuale sulle azioni intraprese per migliorare i fattori organizzativi che possono prevenire il ricorso alla contenzione fisica. Il monitoraggio è annuale; disponibile quello relativo al 2016. I dati documentano una riduzione del 62% del numero delle contenzioni dal 2011 al 2016. Visto che diversi SPDC hanno raggiunto l’obiettivo “contenzioni zero”, la Regione propone ora questo obiettivo in tutti gli SPDC regionali. Sono inoltre presenti programmi mirati ad eliminare il ricorso alla contenzione fisica in altri contesti, come le case residenza per anziani (AUSL Bologna).

**Puglia:** la Giunta regionale ha adottato la deliberazione 2548/2011 “Documento di Raccomandazioni per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia.” Il documento recepisce le raccomandazioni Regioni (2010), aggiungendo adempimenti per la registrazione degli episodi contenzione, misure organizzative per prevenire contenzione e rischio di

aggressività verso operatori, misure per assistere la persona durante la contenzione. Sono disponibili i dati al 2010.

**Regioni che hanno recepito le raccomandazioni o sancito il principio, ma non hanno emanato direttive ad hoc e non effettuano monitoraggi.**

**Toscana:** Nel PSSIR 2012-2015, al punto 2.3.6.6 La Salute Mentale, si conferma il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica.

**Umbria:** Con deliberazione della Giunta Regionale n. 239 del 21/03/2011 è stato recepito il documento di Raccomandazioni in merito alla contenzione fisica in psichiatria. Dei tre SPDC presenti in Regione, uno non effettua contenzioni.

**Regioni che non hanno emanato alcun atto, ma nelle quali le Aziende sanitarie hanno autonomamente adottato procedure sul tema.**

**Valle D'Aosta:** la Azienda USL ha adottato una procedura formale.

**Provincia autonoma di Bolzano:** l'Azienda sanitaria ha predisposto delle linee guida interne sulla contenzione fisica in ambito ospedaliero e residenziale. L'Azienda effettua un monitoraggio puntuale, i cui ultimi dati sono riferiti al 2016.

**Piemonte:** c'è una presenza generalizzata di procedure aziendali (anche nelle case di cura psichiatriche a gestione privata), costruite in base alle evidenze di letteratura. E' in corso censimento delle procedure cui seguirà un tentativo di uniformazione tramite iniziative di formazione dei professionisti.

**Veneto:** tutti i Dipartimenti di salute mentale hanno adottato proprie linee di indirizzo rispetto alle procedure. Tali linee di indirizzo sono approvate dalle rispettive Direzione Aziendali.

**Liguria:** quattro Aziende sanitarie su cinque hanno prodotto protocolli/procedure sulla contenzione, non necessariamente confinate all'ambito psichiatrico: in alcuni Aziende sanitarie esistono procedure da applicare in Pronto soccorso o nelle Residenze per anziani.

**Marche:** attualmente ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) Marche non ha linee guida omogenee su tutto il territorio regionale per quanto riguarda la contenzione meccanica. Sono presenti protocolli a livello di singoli SPDC e un protocollo della clinica psichiatrica della facoltà di Medicina di Ancona.

**Lazio:** Ogni Dipartimento di salute mentale ha le proprie procedure e tiene il registro delle contenzioni.

**Molise:** Presso i 3 Spdc di zona sono presenti procedure interne sulla base di linee-guida internazionali.

**Campania:** La ASL Salerno e la ASL Napoli 3 Sud hanno un loro autonomo percorso, con una commissione interna ai Dipartimenti salute mentale e un registro degli episodi di contenzione intercorsi nei servizi ospedalieri

**Regioni che non hanno emanato alcun atto e per le quali non si ha notizia di procedure aziendali autonomamente adottate:**

Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna.

Roma, 6 dicembre 2017



## **RIFERIMENTI NORMATIVI**





# Gazzetta Ufficiale

## DEL REGNO D'ITALIA

Anno 1904

Roma — Lunedì 22 febbraio

Numero 43

<b>DIREZIONE</b>	Si pubblica in Roma tutti i giorni non festivi	<b>AMMINISTRAZIONE</b>
<i>in Via Larga nel Palazzo Balsani</i>		<i>in Via Larga nel Palazzo Balsani</i>
<b>ABBONAMENTI</b>		
In Roma, presso l'Amministrazione: anno L. 32; semestre L. 17; trimestre L. 9 A domicilio e nel Regno: " " 30; " " 16; " " 8 Per gli Stati dell'Unione postale: " " 24; " " 12; " " 6 Per gli altri Stati si aggiungono le tasse postali. Gli abbonamenti si prendono presso l'Amministrazione e gli uffici postali ed esaurisce l'anno a' 31 di mese.		
<b>ESERCIZIONI</b>		
Atti giudiziari . . . . . L. 0.25 } per ogni linea e spazio di linea. Altri annuali . . . . . " 0.35 } Dirige le stampe per le inserzioni esclusivamente alla Amministrazione della Gazzetta. Per le modalità delle richieste d'inserzioni vedansi le avvertenze in testa al foglio degli annunci.		
Un numero separato in Roma cost. 10 — nel Regno cost. 15 — approvato in Roma cost. 20 — nel Regno cost. 30 — all'Estero cost. 35 Se il giornale si compone d'oltre 16 pagine, il prezzo si aumenta proporzionalmente.		

*Il Numero 86 dalla raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno contiene la seguente legge:*

**VITTORIO EMANUELE III**  
per grazia di Dio e per volontà della Nazione  
RE D'ITALIA

Il Senato e la Camera dei Deputati hanno approvato;  
Noi abbiamo sanzionato e promulghiamo quanto segue:

*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati.*  
*Custodia e cura degli alienati*

Art. 1.

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del Procuratore del Re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che lo riceve ed il medico che lo cura assumono tutti gli obblighi imposti dal Regolamento.

Il direttore di un manicomio può, sotto la sua responsabilità, autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del Re e all'Autorità di pubblica sicurezza.

Art. 2.

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nello interesse degli infermi e della società.

Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal Regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in Camera di Consiglio sulla istanza del pubblico ministero, in base alla relazione del Direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese. Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

L'Autorità locale di Pubblica Sicurezza può, in caso d'urgenza, ordinare il ricorso in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al Procuratore del Re, trasmettendogli il connotato documento.

Tanto il pretore, quanto l'Autorità locale di Pubblica Sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Colla stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il Tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'articolo 330 del codice civile, sino a che l'Autorità giudiziaria abbia pronunziato sull'interdizione.

È loro applicabile l'articolo 2120 del codice civile.

Il Procuratore del Re deve proporre al Tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.

#### Art. 3.

Il licenziamento dal Manicomio degli alienati guariti è autorizzato con decreto del Presidente del Tribunale sulla richiesta o del Direttore del Manicomio, o della persona menzionata nel primo comma dell'articolo precedente o della Deputazione provinciale.

Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il Direttore. Sul reclamo degli interessati il Presidente potrà ordinare una perizia.

In ogni caso contro il decreto del Presidente è ammesso il reclamo al Tribunale.

Il Direttore del Manicomio può ordinare il licenziamento, in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento, e ne darà immediatamente comunicazione al Procuratore del Re ed all'Autorità di Pubblica Sicurezza.

#### Art. 4.

Il Direttore ha piena autorità nel servizio interno sanitario o l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e dell'esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni.

Esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.

Alle sedute della Deputazione provinciale o delle Commissioni e Consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il Direttore del manicomio interverrà con voto consultivo.

#### Art. 5.

I Regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni d'indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Detti Regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il Direttore del manicomio, dall'Amministrazione provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattasi d'Opera pia, o saranno approvati dal Consiglio superiore di sanità con le forme e modi stabiliti dall'articolo 198 della legge comunale e provinciale.

### Competenza delle spese

#### Art. 6.

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei Comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della Provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella del trasferimento da un manicomio all'altro a carico della Provincia che l'ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative Convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomio giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato, per i condannati fino al termine di espiazione della pena e per i giudicabili fino al giorno in cui l'Autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a carico di essi. Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'articolo 46 del Codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

#### Art. 7.

Le controversie relative alle spese per gli alienati nelle quali siano interessati lo Stato, o più provincie, o Comuni, o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati, appartenenti a provincie diverse, sono di competenza della quarta Sezione del Consiglio di Stato.

Tutte le altre controversie di tal natura sono di competenza della Giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa.

Contro le decisioni della Giunta provinciale amministrativa è ammesso solo il ricorso alla IV Sezione, ai termini dell'articolo 24, numero 4, della legge 2 giugno 1889, n. 6100.

### Vigilanza sui manicomi e sugli alienati.

#### Art. 8.

La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al Ministro dell'interno ed ai Prefetti.

Essa è esercitata in ogni provincia da una Commissione composta del Prefetto, che la presiede, del medico provinciale e di un medico alienista nominato dal Ministro dell'Interno.

Il Ministro deve disporre ispezioni periodiche.

È applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'articolo 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica.



Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell'Interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal Regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel Regolamento.

Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori o gli impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise, anche nel merito, dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, in Camera di consiglio.

#### Art. 9.

Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo Regolamento, il Prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all'articolo precedente, sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura e di esercizio nei manicomi privati.

Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al Ministro dell'Interno, il quale provvede, sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio Superiore di Sanità, a seconda dell'inciso della controversia.

Nei manicomi pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale appartengono.

#### Art. 10.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del Regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomi pubblici e privati.

#### Art. 11.

Dal giorno dell'attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia.

È data facoltà al Governo del Re di provvedere all'ordinamento delle ispezioni periodiche a mezzo d'ispettori della pubblica beneficenza, e di determinare col Regolamento, sentito il Consiglio di Stato ed il Consiglio Superiore di Sanità, le norme per la esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al Regolamento medesimo.

