

Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



La terza criticità riguarda, infine, l'attualità dei dati disponibili e la necessità di un aggiornamento continuo dei dati reali che cambiano in base alla dinamica delle autorizzazioni regionali.

Si auspica che a partire da questi punti il Garante, in sinergia con altre istituzioni, possa attivare un sistema utile ad assolvere quanto previsto nella Convenzione per la verifica effettiva dei diritti in essa sanciti.

Anagrafe *Social care home* per persone con disabilità

Filtri attivi:

Popolazione target.

Per favorire la comparabilità dei dati, in questa fase si è assunta la partizione della popolazione utilizzata dall'Istat:

- a) Minori (da 0 fino a 18 anni) – con disabilità o disturbi mentali
- b) Adulti (da 18 fino a 65 anni) – con disabilità o patologia psichiatrica
- c) Anziani (da 65 anni) – non autosufficienti.

Multiutenza.

Numerosità posti letto in Strutture residenziali / utenza in Strutture semi-residenziali (dove disponibili).

Indicatori di grandezza elaborati sulla base delle tipologie di Strutture regionali.

Filtri in corso di valutazione

Utenza prevalente nella Multiutenza.

Intensità assistenziale: a) bassa b) media c) alta.

Numero e tipologia operatori.

Notizie: a) segnalazioni b) notizie di reato c) notizie di stampa.

Il sistema è in fase di *beta testing*, la cui conclusione è prevista per dicembre 2018.

Sono allo studio le soluzioni per recuperare in maniera strutturale i dati e le statistiche delle utenze e l'aggiornamento periodico del Sistema.

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Libertà
e salute

23. L'ampiezza del monitoraggio e la mappa delle strutture

Per capire l'ampiezza dell'impegno del Garante nazionale nell'area della privazione della libertà per motivi sanitari e, in particolare, nell'ambito della disabilità, è necessario porre l'attenzione sul numero di strutture che potenzialmente rientrano nell'azione di monitoraggio. I dati Istat ne restituiscono l'ordine di grandezza. Gli ultimi risalgono al 2014. Un nuovo censimento è stato avviato di recente, ma i dati non sono ancora disponibili al momento di chiusura della presente Relazione.

Al 31 dicembre 2014 in Italia, risultano attivi 13.203 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per un totale di 399.626 posti letto. Gli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono, a tale data, 386.072.

In particolare, quasi 290 mila sono anziani con almeno 65 anni di età (il 75,1% degli ospiti complessivi); oltre 76 mila sono adulti con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni (il 19,7% del totale); quasi 20 mila sono minori (il 5,2% degli ospiti complessivi).

Il secondo aspetto più specifico riguarda la presenza delle persone con disabilità e non autosufficienza nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari: al dicembre 2014 si trattava di 273.316 persone, pari al 70,8% del numero complessivo di ospiti. Delle 273.316 persone con disabilità e non autosufficienza: 3.147 sono riportati come minori con disabilità e disturbi mentali dell'età evolutiva; 51.593 come adulti con disabilità e patologia psichiatrica; 218.576 come anziani non autosufficienti.

Dunque, oltre l'83% degli ospiti con disabilità e non autosufficienza risultano essere anziani non autosufficienti.

Tabella 1 – Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per fascia di età (valori assoluti) Anni 2009-2014.

Anno	Minori con disabilità o con problemi di salute mentale (0-17)	Adulti anni con disabilità o con problemi di salute mentale (18-64)	Anziani non autosufficienti (65+)	Ospiti totali con disabilità o non autosufficienti
2009	3.718	55.875	225.182	284.775
2010	3.028	55.662	218.851	277.541
2011	2.842	51.591	209.945	264.378
2012	2.593	49.159	205.258	257.009
2013	2.658	49.536	210.854	263.048
2014	3.147	51.593	218.576	273.316

Fonte: Istat.



Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



In particolare, è possibile rilevare che nell'81,6% dei casi si tratta di anziani non autosufficienti cui viene garantito un livello di assistenza sanitaria medio-alto, ossia trattamenti medico-sanitari estensivi per la non autosufficienza (livello medio) o intensivi per il supporto delle funzioni vitali (livello alto). Possiamo quindi parlare per lo più di anziani che si trovano in condizioni di gravità. Inoltre, nel 98,3% dei casi sono ospiti di strutture che non riproducono le condizioni di vita familiari e potrebbero dunque risultare potenzialmente segreganti.

Analogamente si rileva che il 93,2% dei 32.648 posti letto rivolti alle persone con disabilità risultano collocati in strutture che non riproducono l'ambiente della casa familiare. Più bassa è invece la stessa percentuale calcolata sui posti letto per le persone con patologie psichiatriche, pari all'84,6% dei 18.046 posti letto dedicati.

Tabella 2 – Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per carattere della residenzialità (valori percentuali) Anno 2014.

	Familiare	Comunitario	Non indicato	Totale
Persone con disabilità	6,5	93,2	0,3	100,0
Ospiti con problemi di salute mentale	15,4	84,6	0,0	100,0
Anziani *	3,0	97	0,0	100,0

* Sia autosufficienti che non autosufficienti - Le cifre sono state arrotondate

Fonte: Istat.

