E dall'avvocato Alessandro Mattioda che ha narrato del processo in cui sono stati giudicati fatti-reato (maltrattamenti e sequestro di persona) di assoluta gravità, verificatisi nel 2015 nella struttura convenzionata "La Consolata" di Borgo d'Ale. Un giudizio in cui l'avvocato Mattioda ha patrocinato gli interessi della Regione Piemonte, costituendosi parte civile per ottenere il risarcimento dei danni, nel cui corso ha potuto verificare come l'utilizzo della contenzione possa essere il primo passo nella realizzazione di ancor più gravi condotte di sistematici maltrattamenti ai danni dei pazienti.
L'avvocato Giovanna Scollo, Dirigente dell'avvocatura regionale del Piemonte, ha infine riferito della proficua collaborazione instaurata tra il suo Ufficio e quello del Difensore civico che ha consentito di dare attuazione, per la prima volta, alla norma che facoltizza il Difensore civico alla costituzione di parte civile nei procedimenti in cui siano persone offese soggetti disabili.

*****

Ricca di spunti per un approfondimento dei temi trattati nel convegno è stata poi la tavola rotonda svoltasi nella seduta pomeridiana in cui Guido Regis, Barbara Rosina, Maria Adele Schirru, in rappresentanza di medici, assistenti sociali ed infermieri, hanno riferito delle posizioni dei relativi ordini sul tema dell'utilizzo della contenzione; voci autorevoli cui si sono aggiunte quelle di Marco Peretti, Maria Grazia Breda, Pietro Landra e Luigi Maria Pernigotti, altrettanto qualificate, intervenuti in rappresentanza di importanti realtà associative operanti nel nostro territorio.

*****

Di seguito si pubblicano le trascrizioni delle relazioni di Maila Mislej, Livia Bicego e Davide Petrini

Maila MISLEJ, Direttrice infermieristica dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
"La contenzione, segno antico dell'onnipotenza dell'uomo sull'uomo: l'esperienza triestina di de-contenzione"

La nostra storia inerente l'eliminazione dei mezzi di contenzione parte da lontano. Le radici sono quelle di Franco Basaglia, quelle della sua rivoluzione nel campo della salute mentale. Parte da lì la nostra convinzione che si debba eliminare ovunque la contenzione. Oggi interessa maggiormente l'anziano, il soggetto debole, chi ha difficoltà cognitive anche se giovane, interessa il mondo della fragilità e non più soltanto il mondo della salute mentale.

Trieste nel 2013 si è dichiarata in maniera solenne "Città libera da contenzione" e questa la libertà riguarda tutte le aree assistenziali della Città.

Una geriatra brasiliana, Arianna Kassiadou (insegnante all'Università di Niterói e anche all'Università Fluminense, con la quale ci siamo convenzionati) - viene in visita ai nostri servizi con grande frequenza; ad un nostro convegno ha asserito che: "si, ci sono ospedali o case di riposo dove non si pratica la contenzione, *ma a Trieste in nessun luogo di assistenza si pratica la contenzione e questo è un merito eccezionale*." Un grande politologo, Giovanni Sartori, sosteneva che "*l'utopia è una verità prematura*"; o perlomeno che molto spesso lo è.

A Trieste abbiamo dimostrato che la nostra utopia era una verità appunto prematura, ma possibile ed ora reale. La linfa della democrazia è proprio la capacità di pensare in maniera utopica, in fondo le carte costituzionali sono straordinarie utopie che aspettano di essere inverate.

Sempre Sartori sosteneva che abbiamo impiegato 2.500 anni ad avere la Costituzione, la riteneva una macchina perfetta che ha bisogno di poche manutenzione, ma era molto preoccupato dei macchinisti che siamo tutti noi. E Bobbio sosteneva che sino a quando il personale della Pubblica Amministrazione non farà propri (intendendo culturalmente) i diritti della Costituzione la nostra non sarà una democrazia compiuta.

Nel nostro caso, l'art. 13 della Costituzione afferma che la libertà del nostro corpo è assolutamente inviolabile, ma inverare questo diritto/utopia sacrosanta non è facile.

Dopo la riforma psichiatrica triestina, che ha visto la chiusura dell'alienante manicomio e l'apertura (h 24) dei centri di salute mentale presenti in ogni quartiere scoprimmo nel 2005 che le pratiche di contenzione si erano trasferite dalla psichiatria alle case di riposo.

Quell'estate le visitai tutte (sono una ottantina e i grandi anziani tutt'oggi presenti sono circa 3.000. Trieste vanta il privilegio di fare invecchiare a lungo la propria popolazione. Un team di studiosi dell'Istituto Mario Negri e della nostra Università sta studiando da alcuni anni i nostri over centenari (ne contiamo circa 200 ogni anno). Chi abita queste strutture sono prevalentemente over ottantacinquenni e ultracentenari. È chiaro dunque che Trieste, essendo la città più "vecchia" al mondo, anticipa di tanto problematiche che poi riguarderanno altre città e altri Paesi.

Ma torniamo a quell'estate. Visitai tutte le strutture e ogni giorno tornavo dal Direttore (Franco Rotelli) dicendogli che la contenzione degli anziani aveva di fatto sostituito quella, lodevolmente superata, dei malati psichiatrici. L'abitudine di utilizzare la contenzione in queste strutture era molto rilevante. Si fece anche un'indagine a mezzo questionario e si scoprì che, con grande tranquillità e in perfetta buona fede, veniva detto che sì, si legavano gli anziani agitati per tutta una serie di situazioni e di condizioni.

E' vero quanto diceva Sartori, ed è anche vero che siamo cloni culturali; e prima di riuscire per davvero a concretizzare i diritti costituzionali occorrono processi lentissimi. In questo caso, si ha necessità di innovare le culture assistenziali: sia sul fronte del nursing sia su quello della riabilitazione, c'è l'esigenza di innovare la modalità di fare assistenza nel nostro Paese.

Il nursing italiano è un nursing sostitutivo – abbiamo delle professionalità straordinarie nelle aree critiche, siamo soggetti di grandissima competenza in varie aree assistenziali del Paese – ma, di fronte alla degenza ordinaria, tutte le volte che sostituiamo una funzione, anziché stimolarla, siamo disabilitanti. Noi tendiamo a sostituirci alle funzioni corporee e anche psichiche delle persone che abbiamo in cura e assistenza. La cronicità è un evento recente che ha rubato la scena all'acuzie, la sanità agisce soprattutto sulla cronicità e sulla disabilità. In sostanza, dobbiamo modificare il nostro modo di prendere in cura le persone, dobbiamo essere proattivi e abilitanti.