Tali penalità non potranno estendersi oltre le 1000 lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal Codice penale per i reati da essa previsti.

Ordiniamo che la presente, munita del sigillo dello Stato, sia inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 14 febbraio 1904.

VITTORIO EMANUELE.

GIOLITTI.

Visto: Il Guardasigilli: RONCHETTI.



# Gazzetta Ufficiale

DEL REGNO D'ITALIA

Anno 1909

ROMA — Giovedì, 16 settembre

Numero 217.

**DIREZIONE**  
Via Larga nel Palazzo Reale

Si pubblica in Roma tutti i giorni non festivi

**AMMINISTRAZIONE**  
Via Larga nel Palazzo Reale

**Abbonamenti**  
In Roma, presso l'Amministrazione: anno L. 24; semestre L. 12; trimestro L. 6  
e domicilio o nel Regno: » » 30; » » 15; » » 8  
Per gli Stati dell'Unione postale: » » 30; » » 15; » » 8  
Per gli altri Stati si aggiungono le tasse postali  
Gli abbonamenti si prendono presso l'Amministrazione e gli Uffici postali, decorrendo dal 1° d'ogni mese.

**Inserzioni**  
Atti giudiziari . . . . . L. 0,25 per ogni linea o spazio di linea  
Altri annunzi . . . . . » 0,30  
Dirigere le richieste per le inserzioni esclusivamente alla  
Amministrazione della Gazzetta.  
Per le modalità delle richieste d'inserzioni vedansi in testa ai fogli degli annunzi.

Un numero separato in Roma cent. 10 — nel Regno cent. 15 — arretrato in Roma cent. 20 — nel Regno cent. 30 — all'Estero cent. 35  
Se il giornale si compone d'oltre 16 pagine, il prezzo aumenta proporzionalmente.

## SOMMARIO

### Parte ufficiale.

Leggi e decreti: R. decreto n. 615 che approva l'annesso regolamento sui manicomi e sugli alienati — R. decreto n. 599 che approva gli annessi elenchi delle quote di concorso a carico dello Stato, concesso a diversi Comuni per la integrazione provvisoria delle deficienze di bilancio causate dall'applicazione delle disposizioni sui tributi locali — R. decreto n. 625 che approva la convenzione fra lo Stato e la Fondazione per la istruzione avviata in Perugia — R. decreto n. CCCVI (parte supplementare) riflettente modificazione di statuto organico — Ministero del tesoro - Direzione generale del debito pubblico: Avviso — Retifiche d' intestazione — Direzione generale del tesoro: Prezzo del cambio dei certificati di pagamento dei dazi doganali d' importazione — Ministero di agricoltura, industria e commercio - Ispettorato generale dell' industria e del commercio: Media dei corsi dei consolidati negoziati a contanti nelle varie Borse del Regno.

### Parte non ufficiale.

Diario estero — S. M. il Re alle manovre navali — Notizie varie — Telegrammi dell' Agenzia Stefani — Bollettino meteorico — Inserzioni.

## PARTE UFFICIALE

### LEGGI E DECRETI

Il numero 615 della raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno contiene il seguente decreto:

VITTORIO EMANUELE III

per grazia di Dio e per volontà della Nazione

RE D'ITALIA

Veduta la legge 14 febbraio 1904, n. 36, sui manicomi e sugli alienati;

Veduto il regolamento per la esecuzione di detta

legge, approvato con Nostro decreto 5 marzo 1905 n. 158;

Veduti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del Consiglio di Stato;

Udito il Consiglio dei ministri;

Sulla proposta del Nostro ministro, segretario di Stato per gli affari dell'interno, presidente del Consiglio dei ministri;

Abbiamo decretato e decretiamo:

#### Articolo unico.

È approvato l'unito nuovo regolamento per l'esecuzione della citata legge 14 febbraio 1904, n. 36, sui manicomi e sugli alienati.

Detto regolamento sarà vidimato o sottoscritto, d'ordine Nostro, dal ministro proponente.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserito nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Sant'Anna di Valdieri, addì 16 agosto 1909.

VITTORIO EMANUELE.

GIOLITTI.

Visto, il guardasigilli: ORLANDO.

### REGOLAMENTO

per la esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36.

#### CAPO I.

Manicomi pubblici e privati ed altri luoghi di cura e di ricovero degli alienati

#### Art. 1.

Sono compresi sotto la denominazione di manicomi e sottoposti alle prescrizioni della legge 14 febbraio 1904, n. 36, o del presente regolamento tutti gli istituti pubblici provinciali, le istituzioni pubbliche di beneficenza o gli stabilimenti privati che, sotto qualsiasi

denominazione di ricoveri, case o ville di salute, asili o simili, ricoverino alienati di qualunque genere.

Fanno parte integrante dei manicomii le colonie agricole o familiari da essi dipendenti.

Le colonie agricole o familiari autonome, cioè non dipendenti da manicomii, sono considerate, agli effetti della legge, come manicomii.

#### Art. 2.

Sono comprese sotto la denominazione di case private, di cui al 2° o 3° comma dell'art. 1 della legge, tutte quelle case private, esclusa la casa propria dell'alienato o della sua famiglia, che, senza essere organizzate a stabilimento, ricevano uno o due alienati, a norma degli articoli 13, 14 e 15 del presente regolamento.

#### Art. 3.

Ogni manicomio, sia pubblico che privato, non può ricoverare che il numero di alienati consentito dalla capacità dei locali di cui dispone, o deve avere i locali ripartiti in guisa da assicurare la separazione dei due sessi e delle diverse categorie di alienati.

#### Art. 4.

Ogni manicomio, sia pubblico che privato, deve corrispondere a tutte le esigenze dell'igiene, o deve avere:

- a) locali distinti per accogliere i ricoverati in osservazione, con una o più camere per gli agitati e pericolosi;
- b) locali ove i malati possano occuparsi nel lavoro, preferibilmente in forma di colonie agricole;
- c) locali di isolamento per i pericolosi ricoverati definitivamente e, se il manicomio ricovera mentecatti a carico della Provincia, anche per gli imputati prosciolti a norma dell'art. 46 del Codice penale e per i condannati che hanno scontata la pena.
- d) locali di isolamento per malattie infettive;
- e) locali speciali per i ricoverati in osservazione giudiziaria;
- f) gabinetto forato di quanto è necessario allo studio, alla diagnosi o alla cura dei malati.

I manicomii pubblici devono avere un locale particolare per l'autorità degli alienati.

#### Art. 5.

Sono esenti dall'obbligo dei reparti di osservazione e di lavoro:

- a) le cliniche psichiatriche, le quali funzionino come reparti di osservazione;
- b) gli Istituti privati e i reparti per pensionanti negli Istituti pubblici, quando gli uni o gli altri abbiano dimora distinta per ciascun pensionante;
- c) le sezioni di ospedali, in cui gli alienati sono provvisoriamente ammessi o trasferiti da altre sezioni dell'ospedale stesso.

#### Art. 6.

Gli Istituti pubblici o privati, destinati a ricoverare soltanto mentecatti cronici tranquilli, epiletici innocui, cretini, idioti ed, in generale, individui colpiti da infermità mentale inguaribile, non pericolosi a sé e agli altri, devono corrispondere alle esigenze d'igiene e d'assistenza propria degli ospizi o ricoveri di individui affetti da malattie fisiche aventi carattere cronico ed inguaribile.

Devono anche avere personale o locali idonei alla temporanea custodia di quei malati che cessassero di essere tranquilli.

Sono inoltre sottoposti alla vigilanza di cui agli articoli 8 e successivi della legge o al capo VII di questo regolamento.

Dove non esistono gli Istituti indicati nella prima parte di questo articolo, ovvero quando essi sono insufficienti, i mentecatti appartenenti alle categorie sopra specificate devono essere accolti in separati reparti di manicomii.

Questi reparti saranno ordinati secondo le prescrizioni del presente articolo o possibilmente saranno forniti di laboratori o di terreni destinati alla coltivazione coll'opera dei ricoverati.

#### Art. 7.

L'amministrazione dei manicomii pubblici è rispettivamente affidata:

- a) al Consiglio provinciale, il quale la esercita per mezzo della Deputazione provinciale, nei manicomii mantenuti dalle Provincie;
- b) ad un Consiglio, nominato dai rispettivi Consigli provinciali, per quelli consorziali, secondo le speciali disposizioni dei relativi atti di costituzione;
- c) alla Congregazione di carità od all'amministrazione speciale dell'Opera pia, in conformità della legge o dello statuto di fondazione, per i manicomii che hanno carattere d'istituzione pubblica di beneficenza.

#### Art. 8.

La Deputazione provinciale ed il Consiglio consorziale possono delegare, nei limiti e colle cautele da stabilirsi nel regolamento organico di ciascun manicomio ed in conformità del 2° comma dell'art. 32, l'esercizio delle rispettive funzioni amministrative di vigilanza e di esecuzione ad uno o più dei propri membri, da scegliersi preferibilmente fra quelli che dimorano nel luogo ove il manicomio ha sede.

#### Art. 9.

L'amministrazione dei manicomii privati è regolata da particolari statuti e regolamenti.

Deve però essere notificato al prefetto ed al procuratore del Re il nome dell'amministratore e di quello che sia destinato a sostituirlo in caso di assenza o di impedimento, ed ogni cambiamento che si verificasse al riguardo.

#### Art. 10.

I manicomii pubblici dovranno avere, oltre al regolamento speciale prescritto dall'art. 5 della legge, un regolamento organico da deliberarsi dall'Amministrazione provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattasi di Opera pia, nel quale siano determinate, fra l'altro, le categorie e il numero del personale amministrativo e tecnico, i diritti e doveri dei vari impiegati, i rapporti fra i vari ordini di impiegati e le responsabilità di ciascuno, le norme per i vari servizi di fornitura o di manutenzione.