La contenzione, con le sue cattive pratiche, è la punta dell'iceberg del nursing disabilitante. Al di là del divieto rappresentato dall'art. 13 della Costituzione, c'è evidenza scientifica internazionale ad

attestare che la contenzione fa male. Ormai gli infermieri di questo Paese sono laureati, è ciò interessa più di un ventennio ormai, all'università viene raccomandato di basarsi sempre sull'evidenza scientifica, ebbene le banche dati più prestigiose enfatizzano la dannosità dei mezzi di contenzione. Il motivo è anche ovvio: il nostro corpo è nato per muoversi. I chirurghi l'hanno capito subito, tanto da forzare gli ammalati ad alzarsi, se possibile anche il giorno stesso dell'intervento. Siamo animali culturali, ma anche biologici e quindi abbiamo bisogno di muoverci per mantenere il buon funzionamenti dei nostri sistemi.

A Trieste, non casualmente, abbiamo eliminato la contenzione anche nell'area critica. Ho iniziato ad occuparmi dell'ospedale diciotto mesi fa e da subito fui colpita da un evento. Uscendo dall'ascensore dell'ospedale incontrai il marito di una mia collega, mi disse che il figlio aveva rischiato la vita ed era ricoverato nel reparto di medicina d'urgenza., ho trovato la mia collega seduta fuori dal reparto in attesa dell'orario di visita. Nel vederla pensai: ma se noi siamo genitori e là dentro c'è nostro figlio – o se siamo figli e là dentro c'è il nostro genitore – ci fa bene stare fuori ad aspettare? Direi di no.

Dissi alla collega di non aspettare l'inizio dell'orario di visita, ma di entrare a vedere il figlio. Siamo noi, prima di tutto, strumenti di cura dei nostri cari e l'affettività è il primo vero medicinale che serve loro. Entrando, abbiamo trovato quel ragazzo legato perché era confuso e tentava di togliersi i *device*, che per lui costituivano un salvavita, ma che senso aveva legarlo, quando fuori dal reparto in attesa di entrare c'era la madre che avrebbe potuto distoglierlo da ciò con una carezza, con un bacio? In seguito a questa valutazione quel reparto (così come il resto dei reparti dell'ospedale) ha eliminato l'orario visita.

Aggiungo un'altra considerazione. Posto che nelle altre degenze non si lega più nessuno, (si abbassa il letto, se necessario si mette anche un materasso a terra a lato del letto, e non si mettono le due bandine "tradizionali" perché l'evidenza scientifica dice che sono pericolose, quelle a sbarre per intenderci), come ci si comporta con i malati confusi che vogliono togliersi i *device*? Ho chiesto ai volontari di sette Associazioni presenti in ospedale, di darmi una mano per evitare che sempre in ogni caso il malato non sia legato.

Ho presentato l'idea del progetto in Aula Magna "Montalcini" (grande nome, grande donna) ed ho avuto subito l'adesione di 45 volontari che, da maggio 2017, fanno i turni nei reparti di area critica e non solo, tutte le volte che un malato è confuso e ha dei *device*, con i *care giver* assicurano la presenza h 24.

Occorre fantasia, e cercare di non essere abitudinari. È pur vero, però, che chi entra da giovane all'interno dei Servizi e vuole portare innovazione trova grande difficoltà. Abbiamo scarsa capacità di reggere il mutamento e quindi il mio invito è di essere innovativi e creativi. Questo è possibile, e lo è anche nelle situazioni più difficili.

Con riferimento a quei 45 volontari, vi racconto un episodio molto carino. Nel reparto di malattie infettive, un omaccione era agitatissimo e c'era solo la moglie che non riusciva a garantire la sua presenza 24 ore su 24. La prima volontaria che è andata a stargli vicino ha iniziato a parlargli in sloveno e il solo fatto di sentire la sua lingua madre lo calmava, così si è cercato, da quel episodio in poi, di mettere vicino al malato di lingua slovena, se possibile un volontario della stessa lingua.

Noi italiani abbiamo una grande capacità di venire in soccorso dell'altro, così come vuole la Costituzione. In fondo, la Repubblica è soprattutto un sistema di meta-valori altissimi, che ricomprendono tutti i credi e che si basano sul grande concetto della solidarietà fattasi sistema.

Per comprendere come, nella convinzione di far del bene, senza rendercene conto e spendendo moltissimo, di fatto facciamo il male della persona. Vi propongo un filmato de Le Iene, riguarda una signora anziana Nelly che vive da sola, l'aiuta un vicino di casa Romolo.

La storia è questa. Nelly si sente male, ha un infarto e Romolo chiama il Sistema 118. Il vicino filma con il cellulare vari momenti della malattia, delle convalescenza e delle tappe istituzionalizzanti di Nelly.

Si salva, è ricoverata e contenuta con una cinghia addominale. Il fatto di rimanere per molto tempo immobilizzata le fa perdere funzioni, in primis quelle della deambulazione. E' poi ricoverata in una casa di riposo dove lei non vuole stare, vuole tornare a casa, si agita proprio perché li non ci vuole restare. Le viene diagnostica una demenza e somministrata una dose elevata di serenase, cosicché dalla contenzione meccanica si passa anche a quella farmacologica. Poiché la figlia non si occupa di lei e il vicino di casa nessuno lo ascolta perché non ha titolo ad intervenire, le viene assegnato un amministratore di sostegno che si muove solo quando Le Iene iniziano a documentare la storia grazie alle reiterate richieste di Romolo. Dopo un tempo interminabile per Nelly (molti mesi quasi un anno), finalmente grazie a Le Iene e al vicino di casa Nelly ritorna a casa propria e nell'arco di poco tempo rinasce, recupera tutte le sue funzioni e riprende la sua vita normale. La diagnosi ovviamente si è dimostrata errata e le capacità di Nelly di recuperare tutte le funzioni dopo l'evento traumatico dell'infarto erano eccellenti, ma tenute *in potenza e non in essere* da noi operatori, nel tempo sarebbero andate davvero perdute.

La storia di Nelly mostra che i soli a rispettare le sue volontà e a essere abilitanti con lei sono la giornalista e il vicino di casa. Tutti gli altri no, nonostante un dispendio enorme di danaro pubblico e di tempo.

Il filmato è a lieto fine, e vi racconto come è successo che io lo abbia visto posto che la TV non la guardo mai.

A proposito di sincronicità degli eventi direbbe G. Jung. Mi trovo a giocare a carte a casa di un'amica che stranamente, anziché accendere la radio, accende la TV: in quel momento parte questo filmato, che è di 12 minuti. Io mi fermo, ascolto, chiamo al telefono la mia collega Livia Bicego (con la quale condivido da molti anni questa battaglia) le dico: "*Livia, accendi la TV! Accendi la TV, perché si parla dei temi sui quali stiamo lavorando.*"

E guarda caso la storia di Nelly si svolge tutta nella mia regione vicino a Pordenone. Questo filmato, poi, è stato visto da tanti di noi e dall'Assessora competente in materia che ha attivato un tavolo di lavoro regionale che ha prodotto le "Linee Guida per il superamento della contenzione" deliberate dalla Giunta Regionale.

Prima della proiezione del filmato in TV il tema della contenzione trattato da noi triestini era guardato un po' stranamente dal resto dei colleghi e concittadini della regione (come a dire: i soliti

basagliani…), subito dopo la invece il tema ha preso vigore in tutta la regione e la politica si è mostra grande.

Il Friuli Venezia Giulia è perciò la prima Regione ad aver deliberato in tal senso. Questi sono processi culturali che investono anche la magistratura ed è importante discutere coi magistrati delle nostre città. Noi abbiamo iniziato il nostro lavoro con due magistrati triestini Federico Frezza e Francesco Antoni e poi anche con Francesco Maisto di Milano. La magistratura, infatti, può veramente aiutarci a non restare sulla difensiva e a inverare i diritti, ma può anche - in perfetta buona fede - non aiutarci e, semmai, farci perdere questa necessità di democraticizzazione dei processi assistenziali.

Per noi triestini è ormai una tradizione lavorare con l'Editore Maggioli, che propone a Bologna il suo Forum annuale. Il tema di uno dei seminari di quest'anno è: "*Quanto siamo 'complianti' con il cittadino?*" In sanità va di moda questo termine: quando si dispongono una serie di comportamenti al malato o si prescrive di assumere la terapia in un determinato modo, e lui non segue la cura, si dice che "non è compliante".

Credo al contrario che noi, prima di chiederci quanto il cittadino è compliante con noi e la cura, dobbiamo chiederci quanto noi lo siamo con lui con i suoi diritti e desideri.

Il filmato ci mostra la grande difficoltà che tutti noi operatori (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali…) abbiamo avuto ad operare, senza però aver avuto la capacità di rispettare il desiderio di Nelly di essere libera di restare a casa sua; e: si pensi al danno che abbiamo procurato a questa donna, con una diagnosi errata di demenza.

Questo caso è la dimostrazione di come l'assistenza sia sostitutiva e disabilitante ed è emblematico anche per un altro motivo. Se si opera il conto economico di quanto è costata quella soluzione, si riscontra che è costata tantissimo, per avere un pessimo risultato: spendiamo moltissimo, una marea di denaro, per non accontentare i desideri di libertà dei nostri cittadini. Naturalmente ci sono dei risvolti, non solo etici, che ritengo più importanti di quelli economici. Ma se vogliamo essere davvero puntigliosi e ricorrere a termini quali il "management", il "budget" o altri simili, si sappia che la soluzione proposta nel video è costata davvero tanto per ottenere risultati pessimi.

Grazie.

BICEGO Livia, già Dirigente infermieristica AAS 5 Pordenone, ASUI Trieste ed attualmente in I.R.C.C.S. Burlo Garofolo

"La pratica della contenzione non è atto sanitario: si deve e si può eliminarla"

È bene dire già in premessa che noi, invitate a questo importante e significativo Convegno, siamo solo una piccola rappresentanza di un gruppo ben più numeroso che ha permesso la realizzazione di determinanti obiettivi.

Sento quindi il dovere e l'orgoglio di farmi portavoce di un'intera équipe di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare che opera su questi temi dal 2005, quando, a partire da un

approccio prioritariamente infermieristico, i diversi interventi hanno via via coinvolto tutte le dimensioni interessate.

La questione così come noi la proponiamo, infatti, non può che essere affrontata se non in maniera globale e sistemica, multidimensionale. Tocca tantissimi aspetti, tutti concatenati tra di loro, dove i confini, pur essendoci, sono molto sfumati ed osmotici.

Un'altra premessa fondamentale che occorre dire fin da subito, è la seguente: quando ci si trova di fronte a crimini, devono intervenire le Procure. Quello che dobbiamo fare è denunciare. Non vi è alcun dubbio in proposito. Oggi noi ci occupiamo di altro, non meno significativo, purtroppo. Ci stiamo occupando di consuetudini, automatismi, cattive pratiche date per scontate e per inevitabili. Stiamo proponendo riflessioni e fatti che, a partire da errati approcci culturali e cattive pratiche consolidate, si è rinunciato a proporre come alternative possibili, soluzioni clinico-assistenziali efficaci, appropriate ed adeguate, pur esistenti e percorribili, nonché doverose, ma che ci siamo dimenticati di praticare in Italia, ma anche altrove. Si è lasciato così lo spazio ad abitudini, consuetudini ed automatismi tanto da pensare e dire "si è sempre fatto così", "non è possibile fare altrimenti". A sostegno di questo approccio, si è rinunciato a porsi domande basilari. Dalle domande fondamentali è quindi necessario ripartire. Così ha fatto il gruppo di lavoro che rappresentiamo.

Un gruppo di lavoro che da unicellulare è diventato via via sistemico. La colla, il sostegno, la trama che regge il tutto l'indiscutibile, in ognuna delle componenti e dimensioni coinvolte, correttezza del paradigma proposto, sia intermini teorici che pratici.

Le conclusioni condivise alle quali siamo giunti, sono molteplici. Anticipandone una delle tante possiamo dire che, pur nella semplicità di un approccio che parte dalla rivisitazione dei cosiddetti "fondamentali" acquisiti nelle diverse formazioni di base, alla luce della diffusione del fenomeno, quanto proponiamo rappresenta una vera e propria rivoluzione culturale e professionale che coinvolge aspetti politici, amministrativi, giuridici, tecnico-professionali, individuali, familiari e comunitari.

Prevede un cambio di paradigma anche da parte dei diretti singoli interessati, dei familiari e delle comunità che devono imparare a porre e le domande giuste e a pretendere risposte adeguate ed appropriate.

Allo stesso modo, deve cambiare anche l'approccio dell'offerta: non si possono proporre cose che non si è in grado di mantenere quali il controllo pieno e incondizionato, la sicurezza assoluta.

Dobbiamo rovesciare il paradigma: non rispondere ad una richiesta di custodia e controllo, a una richiesta di contenitori troppo spesso privi di contenuti e competenze, "parcheggi" destinati alla compensazione di vuoti di politiche sociosanitarie ed organizzative rispondenti più ad "interessi di bottega" che a bisogni di cura. Dobbiamo partire, o cominciare, da una logica di cura, da un paradigma che si chieda quali sono i "veri" bisogni di cura del soggetto.

Un altro aspetto molto importante è riconoscere parità di diritto a tutti i sintomi e a tutte le diverse manifestazioni cliniche, parimenti uguali e dignitose. Va riconosciuto il diritto alla risposta appropriata ai diversi sintomi, alla specifica condizione clinico-assistenziale, al riconoscimento della dignità di quella

precisa e specifica condizione. Troppo spesso la confusione, la demenza, il sintomo wondering vengono trattati con approcci clinico-assistenziali inappropriati.