Questo regolamento organico sarà approvato nei modi stabiliti dalla legge comunale e provinciale o da quelle sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, secondo che si tratti di stabilimenti provinciali, anche consorziali, o di Opere pie.

Similmente sarà provveduto per gli Istituti di cui all'art. 6. Nel caso contemplato dagli ultimi due capoversi del detto articolo, nei regolamenti sopra indicati saranno inserite disposizioni particolari per i reparti riguardanti gli alienati cronici tranquilli ed inguaribili.

#### Art. 11.

Chiunque intenda di istituire uno stabilimento per il ricovero e la cura degli alienati deve presentare domanda al prefetto, corredata dal piano edilizio, del progetto di regolamento speciale di cui all'art. 5 della legge e di una relazione particolareggiata sull'ordinamento dell'Istituto, sulle norme igieniche, sulla ubicazione ed orientazione di esso, e sul numero di alienati che l'Istituto è destinato a ricevere. La relazione deve dimostrare anche l'osservanza di tutte le prescrizioni contenute nell'art. 4, salvo il disposto dell'art. 6.

Uguale domanda deve essere presentata per qualsiasi modificazione essenziale del piano edilizio o dell'ordinamento dell'Istituto.

#### Art. 12.

Il prefetto, compiute con la Commissione di vigilanza le occorrenti verifiche, e sentito il parere della Commissione stessa e del Consiglio provinciale di sanità, nonchè, ove lo creda opportuno, quello di altri tecnici, se ritiene che l'autorizzazione possa essere concessa, trasmette con sua relazione gli atti al Ministero dell'in-

terno, per l'approvazione, da parte del Consiglio superiore di sanità, prescritta dal secondo comma dell'art. 5 della legge, del regolamento speciale dell'Istituto.

Soltanto dopo l'approvazione del regolamento il prefetto rilascia l'autorizzazione con suo decreto nel quale determina anche il numero massimo degli alienati che potranno essere ricoverati nell'Istituto.

Le spese occorrenti, sia per le verifiche che il prefetto credesse compiere, sia per il parere dei medici alienisti che egli reputasse di domandare, sono a carico di chi ha presentata la domanda. Il prefetto può anche richiedere che il medesimo depositi anticipatamente per tali spese, presso la tesoreria provinciale, una somma determinata in via approssimativa, salvo l'obbligo di versare la maggior somma che potesse in fine risultare necessaria.

#### Art. 13.

Non può essere autorizzata la cura in una casa privata che per uno o due alienati.

#### Art. 14.

Perchè possa essere autorizzata la cura in una casa privata, che non sia la casa propria dell'alienato o della sua famiglia, occorre che sia dimostrata:

a) la salubrità della casa e la sua capacità a ricevervi convenientemente l'alienato, o l'adatta disposizione degli ambienti;

b) la sua ubicazione, che deve essere fuori dei centri abitati, ed avere possibilmente una sufficiente estensione di terreno annesso;

c) la possibilità che l'alienato sia adibito a qualche lavoro, preferibilmente agricolo;

d) la composizione della famiglia od i lavori in cui essa è occupata, in maniera che si scorga se lo alienato possa avere la dovuta cura ed assistenza, e sia eliminata ogni probabilità di pericolo per lo alienato o per altri, o di pubblico scandalo;

e) la buona condotta e la moralità dei componenti la famiglia;

f) l'assistenza medica assicurata, con l'indicazione del sanitario che assumerebbe la cura dell'alienato.

#### Art. 15.

Chiunque intenda ottenere l'autorizzazione per la cura di alienati estranei nella propria casa, deve farne domanda al Prefetto.

Il prefetto, assunto le debite informazioni, e compiute all'occorrenza le opportune verifiche, se riconosce che la domanda meriti di essere accolta, la fa iscrivere in apposito elenco del quale dà partecipazione al procuratore del Re della circoscrizione in cui ha sede il manicomio o al direttore di questo ultimo.

Il direttore di un manicomio, che sotto la sua responsabilità autorizza la cura di un alienato in una casa privata, sceglie la casa stessa fra quelle autorizzate dal prefetto.

#### Art. 16.

Il direttore del manicomio può istituire speciali corsi teorico-pratici per coloro che intendono ricevere alienati in casa privata. Tali corsi non possono durare meno di sei mesi o possono essere fusi coi corsi di cui all'art. 24 del presente regolamento.

Il direttore è autorizzato a rilasciare, secondo le norme stabilite dall'art. 24, terzo comma, di questo regolamento, attestati di idoneità a chi frequenta i corsi medesimi.

Le famiglie delle quali fa parte persona munita del detto attestato o uno degli ex-infermieri od ex-sorveglianti contemplati nel capoverso dell'art. 22, devono di regola essere preferite nell'assegnazione degli alienati alla cura in casa privata, quando non manchino gli altri requisiti di cui nel precedente art. 14.

#### Capo II.

##### Personale del manicomio - Nomine ed attribuzioni

#### Art. 17.

Nessuno può essere nominato a qualsiasi ufficio nei manicomi

pubblici e privati, se non sia cittadino italiano o maggiore di età, salva l'eccezione prevista dall'art. 23, o se non abbia serbato costantemente buona condotta morale e civile.

Gli amministratori dei manicomi privati, che adibiscano impiegati in contravvenzione alle disposizioni del presente articolo, sono soggetti ad una pena pecuniaria estensibile a lire trecento.

#### Art. 18.

Per l'approvazione delle deliberazioni di nomina degli impiegati e salariati dei manicomi pubblici, compresi i consorziali, nulla è innovato alle disposizioni delle leggi sull'Amministrazione comunale e provinciale e sulle istituzioni pubbliche di beneficenza.

#### Art. 19.

Nei manicomi pubblici la nomina del direttore e dei medici, sia primari che assistenti, non può aver luogo che per concorso.

La nomina viene fatta rispettivamente dal Consiglio provinciale, o dalla rappresentanza consorziale, o dall'Amministrazione dell'istituzione pubblica di beneficenza, fra i primi tre classificati dalla Commissione di cui nell'articolo seguente.

Per i manicomi privati la nomina deve essere denunciata al prefetto, che può annullarla nel termine di 30 giorni dal ricevimento della notifica, se il nominato non ha, oltre a quelli stabiliti dall'art. 17, i necessari requisiti di moralità o competenza tecnica, di cui all'art. 21.

#### Art. 20.

I concorsi per la nomina del direttore e dei medici di un manicomio pubblico devono essere fatti per titoli scientifici e pratici o giudicati da una Commissione composta di tre membri, cioè di un professore universitario di psichiatria, compresi i liberi docenti, di un direttore di manicomio e di un componente a scelta dell'Amministrazione da cui dipende il manicomio stesso.

I membri della Commissione esaminatrice non debbono essere parenti né affini entro il quarto grado civile dei concorrenti, e non debbono essere interessati in alcun modo, neanche indiretto, nella gestione del manicomio.

#### Art. 21.

Per essere ammessi al concorso per la nomina a direttore, occorre comprovare di possedere i requisiti previsti dall'art. 17, e di avere prestato servizio in manicomi od in cliniche psichiatriche per non meno di un quadriennio.

Per il concorso a medico basta comprovare la competenza tecnica acquistata per studi speciali compiuti o per servizi prestati in manicomi o in cliniche psichiatriche.

#### Art. 22.

Nei manicomi pubblici e privati il personale di vigilanza, sotto qualsiasi denominazione eserciti le sue funzioni, cioè di sorveglianti, capi infermieri o simili, deve essere scelto fra persone che abbiano speciali attitudini e adeguata cultura, e che abbiano riportato l'attestato di idoneità alla qualità di sorveglianti, di cui all'art. 24. La nomina sarà fatta su proposta del direttore.

Possono anche essere, sulla proposta del direttore medesimo, promossi ai gradi suddetti gli infermieri, che abbiano prestato servizio per tre anni almeno, e sieno stati sperimentati capaci alle relative funzioni.

#### Art. 23.

Gli infermieri, sia nei manicomi pubblici che privati, debbono essere dotati di sana costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica, aver serbata buona condotta morale e civile, sapere leggere e scrivere ed avere compiuti 21 anni, se maschi, e 18, se femmine.

L'ammissione in servizio di infermieri minorenni non può avvenire se non quando la responsabilità dei loro atti sia garantita, ai sensi di legge, dallo esercente la patria potestà o da chi di diritto.

Gli infermieri aventi i requisiti sopra indicati sono assunti in servizio su proposta o parere favorevole del direttore, nella qualità di provvisori. Compiuto un biennio di buona prova ed ottenuto l'attestato di idoneità di cui all'art. 24, sono nominati effettivi.

## Art. 24.

Il direttore del manicomio, o personalmente, o per mezzo dei medici del manicomio stesso da lui prescelti, deve istituire corsi speciali teorico-pratici per la istruzione degli infermieri provvisori ed effettivi e possibilmente anche per la formazione di un buon personale di vigilanza.

È in facoltà dell'Amministrazione di ammettere a questi corsi anche estranei.

Il direttore è autorizzato a rilasciare attestati di idoneità rispettivamente agli infermieri ed agli aspiranti alla qualità di sorveglianti, che avendo frequentato il corso con assiduità, avranno superato con buon esito un esame teorico-pratico finale, che sarà dato davanti ad una Commissione composta del medico provinciale, del direttore medesimo e di un delegato dell'Amministrazione.

Gli attestati di idoneità rilasciati in un manicomio pubblico sono validi per l'ammissione in qualunque altro.