A proposito del diritto al riconoscimento del sintomo, vi è proprio il tema del *wandering,*: uno dei problemi più impegnativi che si affrontano con gli anziani quando sviluppano un problema di demenza. Wandering è un bisogno incontenibile, un'esigenza assolutamente non controllabile, di muoversi. La risposta delle strutture, spesso, di fronte a questa espressione sintomatologica della malattia, è il blocco delle persone ad una sedia. Le Carte dei servizi e vari documenti parlano di diritto alla rilevazione del bisogno e alla valutazione personalizzata dello stesso... non si tratta dunque solo di dignità e libertà, ma è anche una questione di appropriatezza e adeguatezza, di necessità di dare risposte efficaci ed eque, di diritto all'espressione del sintomo e ad una sua cura appropriata.

Ancora alcune precisazioni da condividere. Quando si parla di contenzione il riferimento immediato è alla contenzione "fisica" ossia l'impedimento della possibilità di movimento libero e spontaneo del soggetto attuato attraverso mezzi meccanici. Ma esistono anche la contenzione farmacologica e la contenzione ambientale. La contenzione meccanica è molto diffusa: non è vero che si tratta di un fatto eccezionale. È diffusa la contenzione farmacologia, ambientale e lo è anche quella relazionale: quando si impongono orari di visita o di accesso limitati, in realtà si attua una contenzione relazionale.

Sono molti gli esempi di cattive pratiche. Per esempio, spesso si condannano gli anziani a semolino, purè e formaggino - non per sei mesi o una settimana (ormai i ricoveri nelle Aziende ospedaliere durano in media una settimana), ma per anni come avviene in troppe case di riposo. La motivazione è la mancanza di tempo per lavare le dentiere, le protesi, evitare di perderle, rischiare di confonderle … Per questo parliamo di consuetudini, abitudini, cattive pratiche e rinuncia al pensiero critico da parte di amministratori e dirigenti.

Vanno considerate con attenzione sia la condizione del personale di supporto che la denuncia della mancanza di tempo e di condizioni favorevoli le pratiche di cura. Rappresentano dati reali. Appartiene all'esperienza comune il fatto che non ci sia il tempo per sanificare i presidi odontoiatrici, accompagnare ai servizi, dare da bere, sostenere nella camminata e nella mobilizzazione… da qui la scelta di ricorrere ad un'alimentazione ripetitiva, penalizzante il gusto, al pannolone, alla fleboclisi, alla PEG …

Occorre ritrovare dei ragionamenti semplici e non rinunciare al buonsenso, che ha tutta una sua dignità e non coincide, non va confuso, con il senso comune. Il senso comune va combattuto e va salvaguardato il buonsenso.

Dopo 22 anni dall'introduzione dell'obbligo di laurea per gli infermieri, siamo ancora a combattere l'inadeguatezza e l'inefficacia del "medicocentrismo". È ancora il medico che dispone controlli e garanzia di sorveglianza, mentre sono gli infermieri i gestori e i responsabili del processo di cura. Tutto questo si paga in termini di inappropriatezza organizzativa.

Esiste una contenzione ambientale. Senza arrivare all'estremo esempio di un signore ottantacinquenne che, praticando parapendio, si è incagliato su un albero del Carso, fatto che si è risolto senza problemi. Senza dire che, se fosse stato ospite di una casa di riposo, non avrebbe mai

avuto il permesso di volare libero … va riconosciuto che è pratica comune non lasciare uscire gli anziani autonomamente dalle strutture, neanche per attraversare la strada e prendere un caffè al bar con gli amici, andare a fare compere, una passeggiata al giardino pubblico... Nessuno, infatti, si prende la responsabilità del rischio di un eventuale incidente.

Si tratta di questioni basilari che bisogna ricominciare a porsi, passando dal silenzio dell'accettazione alla verbalizzazione di pensieri innovativi e alla concretizzazione di soluzioni possibili e dovute.

A questo proposito, va detto chiaramente: non è vero che la contenzione è un fatto eccezionale. I fatti di cronaca ci offrono la fotografia di un problema diffuso in tutto il Paese.

Si tratta di una pratica molto attuata anche a livello internazionale, ma questo non consola. Nel 2006 il Comitato Nazionale di Bioetica attesta l'elevata diffusione della pratica della contenzione, lo conferma ancora nel 2015 con un documento molto più coraggioso.

Il documento segna un "prima ed un dopo", uno spartiacque nel processo di cambiamento culturale in corso.

A Trieste, nel 2006, abbiamo organizzato un convegno volutamente intitolato "I vecchi siamo noi" con il duplice fine di denunciare la diffusione e la criticità del fenomeno, ma anche di avviare, innescare, una riflessione sulla condizione dell'anziano che prima o poi avrebbe interessato direttamente ognuno di noi.

C'è stato un prima e un dopo nella nostra Regione anche rispetto al filmato presentato qui poco fa. Grazie a quel video il cambiamento delle politiche socio-sanitarie in termini di eliminazione delle pratiche di contenzione ha interessato tutta la Regione Friuli Venezia Giulia. La Regione ha recepito con una delibera regionale molto importante quello che i professionisti di Trieste stavano chiedendo già da molto tempo.

C'è stato "un prima ed un dopo" come con il documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2015 e del quale è firmatario anche il Dott. Canestrari, qui presente con noi, "un prima ed un dopo" che ci obbliga all'impegno e a prendere posizione.

Anche le indagini e le denunce del Tribunale dei diritti del malato e Cittadinanza attiva testimoniano che la contenzione è tra le pratiche più usate di abuso nei confronti dei pazienti.

I dati attestano che si contiene soprattutto per prevenire le cadute. Nel 70-75% delle situazioni si ricorre alla contenzione, non perché le persone vogliono lanciarsi dalle finestre, ammazzare i figli o trucidare se stessi (… cosa che maldestramente ed erroneamente si pensa, il diffuso e sconcertante "senso comune", quello che dobbiamo combattere …), ma perché le persone rischiano di scivolare e cadere.

Anche per questa seconda ipotesi, in realtà, non sussiste una sola evidenza, una sola ricerca, che dimostri che la contenzione protegga dalle cadute.

I dati dicono, di contro, che la contenzione favorisce le cadute. Non solo, peggiora l'esito delle cadute. Incredibile?! Il motivo è anche abbastanza logico e abbastanza semplice: una delle strategie maggiormente "cautelanti" rispetto alla caduta è "non inciampare"… ma per non inciampare, la strategia

è mantenere allenati i muscoli, continuare a muoversi, camminare. E noi cosa facciamo? Esattamente il contrario: le persone che sono a rischio di caduta vengono bloccate ai letti, impediti nel movimento.

Continuiamo a leggere le nostre pratiche con approccio critico: per non legare le persone o, usando una forma edulcorata ma intellettualmente disonesta, per non contenerle con legacci, molto spesso si ricorre alle spondine. Ma cadere dalle spondine espone a danni e ad esiti da caduta molto più drammatici che non scivolare da una sedia o da un letto.

I manuali di geriatria, di assistenza e di riabilitazione ci indicano infatti che le spondine, le bandine, le sbarre non possano essere posizionate alle persone che sono in grado di oltrepassarle. Anche in questo caso il motivo è semplice: se si è in grado di oltrepassare la bandina, questa non va posizionata perché, se in stato confusionale la si oltrepassa, si cade da un'altezza molto superiore a quella di un letto.

I passaggi e gli aspetti interessanti in tema di non sostenibilità delle pratiche di contenzione sono molteplici. Oggi riusciamo a vederne solo alcune. Una riguarda il tempo e la durata della contenzione.

L'art. 54 del Codice Penale, che norma lo stato di necessità, tratta in maniera molto chiara la questione tempo e ci dice "… per il tempo strettamente necessario…" , ma la contenzione nelle istituzioni sociosanitarie di natura diversa, quando viene utilizzata, viene posta in modo permanente, applicata ogni giorno e in ospedale per tutta la durata del ricovero, anche per 18/24 ore; nelle RSA almeno per 6/12 ore al giorno … Una ricerca attesta che il 67% dei residenti in strutture è oggetto di contenzione meccanica.

Venendo al tema economico, è bene precisare e condividere come le inadeguatezze della cura e le degenze inappropriate siano a carico della fiscalità generale. Aggrava il quadro il fatto che le persone anziane, verso le quali non si praticano alternative di cura alla contenzione, spesso affermando che sono troppo costose, sono i maggiori sostenitori fiscali dello Stato italiano con 37 miliardi di euro che versano attraverso le loro imposte. Per lo più si tratta, inoltre, di donne che, dopo aver dato e donato tanto per tutta la vita, al momento in cui devono ricevere, si sentono dire che una pratica di cura appropriata ed adeguata, efficace ed efficiente, di semplice applicazione, quale l'accompagnamento, l'avere qualcuno accanto, "costa troppo".

Ancora: quando si parla di diritto al riconoscimento del sintomo e di diritto alla parità di dignità di tutte le condizioni clinico-assistenziali, occorre fare questa considerazione: perché sembra valere di più la sintomatologia di un infarto miocardico acuto? perché appare più sostenibile l'evidenza che di fronte ad un evento acuto di quell'entità si ha diritto ad un' unità coronarica di qualità, a infermieri competenti di terapia intensiva, ad un preparato cardiologo, un ottimo 118 e tutta una serie di altre efficienze?

Sembra che non abbia il medesimo diritto, di essere presa in medesima considerazione, la signora che ha bisogno di un accompagnamento per andare in bagno come ha sempre fatto per 85 anni in maniera autonoma. Siamo di fronte a una scala valoriale diversa? Ci sono bisogni più bisogni di altri? Paradossalmente e cinicamente inoltre, è frequente che l'infartuato abbia pagato meno tasse dell'ottantacinquenne e quindi, in teoria, che egli possa vantare meno diritti di quanti ne possa vantare la signora 85enne…

Si è accennato, dunque, al tema dell'invecchiamento. Guardiamo all'esempio di Rita Levi Montalcini che ha visto soddisfatto il diritto, ha avuto la fortuna e anche la possibilità di morire ultranovantenne probabilmente assistita con qualità, con una badante di giorno, una di notte e a casa sua, nel suo letto …Ma questo è un diritto che spetta a tutte le donne e a tutti gli uomini anziani, o solo ai benestanti ed ai fortunati? In un mondo che invecchia sempre più, è una questione che dobbiamo affrontare rapidamente e con qualità? possiamo continuare ad allocare le risorse disponibili prioritariamente in ambito clinico e poco in ambito assistenziale?

Assistiamo ad un cambio di panorama delle nostre società: gli anziani aumentano sempre di più e aumentano le malattie a lungo decorso, eppure continuiamo a definire e calibrare i nostri servizi, le nostre organizzazioni e i nostri sistemi sulle acuzie. Continuiamo a mantenere numerosi "templi della salute", gli ospedali, fagocitatori di risorse per eccellenza. Fondamentali, per carità, ma ne servono davvero così tanti?

Oggi abbiamo bisogno di altre risposte, alternative, innovative, rispondenti al cambiamento che è già qui e d. Risposte di qualità che vadano verso i cittadini, nel contesto in cui essi vivono. Eppure insistiamo nel concentrare le nostre risorse per altre situazioni, pur sempre necessarie ed importanti. Certo, nel frattempo molto è cambiato, però seguitiamo a calibrare i nostri interventi su quel target medico-centrico, clinico-centrico e poco assistenzial-centrico o cura-centrico.

Trieste, lo sappiamo, è una città laboratorio: presenta il 30% di anziani ultra-sessantacinquenni rispetto ad una media italiana del 22%. Alcune considerazioni sul campo ci hanno portato a fare significativi ragionamenti. Abbiamo bisogno di affrontare questi cambiamenti dal punto di vista culturale, politico, amministrativo e di allocazione delle risorse ed ovviamente anche dal punto di vista tecnico-professionale e di comunità.

L'Italia offre pochissima attività domiciliare. La domanda delle domande che ci dobbiamo porre, oggi, è se sia possibile invecchiare liberamente e in dignità.

Gli anziani aumentano ed è naturale attendersi che a questo aumento corrisponda una risposta dignitosa, adeguata ed appropriata. Non si tratta solo di una questione ideologica, etica o di spinta morale, ma anche squisitamente tecnico-professionale. Occorre infatti domandarsi se siamo in grado di cambiare e di recepire questo cambiamento per i nostri sistemi sanitari, affinché siano adeguati e appropriati per il paziente, che deve ricevere la risposta giusta nel contesto del sistema giusto.

Appare doveroso segnalare che Trieste si è mossa da un punto di partenza culturale molto forte, derivante da importanti riflessioni radicate nell'esperienza della salute mentale e della psichiatria triestina.

Oggi abbiamo la responsabilità di non consegnare ai nostri figli un futuro di contenzione delle persone anziane, o con un problema di salute mentale, o di fragilità fisica e psicologica.

Ecco, la questione della responsabilità è un'altra questione molto delicata e che andrebbe approfondita, affrontata con approcci innovativi.

L'obiettivo è quello di offrire sistemi di cura che garantiscano la possibilità di riconoscere e sostenere l'autonomia della persona in cura. All'anziana donna del filmato precedente è mancata la

possibilità di provare a farcela, la possibilità di dimostrare che ce la poteva fare a rimanere a casa sua. Su questo terreno, l'infermieristica sta facendo passi da gigante, è molto avanti nelle riflessioni e negli approcci, ha molte carte da spendere, il punto di vista dal quale parte è la cura del soggetto, ma i sistemi organizzativi che si propongono non sono ancora pronti a questi cambiamenti.