## Art. 25.

Il ministro dell'interno può, sulla proposta della Commissione provinciale di vigilanza, rilasciare attestati di benemerita ai direttori o medici di manicomi pubblici e privati, i quali si siano specialmente segnalati per attitudine e zelo nel tenere i corsi di cui nei precedenti articoli 16 e 24.

## Art. 26.

La nomina dei medici, del personale di sorveglianza e degli infermieri dei manicomi pubblici diventa definitiva dopo due anni di esperimento.

## Art. 27.

Il licenziamento dei medici deve essere deliberato almeno tre mesi prima della scadenza del biennio dal Consiglio provinciale o dalla rappresentanza consorziale, o dall'Amministrazione dell'istituzione pubblica di beneficenza.

Trascorso il periodo di esperimento, le Amministrazioni predette non possono licenziare il medico se non per motivi gravi che debbono essergli contestati in iscritto, con invito a presentare, pure in iscritto, nel termine di giorni 15, le sue giustificazioni.

La relativa deliberazione motivata dovrà essere presa dal Consiglio provinciale con l'intervento almeno di due terzi dei consiglieri assegnati alla Provincia, o dalla rappresentanza consorziale, o dall'Amministrazione dell'istituzione pubblica di beneficenza col voto favorevole della maggioranza assoluta dei membri componenti l'assemblea consorziale e l'Amministrazione stessa.

## Art. 28.

Al direttore dei manicomi pubblici e privati per l'esercizio della piena autorità sul servizio interno sanitario e dell'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, nonché per l'esercizio del potere disciplinare sul personale dipendente, spetta di:

a) provvedere all'ammissione ed al licenziamento dei malati secondo le norme stabilite dalla legge o dal presente regolamento;

b) sopraintendere alla cura fisica e morale dei ricoverati o regolarne i rapporti colle famiglie ed esterni;

c) organizzare tutti i servizi dello stabilimento, provocando all'occorrenza i provvedimenti dell'Amministrazione, in modo rispondente agli intenti di esso e sopra tutto al benessere dei ricoverati, all'igiene, alla sicurezza, al decoro dell'istituto, in conformità dei progressi della scienza o della tecnica dei manicomi;

d) distribuire e regolare le funzioni dei medici e del personale di vigilanza e degli infermieri, in modo che ciascuno abbia la responsabilità effettiva del rispettivo ufficio;

e) vigilare a che tutto il personale dello stabilimento, in ogni ramo di servizio, adempia ai propri doveri, ed esercitare i poteri disciplinari affidatigli dai rispettivi regolamenti;

f) denunziare alle competenti autorità qualsiasi fatto accaduto o atto compiuto da persone addette allo stabilimento, che cada sotto la sanzione del Codice penale o di altre leggi vigenti;

g) sorvegliare tutto ciò che concerne il servizio economico interno.

## Art. 29.

Per le case di salute speciali presso gli ospedali civili, destinato abitualmente a servire di ricovero ad un numero limitato di alienati cronici o tranquilli, le funzioni di direttore possono essere esercitate, agli effetti della legge e del presente regolamento, dal direttore medico dell'ospedale al quale è annessa la casa di salute, od, in mancanza, da chi ne esercita le funzioni.

Se la casa di salute è affidata ad un medico specialista, questi deve avere i requisiti contemplati dall'art. 21 ed esercita le funzioni di cui nell'art. 28, meno quelle indicate nella lettera g).

## Art. 30.

Nelle sezioni di ospedali, che sono compartimenti di osservazione per alienati, la nomina dello specialista deve essere fatta per concorso, colle norme degli articoli 19, 20 e 21. Ad esso spettano le funzioni di cui all'art. 28, meno quelle indicate nella lettera g).

Nelle cliniche psichiatriche che funzionano da compartimenti di osservazione tutte le funzioni di cui nell'art. 28 spettano al direttore della clinica.

## Art. 31.

Nei manicomi pubblici il servizio economico interno è affidato ad un economo, a cui spetta la diretta responsabilità dell'esecuzione dei provvedimenti relativi, e che presta la prescritta cauzione, nei modi e nella misura che verrà stabilita col regolamento, di cui al precedente art. 10.

Il delegato o i delegati nominati dall'Amministrazione, nel caso di cui all'art. 8 del regolamento, invigilano su tutto l'andamento amministrativo economico e disciplinano del manicomio e sull'esercizio delle funzioni dell'economista.

Quando il servizio economico sia molto importante e complesso, specialmente a causa della gestione di opifici interni o di apposite aziende, è data facoltà alle amministrazioni dei manicomi di nominare, oltre l'economista, un capotecnico, e ciò senza pregiudizio dell'alta sorveglianza spettante al direttore sul servizio stesso per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, e ferma restando all'economista la funzione esecutiva e contabile di cui al primo comma.

Il regolamento organico determinerà le funzioni del capo tecnico.

## Art. 32.

Spetta ai medici di sezione, ed a coloro che ne hanno le funzioni, la cura dei malati e la vigilanza e la responsabilità del servizio tecnico e disciplinare nei reparti rispettivi.

## Art. 33.

Spetta al personale di vigilanza, sotto gli ordini del direttore e dei medici, di curare che dagli infermieri e dal personale di servizio siano rigorosamente osservate le prescrizioni e gli orari, e sia mantenuta desta l'attività e lo zelo di essi, riferendo ai superiori intorno alle eventuali mancanze del personale ed a tutto ciò che riguarda i malati ed il servizio.

## Art. 34.

Spetta agli infermieri, sotto la dipendenza del direttore, dei medici o dei capi infermieri, di sorvegliare ed assistere i malati affidati a ciascuno di essi; vigilare attentamente affinché questi non nuoccano a sé e agli altri, o sia provveduto ad ogni loro bisogno; curare per quanto è possibile, di adibirli a quelle occupazioni che

dai medici fossero indicate come adatte all'indole o alle attitudini di ciascuno; eseguire tutte le prescrizioni impartite dai superiori per la buona manutenzione dei locali, degli arredi ecc., e riferire immediatamente ai superiori stessi tutto quanto concernere i malati ed il servizio.

Rispondono dei malati loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati pel lavoro.

Non possono ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali col permesso scritto del medico. Nel caso di contravvenzione a questo divieto sono soggetti ad una pena pecuniaria estensibile a L. 100 senza pregiudizio delle maggiori responsabilità in cui potessero incorrere a' termini di legge.

Nell'adempimento dei loro doveri debbono avere sempre presenti le disposizioni contenute negli articoli 371, 375, 386, 390, 391 e 477 del Codice penale.

Copia a stampa di questi deve essere costantemente tenuta affissa in ciascuno dei reparti del manicomio.

#### Art. 35.

Il servizio medico, di infermieri e di vigilanza non deve mancare nè di giorno nè di notte e deve essere assicurato nei modi e coi turni da stabilirsi nei regolamenti speciali, provvedendo a che tutto il personale di assistenza abbia il necessario riposo.

#### CAPO III.

#### Ammissione degli alienati nei luoghi di cura e di ricovero

#### Art. 33.

L'ammissione degli alienati in un manicomio o la cura in una casa privata, che non sia quella dello alienato o della sua famiglia, dev'essere chiesta dai parenti nell'ordine in cui sono tenuti agli alimenti, ai termini dell'art. 142 del Codice civile, ovvero dai tutori, protutori o curatori.

#### Art. 37.

La domanda pel ricovero in un manicomio, o per l'autorizzazione della cura in una casa privata d'un alienato, deve essere presentata al pretore o all'autorità locale di pubblica sicurezza o firmata da chi la produce e portare l'indicazione del domicilio, della condizione del richiedente e dei suoi rapporti con lo alienato, e il visto del sindaco del Comune dove questi dimora.

Insieme con la domanda, le persone indicate nell'art. 36 debbono presentare il certificato medico, e, se non trattasi di caso d'urgenza, l'atto di notorietà di cui al secondo comma dell'art. 2 della legge.

#### Art. 38.

Il certificato medico deve essere rilasciato da un medico esercente non vincolato da legami di parentela, entro il quarto grado civile, col malato, o col direttore o proprietario del manicomio, nè appartenente al manicomio stesso, o alla casa di salute avente reparti anche per alienati.

#### Art. 39.

Il certificato medico deve attestare:

- a) l'indole della infermità mentale, indicando i sintomi, l'origine, il decorso di essa;
- b) i fatti specifici enunciati in modo chiaro e particolareggiato, dai quali si deduca la manifesta tendenza dell'individuo a commettere violenza contro se stesso o contro gli altri od a riuscire di pubblico scandalo;
- c) la necessità di ricoverare il malato nel manicomio, attestando, ove occorra, la necessità dell'immediato ricovero d'urgenza;
- d) la possibilità di trasportare l'alienato al manicomio per le condizioni fisiche in cui si trova senza grave nocumento della sua salute.

Il certificato deve essere rilasciato in duplice copia, una per uso

dell'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza e l'altra per uso del direttore del manicomio a norma degli articoli seguenti.

#### Art. 40.

L'atto di notorietà deve essere ricevuto dal pretore, o, nei Comuni che non sono sede di pretura, dal sindaco, e deve risultare dalle deposizioni giurate di quattro testimoni che abbiano i requisiti di legge, siano riconosciuti come persone probe e degne di fede, e siano estranei alla famiglia dell'alienato, ma possibilmente dimoranti in prossimità della casa di quest'ultimo.

L'atto di notorietà deve essenzialmente riguardare i fatti specifici di cui alla lettera b) dell'articolo precedente e le circostanze che fanno ritenere lo stato di alienazione mentale dell'individuo.

#### Art. 41.

Il certificato medico e l'atto di notorietà non sono più validi se presentati dopo quindici giorni dalla loro data.