A questo proposito, deve essere affrontato urgentemente il discorso molto importante che riguarda i rapporti di potere all'interno dei sistemi organizzativi. Se si insisterà a calibrare le relazioni organizzative sulla risposta più clinica che assistenziale, i sistemi e le risposte offerte continueranno ad essere fallimentari o, comunque, monche, parziali, non sufficientemente adeguate ed appropriate.

La responsabilità, va precisato, cresce quando si sceglie di dare una possibilità. Se nel contesto del filmato, si fosse scelto di dare la possibilità di stare a casa propria, sarebbe stato necessario un gruppo di lavoro territoriale, comunitario, socio-sanitario. Il gruppo si sarebbe preso la responsabilità di offrire alla signora l'opportunità di stare a casa propria.

Invece, si è optato per un approccio di medicina difensiva: piuttosto che fare una prova ed esperire la possibilità di stare a casa, si è scelto di tenere la persona in casa di riposo.

Chi pagherà quei centosettantotto giorni di assistenza inadeguata e inappropriata?

Con gli stessi soldi, anzi meno, si sarebbe potuto sviluppare un'assistenza territoriale.

Parliamo di "Carta dei diritti" o di "diritti di carta" da poter disattendere quando fa comodo? Non si possono scegliere risposte che semplificano quando le situazioni sono complesse. I processi di cura per le persone con problemi di salute mentale o per gli anziani con forti disabilità sono sempre progetti e percorsi articolati, ad alta complessità e ad alta intensità. Non si possono semplificare i percorsi, i progetti, gli approcci, dovuti, appropriati, adeguati, chiudendo le persone in contenitori privi di contenuti, in case di riposo o parcheggi, concedendo al soggetto un'unica alternativa: istituto od ospedale? O il nulla, il vuoto di cura, il vuoto di assistenza. Occorre inventare soluzioni nuove, strategie innovative … perché il mondo sta cambiando, anzi, è già cambiato. Se non anticipiamo il futuro, il futuro ci travolgerà. Forse ci ha già travolti e travolte.

Un esempio: è raccomandato il movimento e noi blocchiamo le persone. La medicina consiglia di aumentare l'attività fisica per invecchiare bene e noi operiamo la contenzione degli anziani; suggerisce di aumentare le attività intellettuali e cognitive e noi impediamo, ostacoliamo e comunque poco favoriamo, tutti questi aspetti; invita ad aumentare l'attività relazionale con le persone significative e noi imponiamo limiti alle visite, orari di accesso ridotti. Sono cocenti e si impongono molteplici riflessioni.

Un eminente geriatra, Belloi, si chiede: "Siamo nella notte dell'assistenza? Da quando le corde curano?". Si tratta di domande dure, ma dirimenti. Aiutano a riflettere.

Esiste davvero una contenzione accettabile? Si è riusciti persino a teorizzare che l'anziano sopporta bene la contenzione. Ma la contenzione non è mai edulcorata come vorrebbero farci credere i foglietti illustrativi. Nella pratica sono note le soluzioni "artigianali" che si adottano: carrozzine legate ai termosifoni, lenzuola che ancorano i toraci ai letti ed espedienti simili.

La lotta alla contenzione rappresenta la porta d'accesso alla messa in discussione dei sistemi organizzativi più diffusi e che si stanno proponendo in giro per l'Italia, a nord come al Sud passando per

il Centro. Nessun area esclusa. Se ci si obbliga a lavorare senza contenzione, si è costretti a cambiare l'organizzazione nella quale si opera. Si è costretti a mettere in discussione i fragili equilibri che in tutti i modi si stanno cercando di mantenere.

Mostrano limiti evidenti ed ogni giorno scricchiolano sempre di più. Tecnici e professionisti attenti, politici ed amministratori oculati sono chiamati a riconoscere che il sistema sta cedendo e ci si deve inventare qualcos'altro.

Le evidenze ci vengono in aiuto: non vi è alcun dato a sostegno della contenzione.

Dimostrano come la contenzione non protegga dalle cadute. Aggrava gli esiti da caduta, le lesioni risultano infatti più gravi nelle persone contenute che non in quelle non contenute. Peggiora il livello di agitazione e disagio del soggetto contenuto.

La contenzione fa male a tutti: agli anziani, ai familiari e fa male anche agli operatori. Aumenta il tasso di assenteismo, aumentano le malattie degli operatori e la durata delle stesse. Le cattive pratiche assistenziali comportano la perdita degli operatori e dei professionisti con maggiore motivazione a lavorare con gli anziani: se si opera con gli anziani in maniera non accettabile, alla fine rinunciano e se ne vanno, si allontanano. E così si perdono le risorse migliori.

La contenzione aumenta i danni da immobilità.

Si dice che si ricorre alla contenzione per questioni di sicurezza, ma i foglietti illustrativi ci dicono di strangolamenti e molti altri effetti collaterali e negativi.

Altro aspetto fondamentale da segnalare: non si tratta di una questione solo infermieristica, ma multidisciplinare e multiprofessionale.

Il rappresentante delle Forze dell'ordine ha proposto poco fa un ragionamento molto interessante e che spesso anche il nostro gruppo ha affrontato: non può essere il sistema a creare l'ingestibile. L'organizzazione sociosanitaria, infatti, deve operare per la prevenzione delle situazioni di crisi, anticipando e intervenendo prima che la situazione diventi ingestibile, prima che sia necessario ricorrere a quanto previsto dall'art. 54.

Il gruppo di Trieste, con le Forze dell'ordine, ha spesso organizzato corsi di formazione condivisi e congiunti. Quando si presentano situazioni delicate, sia nell'area della salute mentale che in quella geriatrica, a volte si chiede il loro intervento, le modalità vengono costruite insieme, con linguaggi armonici e d'intesa, dove la cura, l'aiuto, è sempre l'obiettivo principale. Molto spesso questo modo di operare è sufficiente a detendere e a far decantare la situazione, prima del suo ingovernabile precipitare.

Quando si chiede all'infermiere di accorrere perché il paziente minaccia di gettarsi dalla finestra, si compie un errore. Sono i pompieri che vanno chiamati a mettere il telone, perché l'infermiere non ha strumenti appropriati in questo caso. Non ha funzione di controllore sociale. Il medico, l'infermiere devono arrivare prima, anticipare la crisi, attuare risposte organizzative e professionali, usare strumenti per evitare il montare della crisi o il sopraggiungere di evenienze critiche … di fronte all'emergenza, serve solo il telone.

Per i sistemi sociosanitari, quando è necessario il telone, di solito è indicatore di fallimento.

L'unico articolo dell'intero ordinamento italiano dove si parla di contenzione è previsto nel Regolamento carcerario. Eppure, linee guida, protocolli, procedure di tutti i nostri sistemi sociosanitari ne trattano in maniera diffusa: anche questo è un grande paradosso.

Avviandoci a concludere, appare chiara la necessità di passare dalla logica del controllo a quella della cura, dalla logica della protezione a quella del sostegno, dalla logica della riabilitazione a quella dell'abilitazione. Occorre passare dalla logica della sicurezza a quella della responsabilità, dalla standardizzazione alla personalizzazione vera, dove è sostanza il rispetto della soggettività.

Di fatto, la pratica della contenzione non può che essere abolita. I tentativi fatti finora di bilanciarla, di limitarla, si sono rivelati fallimentari, tanto che si continua a legare lungo l'intero Stivale. Da molto tempo e moltissime realtà tentano di normarla, protocollarla, contingentarla a quanto strettamente necessario. Ma il risultato è rovinoso. Anche questo ci ha portato a sostenere che la contenzione non può essere tollerata ma solo eliminata. Evitata con radicale convinzione. Solo così è possibile non ricorrervi con sistematicità. Continuare a conservare nella cassetta degli attrezzi strumenti e modalità di contenzione, ci condanna, prima o poi, a ricorrervi.

Tutto quanto sin qui espresso, ci ha portati ad affermare, teorizzare e praticare che la contenzione non è atto sociosanitario.

La contenzione non è atto sanitario in quanto non promuove la salute, non ha valenza preventiva, diagnostica, terapeutica, assistenziale, di cura, riabilitativa, ma al contrario determina gravi complicanze ed effetti collaterali fino alla massima conseguenza, la morte del soggetto. La contenzione in quanto non atto sociosanitario non è di competenza clinico-assistenziale, non si può praticare, non può essere oggetto di linee guida, di procedure o protocolli e non può essere prescritta.

Non si tratta solo di una questione di principio, di deontologia professionale, di etica, tutti aspetti fondamentali e dignitosissimi ovviamente, ma si tratta anche di questione prettamente tecnica: la pratica non risponde ad alcun bisogno del soggetto e non cura in alcun modo. Non esiste alcun bisogno ad essere contenuti, ad essere legati, ad essere fermati. Ed il farlo non previene nulla, né le cadute, né gli esiti negativi da caduta, non protegge, non aumenta la sicurezza. La sicurezza può essere garantita solo dalla responsabilità di scegliere modalità e approcci di cura appropriati ed adeguati. Legare non cura in quanto la pratica è priva di effetto terapeutico; non produce diagnosi; non è abilitante, ma al contrario disabilita ed è causa di gravissime complicanze. Questo è il ragionamento che ci fa dire che non è un atto sanitario e che dunque non la si può praticare. Di conseguenza, in quanto atto non sanitario, non la si può prescrivere, non la si può protocollare e non può essere oggetto di linee guida.

Basaglia si chiedeva: "Vincere o convincere?". Il nostro interesse ed obiettivo è quello di sensibilizzare, invitare alla riflessione e quindi a un processo di convincimento che nasce da se stessi, convincere insieme. Vorremmo aprire una discussione con tutte le Regioni.

Il rischio, se non ce ne occupiamo, è che il futuro ci travolga anche con la sovra determinazione della tecnica sulla relazione: un robot al posto degli operatori. Non vogliamo che questo avvenga, teniamo alla relazione in quanto strategia terapeutica e di cura, non solo quindi perché etica e deontologica, ma proprio perché efficace e appropriata, relazione terapeutica, relazione che cura.

L'accusa che ci viene mossa è quella di essere utopici e ideologici. Ma allora vi chiediamo: Nelson Mandela che è stato forse il più grande utopista della storia recente, non è forse riuscito a realizzare quello che si prefiggeva? Un uomo che nella sua vita ha più volte perso la sua libertà, ma non ha mai perso la sua dignità? E ancora, assolutamente significativo, dobbiamo ricordare che l'apartheid, la schiavitù e il colonialismo, non molto tempo fa, erano legali; era legale il delitto d'onore, mentre di contro era illegale il divorzio e l'interruzione di gravidanza, non era concesso il voto alle donne, era legale lavorare più di 12 ore al giorno, i bambini in miniera e potrei continuare … le cose, anche quelle più impensabili, sono successe, il mondo è cambiato. A volte, ancor'oggi, il concetto di legalità è legato più ad una questione di potere che ad una di giustizia.

La messa in discussione delle pratiche di contenzione ed il doveroso abbandono delle stesse, non può che partire da un approccio e da un pensiero critico.

A cosa serve l'utopia? L'utopia aiuta ad andare avanti, a spostare l'orizzonte un po' più in là, l'utopia serve a camminare, passo dopo passo verso la meta. E l'importante convegno di oggi è un altro passo avanti verso la strada del superamento della contenzione.

Non possiamo essere dei semplici amministratori dell'esistente, ci ricorda Basaglia: si devono cambiare le situazioni, occorre immettere pensiero critico, modificare le organizzazioni, riequilibrare i poteri al loro interno.

Vi lascio con queste immagini dell'ultima Barcolana, dove siamo riusciti a portare da protagonisti attivi persone molto anziane, persone con problemi di salute mentale e con disabilità importanti.

Grazie.

PETRINI Davide, Ordinario di Diritto penale presso l'Università del Piemonte Orientale

"Incolumità dei pazienti ed enfatizzazione della posizione di garanzia dei sanitari"

La contenzione è una realtà con la quale ci si trova spesso a contatto, anche in situazioni estreme di detenuti che vengono a chiedere un colloquio al Garante e che arrivano con dei segni visibili sul corpo. Questo, ovviamente, rende la tematica della contenzione assolutamente centrale per un Garante dei diritti dei detenuti, perché richiama il problema della violenza e, quindi, della limitazione della dignità delle persone.

Venendo al tema dell'enfatizzazione, ci sono tante ragioni per le quali si ricorre alla contenzione. Volendo potremmo anche aggiungerne molte altre, ma io vorrei riflettere soprattutto su una di queste, che è la paura di essere incriminati se, dal non ricorso a mezzi di contenzione farmacologia o fisica, deriva un danno al paziente.

L'operatore - e questo vale per lo psichiatra, il medico, l'infermiere e tutti quelli che sono coinvolti in una vicenda di questo tipo - si trova un po' stretto tra l'incudine e il martello. L'incudine è un'eventuale incriminazione, peraltro non così frequente, se si ricorre a dei mezzi di contenzione (tranne ovviamente casi di grandissima criticità); il martello, invece, è la paura di dover rispondere - dal punto di vista

civilistico, ma anche penalistico - per i danni derivati ai pazienti che si alzano, cadono, si buttano giù dalle scale o dalla finestra, oppure scappano dalla casa protetta (che tanto protetta non era), sono ritrovati morti cinque anni dopo e vengono riconosciuti con la prova del DNA (per citare solo un caso di cronaca, di enorme gravità).