#### Art. 42.

L'autorità locale di pubblica sicurezza, appena viene a conoscenza in seguito a denuncia od altrimenti di un caso di alienazione mentale, se scorge in esso l'assoluta urgenza di provvedere immediatamente senza attendere l'autorizzazione del ricovero provvisorio dal pretore, dispone, con ordinanza motivata, il ricovero provvisorio stesso in base al certificato medico ed in conformità del 3° comma dell'art. 2 della legge.

#### Art. 43.

Il pretore del mandamento dove trovasi l'alienato emette l'ordinanza di autorizzazione del ricovero di esso in via provvisoria nel manicomio, qualora dal certificato medico risulti che possa essere trasportato.

Quando dal certificato medico risulta che l'alienato non può essere trasportato per le condizioni fisiche in cui si trova, il pretore sospende l'emissione dell'ordinanza di ricovero provvisorio, mandando al sindaco del luogo ove risiede l'alienato di dare le disposizioni opportune perchè siano evitati eventuali pericoli all'alienato ed agli altri, sino a che sia accertato, con altro certificato medico, che possa essere trasportato, in seguito a che il pretore emette l'ordinanza di autorizzazione del ricovero provvisorio.

Il sindaco che non ottemperi alle disposizioni del precedente capoverso è soggetto ad una pena pecuniaria estensibile a lire trecento.

#### Art. 44.

Sulle domande di autorizzazione alla cura in casa privata, lo quali risultino conformi alle disposizioni degli articoli 13 a 16 del presente regolamento, il procuratore del Re provvede in via provvisoria.

Il tribunale, prima di emettere l'ordinanza di autorizzazione, deve accertare, coi mezzi che ritiene opportuni, lo stato di alienazione mentale.

#### Art. 45.

Contemporaneamente alla autorizzazione del ricovero in via provvisoria il pretore, e rispettivamente il procuratore del Re, assume sommarie informazioni sulla condizione economica dell'alienato o sui suoi rapporti di famiglia, provvede, ove ne sia il caso, alla custodia provvisoria dei beni di lui mediante l'apposizione d'ufficio dei sigilli nelle forme prescritte dal Codice di procedura civile o con la nomina di un semplice custode o in quell'altro modo che ritenga più conveniente. Se l'alienato non è del mandamento, o ha aziende e beni fuori del mandamento, provoca subito analoghi provvedimenti dal pretore o dai pretori locali.

Quando l'autorità di pubblica sicurezza ordina il ricovero di urgenza a' termini dell'art. 2, comma 3°, della legge, provvede alla custodia momentanea dei beni dell'alienato nei modi che stima più convenienti, provocando al più presto i provvedimenti del pretore.

Il direttore del manicomio è obbligato a denunziare all'autorità che ha emesso l'ordinanza di autorizzazione provvisoria tutti i valori che avesse seco l'alienato al momento del suo ingresso nel manicomio.

## Art. 46.

L'ordinanza di autorizzazione del ricovero provvisorio in un manicomio, se emessa dal pretore, è comunicata coi relativi documenti all'autorità locale di pubblica sicurezza, la quale in ogni caso provvede all'invio ed all'accompagnamento dell'alienato al manicomio destinato ad accogliere gli alienati poveri della Provincia.

Quando non si tratti di famiglia povera, il trasporto ha luogo a spese della famiglia, e rispettivamente delle persone tenute a prestare all'alienato gli alimenti, ai termini dell'art. 142 del Codice civile, all'Istituto prescelto dalla famiglia. Quando questa lo domandi, o sia richiesto da ragioni di urgenza, provvede al trasporto l'autorità di pubblica sicurezza.

Le spese del trasporto sono anticipate, ove occorra, dal Comune. L'autorità di pubblica sicurezza invia al direttore del manicomio l'ordinanza di ricovero provvisorio coi relativi documenti. Il direttore del manicomio dà avviso del disposto ricovero provvisorio al presidente della deputazione provinciale, se si tratta di alienato povero.

## Art. 47.

A richiesta dell'Amministrazione dei manicomi pubblici o delle Amministrazioni provinciali interessate, il sindaco deve trasmettere ad esse i seguenti documenti in carta libera per uso interno di ufficio, per ciascun alienato:

a) situazione di famiglia, in cui debbono essere compresi anche i parenti indicati dall'art. 143 del Codice civile;

b) certificato relativo alle condizioni economiche dell'alienato o di ciascuno dei parenti di lui, contemplati dal citato art. 142.

A tale certificato debbono essere uniti quello dell'agente delle imposte dirette e dell'esattore, relativi a tutte le menzionate persone, da rilasciarsi su richiesta del sindaco stesso.

In caso di omissione o di ingiustificato ritardo oltre i trenta giorni, ovvero di attestazioni incomplete od inesatte, i sindaci, gli agenti delle imposte o gli esattori sono soggetti alla ammenda da L. 10 a L. 50, salva la facoltà dell'Amministrazione di ricorrere al prefetto perchè provveda di ufficio a carico di chi di ragione, ai termini della legge comunale.

## Art. 48.

Per gli alienati esteri tiene luogo dei documenti prescritti dall'articolo precedente un attestato del console dello Stato cui l'alienato appartiene, nel quale siano indicate, con la maggiore precisione che sarà possibile, nome, cognome, paternità, età, luogo di nascita e di domicilio, professione, condizioni economiche e di famiglia dell'alienato.

## Art. 49.

Dopo un periodo di osservazione che deve essere il più breve possibile e non eccedere i quindici giorni, il direttore del manicomio trasmette al procuratore del Re presso il tribunale del luogo ove ha sede il manicomio stesso, una relazione circa la natura o il grado della malattia, esprimendo il proprio giudizio se l'ammalato si trovi nelle condizioni previste dall'articolo 1 della legge, e debba essere quindi trattenuto in un manicomio, ovvero se, trovandosi nelle condizioni indicate al comma 1° dell'art. 6, debba essere trasferito nel riparto speciale o negli Istituti indicati nel detto articolo, o affidato a persona, privata, qualora per il suo stato di famiglia non possa essere mantenuto e vigilato a domicilio.

Nei casi eccezionali in cui il direttore non creda di poter emettere il giudizio entro il termine suddetto, ne comunica le ragioni al procuratore del Re, chiedendo una proroga, che non potrà eccedere altri quindici giorni.

## Art. 50.

Il tribunale del luogo ove ha sede il manicomio, su istanza del

procuratore del Re, provvedendo in Camera di consiglio, fatto le indagini che crede necessarie, omette il decreto che ordina l'immediato licenziamento di quelli che sono risultati non affetti da alienazione mentale o affetti da deficienza mentale in grado tale da non rendere necessario il ricovero; di coloro che si trovino nelle condizioni di cui all'articolo 1 della legge autorizza il definitivo ricovero nel manicomio; degli altri autorizza il ricovero nei reparti speciali o negli Istituti indicati nell'articolo 6, o il mantenimento e vigilanza a domicilio o la consegna a persona privata, secondo che all'Amministrazione provinciale parrà più opportuno disporre con le modalità stabilite dall'art. 61.

Con lo stesso decreto il tribunale nomina, ove occorra, un amministratore provvisorio per l'alienato.

Il procuratore del Re comunica l'ordinanza del ricovero definitivo, coi relativi documenti, al procuratore del Re presso il tribunale nella cui giurisdizione ha domicilio l'alienato.

Nei casi di individui riconosciuti non alienati, il direttore potrà dimetterli in via provvisoria colle norme di cui all'art. 64.

## Art. 51.

Quando vi sia domanda dei parenti, il procuratore del Re presso il tribunale nella cui giurisdizione ha domicilio l'alienato, in base agli articoli 326 o 339 del Codice civile, ed entro il termine che reputa opportuno, tenuto conto delle particolari condizioni di famiglia ed economiche dell'individuo, provoca i provvedimenti del tribunale circa la tutela e la cura della persona e dei beni di chi sia dichiarato colpito da alienazione mentale.

## Art. 52.

Dei decreti del tribunale è data, a cura del procuratore del Re, immediata partecipazione al direttore del manicomio ed al prefetto della Provincia ove il manicomio ha sede.

## Art. 53.

Quando individui maggiorenni, avendo coscienza del proprio stato di alienazione parziale di mente, chieggano di essere ricoverati in un manicomio, il direttore, in caso di assoluta urgenza e sotto la propria responsabilità, può riceverli provvisoriamente in osservazione, dandone avviso entro ventiquattrore al procuratore del Re salvo a riferirgli, a termini del precedente art. 49, poi provvedimenti del tribunale, come nei casi ordinari, ed all'autorità di pubblica sicurezza.

Il direttore che ometta o ritardi di dare l'avviso al procuratore del Re, è soggetto ad una pena pecuniaria estensibile a lire trecento.

## Art. 54.

Il direttore del manicomio deve sempre avvisare immediatamente il procuratore del Re dell'avvenuta ammissione provvisoria, nonché del trasferimento di un alienato da un manicomio all'altro.

## Art. 55.

Per gli alienati nazionali rimpatriati dall'estero e per gli alienati stranieri inviati nei manicomi italiani per esservi curati, il ricovero provvisorio ha luogo per ordine e cura dell'autorità di P. S. in base al certificato medico.

## Art. 56.

Per gli alienati non regnicoli, il procuratore del Re, l'autorità di pubblica sicurezza e il direttore del manicomio debbono, a seconda dei casi e della rispettiva competenza, fare le occorrenti partecipazioni al console dello Stato cui ciascuno di quelli appartiene.

## Art. 57.

Il direttore e i medici di una casa di salute per malattie nervose, nella quale esistano anche reparti per alienati, non possono trasferire un malato nei reparti degli alienati se non coll'osservanza delle disposizioni dell'art. 2 della legge e di quelle del presente regolamento.

Chiunque contravvenga a tale divieto è soggetto ad una pena pecuniaria da L. 300 a L. 1000, senza pregiudizio della pena maggiore sancite dal Codice penale, e salvi i provvedimenti del prefetto ai termini della legge comunale o di quella sulla sanità pubblica.

## CAPO IV.

## Assistenze, cura e trasferimento degli alienati

## Art. 58.

Durante il periodo di osservazione i ricoverati nei manicomi debbono essere tenuti costantemente nell'apposito locale prescritto dal secondo comma dell'art. 2 della legge.

Per l'infrazione di tale disposizione, non giustificata da assoluta necessità, il direttore è sottoposto ad una pena pecuniaria da L. 20 a L. 100.

## Art. 59.

L'amministrazione ed i direttori di manicomi non possono rilasciare certificati di degenza dei malati se non in seguito ad autorizzazione del presidente del tribunale, che abbia riconosciuti i giusti motivi della richiesta.

## Art. 60.

Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi o 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.

L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da L. 300 a L. 1000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale.

L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in caso privato. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente.

## Art. 61.

Con deliberazione della Deputazione provinciale, per gli alienati a carico della Provincia, e per gli altri sopra domanda dell'esercito la patria potestà, del tutore o del curatore o del procuratore del Re, il quale anche negli altri casi deve dare il suo consenso, e, in caso di contestazione, per decreto del tribunale, l'alienato può essere trasferito da un manicomio all'altro.

In tal caso il direttore del manicomio, da cui proviene l'alienato, deve trasmetterlo a quello del manicomio in cui è trasferito, una speciale relazione medica, da lui firmata, e copia conforme, autenticata sotto la sua responsabilità dal direttore stesso, dei documenti in base ai quali fu autorizzato il ricovero definitivo.

## Art. 62.

In qualunque tempo il direttore del manicomio può fare trasferire nei reparti speciali o promuovere il trasferimento negli Istituti di cui all'art. 6, degli alienati che riconosca trovarsi nelle condizioni previste da quelle disposizioni, osservando, quanto agli Istituti suddetti, le disposizioni del 2° comma dell'articolo 61.

L'amministrazione provinciale può disporre che siano consegnati alla famiglia, a parenti o ad estranei i mentecatti contemplati nell'art. 6, corrispondendo, quando essi siano poveri, una retta nella misura sempre inferiore alla diaria di degenza, da determinarsi caso per caso, ed avvertendone il procuratore del Re o l'autorità di pubblica sicurezza.

Qualora la famiglia o i consegnatari trascurino in qualsiasi modo la custodia e la cura del mentecatto, l'autorità di pubblica sicurezza ne avverte l'Amministrazione provinciale per gli opportuni provvedimenti.

## Art. 63.

In ogni manicomio deve essere tenuto:

a) un registro nominativo, a forma di rubrica alfabetica, di tutti i ricoverati;

b) un fascicolo personale per ciascun ricoverato, nel quale debbono essere conservati i documenti relativi all'ammissione, i provvedimenti, le comunicazioni o la corrispondenza dell'autorità giudiziaria, di quella amministrativa o della famiglia, la diagnosi o il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato, o gli atti relativi al licenziamento di- osso per guarigione od in esperimento o per altra causa

c) un registro in cui siano indicati giorno per giorno, i malati a cui sono stati applicati i mezzi di coercizione;

d) un elenco dei malati dimessi in via di esperimento, poi quali non sia stato emesso il decreto di licenziamento definitivo;

e) un elenco dei malati affidati a caso privato.

## CAPO V.

## Licenziamento degli alienati

## Art. 64.

Quando il direttore ritiene che l'alienato sia guarito, lo licenzia in via di prova sotto la propria responsabilità, dandone avviso al procuratore del Re ed all'autorità di pubblica sicurezza.

Il licenziamento non è definitivo se non quando intervenga il decreto del presidente del tribunale, giusta il disposto del primo comma dell'art. 3 della legge. A tale uopo il direttore, insieme con la comunicazione di cui sopra, trasmette una relazione sullo stato del licenziato che egli ritiene guarito, al procuratore del Re, il quale, ove nulla osti, provoca dal presidente del tribunale il licenziamento definitivo, che deve essere emanato di urgenza.

## Art. 65.

Perchè sia effettuato il licenziamento previsto nel primo comma dell'articolo precedente, il direttore potrà, secondo i casi, o invitare la famiglia del guarito, direttamente o per mezzo del sindaco del Comune cui appartiene, a ritirare il ricoverato entro un termine congruo, proporzionato alla distanza del Comune stesso dal manicomio, ovvero fare accompagnare il ricoverato al proprio domicilio, ovvero, quando non esista più la famiglia, o questa si rifiuti di riceverlo, potrà affidarlo alla autorità di pubblica sicurezza, perchè provveda al rimpatrio e al collocamento di esso.

## Art. 66.

Il direttore può, in via di esperimento, consegnare alla famiglia l'alienato che abbia raggiunto tal grado di miglioramento da potere essere curato a domicilio, avvisandone contemporaneamente il procuratore del Re presso il tribunale nella cui giurisdizione ha sede il manicomio, l'autorità di pubblica sicurezza ed il sindaco del Comune cui appartiene.

Se la famiglia si rifiuta di ricevere l'alienato licenziato in via di esperimento, il direttore ne informa il procuratore del Re, il quale provvede immediatamente alla nomina di una persona incaricata di prendere cura dell'alienato in via di guarigione. L'Amministrazione provinciale corrisponde, ove occorre, a tale persona una congrua retta pel mantenimento e la cura dell'alienato.

Uguale retta potrà essere corrisposta alla famiglia che non abbia mezzi sufficienti per la cura e il sostentamento di esso.

Durante l'esperimento la famiglia deve inviare ogni quattro mesi, per mezzo del sindaco, al direttore un certificato medico sullo stato dell'ammalato.

Quando il direttore dichiara che l'ammalato in esperimento è guarito, ne dà avviso al procuratore del Re, perchè provochi il decreto di licenziamento definitivo.

Verificandosi durante l'esperimento la necessità del ritorno del malato al manicomio, questi vi è riammesso in base a semplice certificato medico. Il direttore deve subito informare il procuratore del Re, inviandogli copia autentica del detto certificato.

Il direttore che omette o ritarda di dare al procuratore del Re



l'avviso di cui nel capoverso precedente, incorrerà in una pena pecuniaria da L. 50 a L. 300.

## Art. 67.

Verificandosi negli alienati affidati alla cura in case private la necessità del ritorno del malato nel manicomio, il direttore potrà riammetterlo, salvo a darne subito avviso al procuratore del Re ed all'autorità di pubblica sicurezza.

Per gli alienati affidati a case private che siano guariti, o in condizione di essere consegnati alle famiglie in via di esperimento, si applicano le disposizioni di cui ai precedenti articoli.

## Art. 68.

La consegna dell'alienato, nei casi in cui sia necessaria a norma del presente regolamento, deve esser fatta a chi esercita la patria potestà su di esso, al tutore o al curatore.

Chiunque, essendovi obbligato, si rifiuta di ricevere un alienato nei casi previsti dagli articoli 49, 50, 62 e 66 è soggetto ad una pena pecuniaria da L. 100 a L. 1000.

## Art. 69.

Quando la famiglia voglia ritirare un alienato non guarito, che ha ancora bisogno di cura e custodia, il direttore, che non creda di rilasciarlo in esperimento sotto la sua responsabilità, non può farne la consegna se non in seguito ad autorizzazione, che il tribunale concede in Camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo di avere accertato che concorrono le condizioni necessarie per la cura e custodia dell'alienato.

Dell'eseguita consegna il direttore dà immediato avviso al procuratore del Re ed all'autorità di pubblica sicurezza.

## Art. 70.

Qualunque cittadino può reclamare contro un ricovero ritenuto indebito e chiederne la cessazione.

L'istanza può essere presentata tanto al direttore del manicomio quanto ad altra autorità pubblica, e chi la riceve è in obbligo di rimetterla senza ritardo al procuratore del Re.

Il tribunale, sentito il pubblico ministero e il direttore del manicomio, decide in Camera di consiglio in base alle informazioni e alle perizie che avrà reputate necessarie all'uopo.

Il direttore del manicomio o qualunque altra persona rivestita di autorità, che ometta di inviare al procuratore del Re l'istanza ricevuta, incorre nella pena pecuniaria da 100 a 500 lire, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate nel Codice penale.

## Art. 71.

Entrato dal presidente del tribunale il decreto di definitivo licenziamento, il procuratore del Re provocherà il giudizio per la revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

## CAPO VI.

## Competenza delle spese

## Art. 72.

Ciascuna provincia del Regno adempie all'obbligo del mantenimento degli alienati poveri, provvedendo al ricovero di essi, sia in manicomi propri, sia, in seguito a speciali convenzioni, in manicomi pubblici o privati, salvo l'eventuale rimborso delle spese relativo secondo le norme contenute nel capo VII della legge 17 luglio 1892, n. 6972.

Quando si provveda a tale obbligo avvalendosi di un manicomio esistente fuori del territorio della Provincia, sulla relativa convenzione deve essere previamente sentito il Consiglio provinciale di sanità; il quale deve motivare il suo parere, tenendo conto della distanza, delle condizioni di viabilità e del numero degli alienati in relazione alla capacità del manicomio prescelto.

La Provincia, che non ha manicomio proprio, deve notificare a tutti i sindaci della Provincia, stessa quale manicomio è destinato ad accogliere gli alienati poveri.

## Art. 73.

Ciascuna Provincia è obbligata a provvedere al ricovero di tutti gli alienati che si trovino nel territorio rispettivo, benchè appartenenti ad altre Provincie.