Ora, ovviamente, non c'è una legge universale, ma si immagina che quanto più è forte il rischio di incriminazione, tanto più possa essere diffusa l'idea che sia lecito ricorrere alla contenzione; anche se, in realtà, questo accade non quando più è diffusa la consapevolezza che davvero esistono sentenze in quella direzione, ma quanto più è diffusa una percezione, magari anche erronea, non così precisa e non così adeguata. A questo proposito, probabilmente, bisognerebbe immaginare dei percorsi formativi, in itinere e permanenti, proprio su questi temi.

Ora, occorre fare un chiarimento: la posizione di garanzia è quella situazione per cui un soggetto è garante dell'incolumità di una persona che gli è stata affidata. Può essere il caso della babysitter nei confronti del bambino, dell'insegnante o dell'autista dello scuolabus; ed è ovviamente il caso del medico e dell'infermiere con il paziente.

Nella nostra giurisprudenza, certamente, una progressiva estensione della posizione di garanzia è stata operata. Si può anche essere d'accordo e dire che è in gioco la tutela di interessi fondamentali di bambini, minori, persone fragili o in difficoltà, però questa estensione ha raggiunto parimenti dei livelli un po' eccessivi.

A questo proposito, è utile l'illustrazione di una sola sentenza del 2013, quindi abbastanza recente.

In un contesto di villette a schiera, un papà è a casa e si sta occupando delle sue cose, mentre i suoi bambini giocano nel cortile. I bambini vicini di casa entrano nel suo giardino e si mettono a giocare anche loro: lui lo sa e li vede, perché la porta è aperta, ma ad un certo punto i ragazzini cambiano gioco e passano a buttarsi vicendevolmente addosso, dopo aver dato loro fuoco, delle spugne imbevute d'alcol. Uno di loro rimane ustionato, ancorché non gravemente. Ebbene, il padre viene condannato per lesioni personali colpose perché è riconosciuta "*un'assunzione volontaria e unilaterale di presa in carico del bene protetto*" (l'integrità fisica dei bimbi vicini di casa, nel nostro caso).

Per l'accusa il punto è che il padre non si fosse opposto alla presenza dei figli del suo vicino di casa nel cortile antistante: non che non avesse controllato, ma che non si fosse opposto alla visita. Si evince come diventi proprio facile, anche di fronte a giudici serissimi, andare ad individuare una posizione di garanzia.

Vediamo come si orienta la nostra giurisprudenza in presenza di una posizione di garanzia non rispettata e di una violazione in un'attività di controllo e di tutela dell'anziano o del paziente psichiatrico, tralasciando i TSO e quanto avviene in carcere, contesti in cui si pongono problemi diversi. Esaminiamo le indicazioni della Cassazione su quelle che noi chiameremo condotte alternative lecite che sono state omesse da parte di medici e infermieri. Anticipo subito che l'analisi di queste sentenze è molto buona perché non vi è mai, o quasi mai, il riferimento alla necessità di ricorrere all'uso mezzi di contenzione.

Esaminiamo un caso, quello di un medico psichiatra, responsabile di un reparto dove è ricoverato un paziente a rischio di fuga, portatore di una serie di patologie e con precedenti tentativi di

allontanamento, che ad un certo punto scappa e muore. La Cassazione - siamo nel 2015, quindi in tempi recenti – sostiene che "*il medico non ha disposto opportune forme di sorveglianza*" e chiama in causa anche il personale infermieristico.

Si tratta di una sentenza molto ben motivata, perché si pone il problema di cosa sia cambiato nell'uso della contenzione dalla legge manicomiale alla L. 180/1978. Vi si legge: "*Il personale medico ed infermieristico ha il dovere giuridico di protezione e di sorveglianza*" (posizione di garanzia), specie se la persona non è in grado di badare a se stessa. L'abbandono del modello manicomiale, con l'uso sistematico della coercizione e dell'isolamento, è sostituito da forme di custodia in strutture aperte e richiede modalità diverse di protezione e sorveglianza, funzionali a contemperare la libertà e la sicurezza. Oggi non si ricorre più alla coercizione (certamente la contenzione è uno degli elementi della coercizione psichiatrica) e dunque bisogna utilizzare altre forme.

In ordine alla condotta doverosa omessa, la Cassazione si esprime ritenendo "*dovuto ed esigibile un regime di sorveglianza continuo* - per impedire la fuga occorre una sorveglianza continua: bisogna, cioè, monitorare il paziente, stargli davanti, tenerlo sotto osservazione -, *sebbene la vittima non fosse soggetta a misure coattive, ma non necessariamente avrebbe imposto il suo contenimento fisico, perché costante sorveglianza degli operatori e chiusura delle uscite avrebbero evitato l'evento*".

Naturalmente si potrebbe discutere sulla funzione di quel "necessariamente" perché senza quell'avverbio il riferimento sarebbe stato ad un regime di sorveglianza privo di imposizione del contenimento fisico. Questo avverbio – necessariamente – lascia, come sempre, una porta aperta, pur senza farvi riferimento: ad un fisioterapista che prescrivesse la contenzione, si potrebbe rispondere che ci sono altri strumenti, pur non escludendola del tutto.

Veniamo ad una sentenza del 2008, il cui estensore è uno dei più grandi magistrati che la Repubblica italiana abbia avuto, Carlo Brusco, che l'ha motivata benissimo. Il caso è quello di un primario e dei medici di Psichiatria di un ospedale pubblico, imputati di omicidio colposo in danno di una paziente. Questa paziente, per la quale c'era il pericolo di suicidio, aveva chiesto di andare a prendere un caffè e si era allontanata senza essere accompagnata. Poiché, per una scelta discutibile, la macchinetta del caffè si trovava al piano superiore, la paziente si era buttata di sotto ed era morta. I medici e lo psichiatra sono stati condannati.

È chiaro che in questa situazione siamo in presenza di un paziente psichiatrico che non si agita. Ma la sentenza, che anticipa di sette anni quella del caso precedente, è interessante perché, di nuovo, dà conto dello sforzo del giudice di fornire indicazione delle condotte alternative lecite che andavano tenute, andando proprio ad individuare degli strumenti conformi a queste diverse opzioni: "*Invitare il personale infermieristico alla massima sorveglianza; prevedere, quando il paziente esce, che lo accompagnino persone qualificate e informate*"; e così via.

La sentenza successiva è del 2015 e riguarda una paziente di una casa di riposo che apre la porta del salone, che evidentemente non era bloccata, si affaccia su una rampa di scale, cade e muore. Anche in questo caso la Cassazione sottolinea come la Corte d'Appello avesse osservato che "*bisognava dotare la porta della sala di un sistema di allarme che ne segnalasse l'apertura, nonché di*