In tali casi e semprochè un alienato, per ragioni urgenti di ordine o di moralità pubblica, venga ricoverato in un manicomio diverso da quello di cui si avvale la Provincia alla quale incombe la spesa per il mantenimento di esso, la Provincia medesima è tenuta a rimborsare, a quella che lo ha anticipato, le spese relative, ma può far trasferire, a sue spese, nel proprio manicomio, l'alienato, purchè questi sia in condizioni di salute tali da poter sopportare il viaggio.

È sempre fatto salvo alla Provincia, che sopporta la spesa di mantenimento di un alienato, il diritto di farsene rimborsare dal medesimo o dai parenti di esso che fossero in grado di farlo, osservando l'ordine stabilito dall'art. 142 del Codice civile.

## Art. 74.

Le spese, a carico della Provincia, per ricondurre in famiglia l'alienato guarito, comprendono anche quelle per il viaggio della persona incaricata dal direttore dell'accompagnamento o della persona di famiglia che fosse invitata a ritirare il ricoverato.

## Art. 75.

Le spese per trasporto degli alienati esteri al manicomio, quando non vi si provveda direttamente dagli interessati, sono anticipate dal Comune, in cui l'alienato si trova, il quale rimette al prefetto la relativa contabilità per rimborso a carico dello Stato.

## Art. 76.

La domanda di rimborso a carico dello Stato per il mantenimento di alienati esteri ricoverati nei manicomi, deve essere rivolta al prefetto della Provincia in cui il manicomio ha sede, e deve essere corredata:

- a) della contabilità della spesa in doppio esemplare;
- b) della tabella nosologica comprovante l'indole della malattia che ha reso necessario il ricovero, vidimata dal direttore del manicomio;
- c) di una copia dell'ordinanza di ricovero provvisorio o definitivo.

La forma della contabilità e delle domande di rimborso è quella in vigore per la cura di stranieri negli ospedali del Regno.

Le contabilità debbono essere trimestrali.

## Art. 77.

Qualora il direttore del manicomio riconosca che l'alienato estero è in grado di poter sostenere il viaggio per essere rimpatriato, deve darne avviso al prefetto.

## Art. 78.

Tutti gli atti amministrativi e giudiziari relativi all'ammissione ed al licenziamento degli alienati poveri sono redatti in carta libera e senza spesa di sorta.

## CAPO VII.

## Vigilanza sui manicomi e sugli alienati

## Art. 79.

La Commissione di vigilanza si riunisce in sessione ordinaria nel mese di gennaio di ciascun anno ed in sessione straordinaria tutte le volte che il prefetto crede di convocarla.

Tiene le sue sedute nel locale della prefettura, ed è assistita da un impiegato della prefettura medesima con le funzioni di segretario, senza voto.

## Art. 80.

Il prefetto deve sentire il parere della Commissione di vigilanza sugli affari per i quali questo sia richiesto dal presente regolamento,

e può domandarlo su tutti gli altri oggetti che si riferiscono al funzionamento dei manicomi ed alla cura degli alienati.

## Art. 81.

L'ufficio di segreteria della Commissione di vigilanza, annesso a quello del medico provinciale, deve tenere in corrente:

- a) un elenco dei manicomi pubblici o privati esistenti nella Provincia, con l'indicazione del proprietario, degli amministratori, del direttore, del numero dei medici, dei sorveglianti e degli infermieri, del numero degli alienati che può contenere;
- b) un elenco degli Istituti, di cui all'art. 6 del presente regolamento, con le stesse indicazioni sopra cennate;
- c) un elenco delle case di salute annesse agli ospedali, di cui all'art. 30 del presente regolamento, con le stesse indicazioni;
- d) un elenco delle case private, ammesse a ricevere in cura gli alienati, in conformità dell'art. 15;
- e) un elenco delle case private presso le quali già sono ricoverati alienati, per autorizzazione sia del tribunale, sia del direttore del manicomio;
- f) un registro delle deliberazioni della Commissione;
- g) un registro delle visite eseguite.

## Art. 82.

I direttori dei manicomi pubblici e privati debbono mensilmente inviare al prefetto, per uso della Commissione di vigilanza, un elenco in cui sia indicato il numero degli alienati ricoverati e la loro distribuzione nei singoli reparti.

## Art. 83.

Il medico alienista che deve far parte della Commissione di vigilanza di cui al primo capoverso dell'art. 8 della legge, non può essere né il proprietario, né il direttore, né alcuno dei medici adibiti al servizio dei manicomi, case di salute o sezioni di ospedali per alienati, esistenti nella Provincia.

Nel caso di manicomi interprovinciali, non può essere né direttore né medico adibito al servizio dei frenocomi o delle case di salute a cui in qualsiasi forma contribuiscono le Province interessate.

In quelle Province nelle quali non vi siano medici alienisti o quelli che vi sono si trovino nelle condizioni previste nel precedente comma, il Ministero dell'interno può incaricare di far parte della Commissione un medico alienista residente in altra Provincia.

Il medico alienista è nominato dal Ministero dell'interno per un biennio e non può essere rieletto, senza interruzione più di una volta.

## Art. 84.

Al medico alienista che risiede nel capoluogo della Provincia non spetta indennità o compenso, né per l'assistenza alle sedute della Commissione, né per visite nel capoluogo stesso.

Se non risiede nel capoluogo, gli spetta l'indennità di L. 15 al giorno, oltre il rimborso delle spese di viaggio, da liquidarsi ai termini del R. decreto 25 agosto 1893, n. 1446, esclusa ogni altra indennità.

Il trattamento medesimo gli è dovuto per le ispezioni che esegue sia da solo, sia collegialmente, fuori il luogo di propria residenza.

## Art. 85.

Tutti i manicomi debbono essere ispezionati almeno una volta l'anno dalla Commissione di vigilanza e dagli ispettori generali del Ministero dell'interno.

Le case private debbono essere ispezionate una volta l'anno da un membro delegato dalla Commissione di vigilanza.

Il Ministero dell'interno ha facoltà di disporre in qualunque tempo ispezioni straordinarie di ciascuno dei manicomi contemplati negli articoli 1 e 6 del presente regolamento, nonché delle case private di cui all'art. 2, affidandole, a seconda delle circostanze, o agli ispettori generali che da esso dipendono, od alla Commissione di vigilanza istituita dall'art. 8 della legge, o ad uno dei membri di essa.

## Art. 86.

Quando si verificano circostanze che rendano opportuna o necessaria l'ispezione di un manicomio, il prefetto, sentita, ove occorra, la Commissione di vigilanza, ne riferisce al Ministero, per la necessaria autorizzazione, formulando le proposte che occorressero in ordine all'oggetto speciale dell'ispezione ed alla persona o alle persone che debbono eseguirla.

Nei casi di assoluta urgenza, nei quali non sia possibile attendere l'autorizzazione ministeriale, il prefetto provvede informandone contemporaneamente il Ministero.

## Art. 87.

Quando dalle ispezioni ordinarie e straordinarie agli Istituti contemplati nel presente regolamento, da chiunque vengano disposte ed eseguite, risultano trasgressioni delle disposizioni contenute nella legge o nel regolamento, il prefetto, accertata la spesa occorsa per la ispezione, emette mandato di ufficio sopra qualsiasi fondo disponibile a carico dell'Amministrazione dell'Istituto, se trattasi di stabilimento pubblico, o dispone con decreto il pagamento, se trattasi di stabilimento privato. In entrambi i casi ordina di versare la somma alla tesoreria provinciale in conto delle entrate eventuali del tesoro.

Ove nel termine di dieci giorni dall'invio del mandato di ufficio o dell'ordine di pagamento, l'Amministrazione dell'Istituto non vi adempia, il prefetto provvede mediante apposito commissario, se trattasi di pubblico Istituto, o con l'applicazione della sospensione dell'esercizio, se trattasi di Istituto privato.

Il prefetto ha l'obbligo di assicurarsi che le Amministrazioni degli Istituti pubblici esercitino la facoltà di regresso verso gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni: promuovendo anche, quando ne sia il caso, i provvedimenti di cui agli articoli 29 e 30 della legge 17 luglio 1893, n. 6972, per gli amministratori di Istituti che siano istituzioni pubbliche di beneficenza.

## Art. 88.

Nel caso previsto dall'art. 9 della legge, il prefetto, prima di sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura o di esercizio dei manicomi privati o di fare adottare i provvedimenti di ufficio consentiti dalle leggi per manicomi pubblici, deve prescrivere alle Amministrazioni dei detti stabilimenti un congruo termine per l'esecuzione dei lavori o l'acquisto degli arredi, o per quegli altri provvedimenti che fossero strettamente necessari al regolare andamento del servizio o per l'igiene dei ricoverati.

Tale procedura può essere omessa soltanto in quei casi straordinari, nei quali un sollecito provvedimento sia imposto da evidente ed assoluta urgenza nell'interesse della morale e dell'igiene.

I motivi dell'urgenza debbono essere esposti nel decreto. In caso di chiusura di un manicomio il prefetto vigila pel conveniente collocamento degli alienati.

## Art. 89.

I prefetti, sentita la Commissione di vigilanza, di cui all'art. 8 della legge, debbono inviare ogni anno al Ministero dell'interno, non più tardi del mese di febbraio, una relazione generale sul servizio dei manicomi e degli Istituti di cui all'art. 6 del presente regolamento, nonché sul servizio di cura degli alienati in casa privata.

## Art. 90.

Nulla è innovato alle disposizioni degli articoli 439 a 483 del regolamento generale per gli stabilimenti carcerari e riformatori governativi del Regno, approvato con R. decreto 1° febbraio 1891, n. 260.

I regolamenti interni, dei quali è parola nell'art. 479 succitato, debbono essere coordinati, per quanto è possibile, alle norme contenute nel presente regolamento, ed approvati dal Consiglio superiore di sanità.

La relazione annuale, prescritta dall'art. 483 del regolamento generale succitato, deve essere trasmessa al Ministero per mezzo del prefetto, che la sottopone prima alla Commissione di vigilanza insieme con la relazione di cui all'art. 80 del presente regolamento.

Sono estese ai manicomi giudiziari le facoltà di vigilanza, da parte della Commissione o degli ispettori, di cui all'art. 8 della legge n. 85 e 86 di questo regolamento.

## Art. 91.

I rapporti fra le cliniche universitarie, manicomi, in applicazione dell'art. 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 o dell'art. 10 della legge 14 febbraio 1904, n. 36, sono preferibilmente regolati da speciali convenzioni.

Nel caso in cui esistano tali convenzioni, il direttore della clinica psichiatrica non potrà far parte della Commissione di vigilanza, di cui all'art. 83 del presente regolamento.

## CAPO VIII.

## Disposizioni finali e transitorie

## Art. 92.

Sono considerati come manicomi, agli effetti della legge 14 febbraio 1904, n. 36, o del presente regolamento, le cliniche psichiatriche quando funzionino come reparti di osservazione per alienati.

La vigilanza sulle cliniche psichiatriche sarà esercitata a norma degli articoli 8 e 11 della legge.

Però, ogni volta che le dette cliniche debbano essere ispezionate o dalla Commissione di vigilanza o dagli ispettori generali del Ministero dell'interno, ne dovrà essere dato avviso al Ministero della pubblica istruzione perchè possa, ove lo creda, farsi rappresentare nell'ispezione da un proprio delegato.

## Art. 93.

È abrogata ogni disposizione contraria al presente regolamento.

Visto, d'ordine di Sua Maestà:  
Il ministro dell'interno  
GIOLITTI.

Il numero 509 della raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno contiene il seguente decreto:

VITTORIO EMANUELE III  
per grazia di Dio e per volontà della Nazione  
RE D'ITALIA

Visti gli articoli 5 e 6 della legge 24 marzo 1907, n. 116 e 6 della legge 14 luglio stesso anno, n. 538;

Vista la relazione della Commissione centrale istituita ai termini dell'art. 101 del testo unico di legge 7 maggio 1908, n. 248;

Sulla proposta del Nostro ministro, segretario di Stato per le finanze;

Abbiamo decretato e decretiamo:

È approvato l'annesso elenco, visto, d'ordine Nostro, dal ministro proponente delle quote di concorso a carico dello Stato, per l'anno 1908, concesse ai Comuni indicati nell'elenco medesimo, per l'integrazione provvisoria delle deficienze di bilancio causate dall'applicazione delle disposizioni sui tributi locali contenute nelle leggi 25 giugno e 15 luglio 1906, nn. 255 e 383.

Ordiniamo che il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sia inserito nella raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, mandando a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 29 luglio 1909.

VITTORIO EMANUELE.

LACAVA.

visto, il guardasigilli: ORLANDO.

ELENCO delle somme da corrispondersi ai sottoindicati Comuni per l'anno 1908, come quota di concorso dello Stato per l'integrazione provvisoria delle deficienze di bilancio, causate dall'applicazione delle disposizioni sui tributi locali contenute nelle leggi 25 giugno e 15 luglio 1906, nn. 255 e 383.

N. d'ordine	PROVINCIE	COMUNI	Importo
1	Aquila	Molina Aterno	124 20
2	Id.	San Vincenzo Valle Roveto	267 50
3	Id.	Calascio	327 50
4	Id.	Capestrano	1,103 —
5	Avellino	Castelvetere sul Calore	1,173 —
6	Id.	Fontanarosa	1,476 —
7	Id.	Manocalzati	1,127 50
8	Id.	Trevico	2,131 —
9	Id.	Contrada	350 85
10	Id.	Chiusano San Domenico	621 —
11	Id.	Lapio	2,917 92
12	Bari	Patignano	3,431 —
13	Benevento	Fragno Monforte	1,011 84
14	Id.	Cusano Mutri	(a) 637 50
15	Id.	Mojano	(b) 573 —
16	Id.	Tocco Gaudio	470 —
17	Id.	Foglianisé	298 68
18	Id.	Forchia	178 50
19	Id.	Sant'Angelo a Cupolo	1,519 15
20	Cagliari	Ulassai	1,211 —
21	Caltanissetta	Valllunga Pratameno	2,331 29
22	Caserta	Pico	748 08
23	Id.	Vicalvi	151 35
24	Id.	Coreno Ausonio	620 45
25	Id.	Capodrise	175 25
26	Id.	Sant'Apollinare	401 65
27	Id.	Sant'Elia Fiumerapido	1,044 95
28	Id.	Marzano Appio	1,464 —
29	Id.	Castelforte	596 68
30	Id.	S.s. Cosmo e Damiano	596 67
31	Id.	Sperlonga	3,141 65
32	Catania	Agira	4,243 —
33	Catanzaro	Badolato	505 25

(a) Della somma di L. 660.50 assegnata al comune di Cusano Mutri, L. 452.50 spettano alla frazione Capoluogo e le altre L. 208 alla frazione Civitella Licinio.

(b) Della somma di L. 573 assegnata al comune di Mojano, L. 368.10 spettano alla frazione Capoluogo, e le altre L. 204.90 alla frazione Luzzano.

# GAZZETTA



# UFFICIALE

## DELLA REPUBBLICA ITALIANA

**PARTE PRIMA**

ROMA - Martedì, 16 maggio 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI  
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 6510  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

### PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

#### ALLA PARTE PRIMA E SUPPLEMENTI ORDINARI

Anno L. 46.500 - Semestrale L. 24.500 - Trimestrale L. 12.700 - Un fascicolo L. 150 - Supplementi ordinari: L. 150 per ogni sedicesimo o frazione di esso - Fascicoli di annate arretrate: il doppio.

#### ALLA PARTE SECONDA (Foglio delle Inserzioni)

Anno L. 30.000 - Semestrale L. 16.000 - Trimestrale L. 8.500 - Un fascicolo L. 150 - Fascicoli di annate arretrate: il doppio.

Per l'ESTERO i prezzi di abbonamento sono il doppio di quelli indicati per l'interno

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico dello Stato  
I fascicoli disguidati devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione

La « Gazzetta Ufficiale » e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico dello Stato in ROMA, via XX Settembre (Palazzo del Ministero del Tesoro); presso le librerie concessionarie di: BARI, via Sparano, 134 — BOLOGNA, piazza dei Tribunali, 5/F — FIRENZE, via Cavour, 46/r — GENOVA, via XII Ottobre, 172/r — MILANO, Galleria Vittorio Emanuele, 3 — NAPOLI, via Chiaia, 5 — PALERMO, via Ruggero Settimo, 37 — ROMA, via del Tritone, 61/A — TORINO, via Roma, 80 e presso le librerie depositarie nei capoluoghi di provincia. Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico dello Stato — Direzione Commerciale — Piazza Verdi, 10 — 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio Inserzioni — Via XX Settembre — Palazzo del Ministero del Tesoro). Le suddette librerie concessionarie possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano e accompagnati dal relativo importo.

# LEGGI E DECRETI

LEGGE 13 maggio 1978, n. 180.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2.

*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3.

*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dello infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

**Art. 4.***Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio*

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

**Art. 5.***Tutela giurisdizionale,*

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

**Art. 6.***Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a

carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo — che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 — al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

**Art. 7.***Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica*

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979 le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esi-

stenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi è presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

#### Art. 8.

##### *Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici*

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospeda-

liera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

#### Art. 9.

##### *Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici*

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

#### Art. 10.

##### *Modifiche al codice penale*

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

#### Art. 11.

##### *Norme finali*

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonchè ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari

obbligatorie le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 13 maggio 1978

LEONE

ANDREOTTI — BONIFACIO —  
ANSELMI

Visto, il Guardasigilli: BONIFACIO



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo 1

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**  
**DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

**PARTE PRIMA**

**ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978**

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI  
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00180 ROMA - CENTRALINO 6568**

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

**Istituzione del servizio sanitario  
nazionale.**

Art. 33.

*(Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori)*

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34.

*(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)*

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35.

*(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale)*

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonchè al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensione il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

P A R T E I  
DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI

TITOLO I  
RAPPORTI CIVILI

ART. 13

La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, 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.

È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

TITOLO II  
RAPPORTI ETICO-SOCIALI

ART. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

CODICE PENALE

LIBRO PRIMO  
DEI REATI IN GENERALE

TITOLO III

Del reato

Capo I

Del reato consumato e tentato

ART. 40

Rapporto di causalità

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

ART. 52

Difesa legittima

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.

Nei casi previsti dall'articolo 614, primo e secondo comma, sussiste il rapporto di proporzione di cui al primo comma del presente articolo se taluno legittimamente presente in uno dei luoghi ivi indicati usa un'arma legittimamente detenuta o altro mezzo idoneo al fine di difendere:

a) la propria o la altrui incolumità:

b) i beni propri o altrui, quando non vi è desistenza e vi è pericolo d'aggressione.<sup>1</sup>

La disposizione di cui al secondo comma si applica anche nel caso in cui il fatto sia avvenuto all'interno di ogni altro luogo ove venga esercitata un'attività commerciale, professionale o imprenditoriale.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Comma aggiunto dall'art. 1 della L. 13 febbraio 2006, n. 59

## ART. 54

### Stato di necessità

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

## IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009

### ART. 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.





Realizzazione a cura della Segreteria della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani:

Dott. Stefano Thaulero

Dott.ssa Vitaliana Curigliano

Sig.ra Francesca Romana Di Gennaro

(☎ 06 6706.5299-4328 - ✉ [dirittiumani@senato.it](mailto:dirittiumani@senato.it))

XVII LEGISLATURA