Parliamo quindi del prevalere, nell'area della disabilità e della non autosufficienza, di un carattere della residenzialità definito come "comunitario", in alternativa a quello di tipo "familiare". Nello specifico le strutture residenziali vengono classificate, secondo l'organizzazione e la tipologia degli operatori, in:

- *Familiari*: quando si tratta di strutture di piccole dimensioni, caratterizzate da un'organizzazione di tipo familiare che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia. In caso di strutture per minori è prevista la presenza di una coppia oppure di uno o due adulti che svolgono la funzione di genitori;
- *Comunitarie*: quando si parla di strutture di dimensioni più ampie (variabili a seconda dell'area di utenza), di norma superiori a 6-10 posti letto, caratterizzate dalla presenza di operatori assistenziali, socio-sanitari o educatori e da un'organizzazione di tipo comunitario.

Definita, quantunque con dati riferiti al terzo anno precedente, l'ampiezza del monitoraggio da condurre in quest'area della residenzialità vulnerabile composta da anziani e disabili, il Garante nazionale, in collaborazione con i Centri già citati, ha avviato nello scorso anno la costruzione dell'*Anagrafe* per il monitoraggio stesso e la *mappatura* delle strutture. Questa operazione ha avuto come premessa la ricognizione normativa in materia – anche al fine di costruire una competenza condivisa all'interno dell'Ufficio – articolata su tre livelli di fonti: a) normativa nazionale; b) atti della Conferenza Stato-

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Libertà e salute

Regioni; c) normativa regionale¹¹. Tale ricognizione è stata resa necessaria, come abbiamo già detto, dalla grande frammentazione dovuta al ruolo centrale svolto dalle Regioni nella programmazione e gestione delle prestazioni¹². Per la costruzione dell'Anagrafe sono state consultate più fonti di dati (Istat, Agenas¹³, Prefetture, ecc.), utilizzando quale matrice le liste regionali, delle province autonome e delle Asl e provvedendo all'integrazione e all'aggiornamento quando possibile.

L'organizzazione dei dati è stata impostata secondo la tipologia delle prestazioni erogate (sanitarie; socio-sanitarie; sociali) e per grado di residenzialità (residenziale; semi-residenziale). Le specifiche delle tipologie di prestazioni previste nelle diverse strutture sono indicate nel nomenclatore nazionale, strumento di mappatura degli interventi e dei servizi sociali che raccorda le differenti classificazioni in uso tra le Regioni, e nei nomenclatori regionali.

I criteri di ricerca all'interno del sistema di geolocalizzazione realizzato, sono possibili grazie alla predisposizione di un set di filtri; essi sono diversi e consentono di individuare la struttura da visitare. Innanzitutto vi sono filtri più generali, relativi alla tipologia della prestazione prevalente (sanitaria, rispettivamente ad alta-intensità, media-intensità, bassa-intensità; socio-sanitaria; sociale¹⁴) o alla tipologia della struttura (residenziale, semiresidenziale), alla collocazione geografica e alla tipologia di utenti (minori, adulti, anziani). A questi succedono filtri più specifici relativi al numero dei posti letto o al numero di operatori.

A partire dai dati, si è così provveduto alla costruzione di un sistema di visualizzazione georeferenziata degli stessi dati dell'Anagrafe utilizzando lo strumento di *Google Maps*.

Tre criticità degne di nota anche qui riscontrate nella costruzione dell'Anagrafe:

- la prima è data dal fatto che una medesima struttura possa svolgere contemporaneamente più tipologie di prestazioni;
- la seconda è data dai tempi di aggiornamento delle liste che varia per ciascuna Regione e che pertanto si riflette sulla non coesione dei dati;
- la terza riguarda la sovrapposizione dei dati nella classificazione delle statistiche ufficiali tra persone con disabilità e anziani non autosufficienti di età superiore ai 65 anni che rappresentano due tipologie che vengono aggregate.

Sono criticità di cui si è consapevoli e allo stato difficilmente superabili, se non con la costruzione di una rete di informazioni costituita da "sensori sociali", quali Associazioni nazionali e locali, famiglie e loro organizzazioni associative, supporto di Enti locali, gruppi universitari di ricerca, con cui il Garante ha avviato una importante interlocuzione. Torna anche in questo ambito la necessità della

11. I principali atti presi in considerazione sono stati quelli di regolamentazione e attuazione dei processi di autorizzazione e accreditamento.

12. Provvedimento che consente l'erogazione di servizi e prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale e degli Enti locali.

13. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

14. Dall'Anagrafe al momento sono escluse le strutture che erogano solo prestazioni sociali perché considerate a basso rischio di violazione o di restrizione della libertà.

Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



rete dei Garanti territoriali, a partire da quelli regionali e con il coinvolgimento di quelli provinciali e comunali, una volta chiarita l'ampiezza del loro mandato che non può essere limitato alla sola area detentiva.

Sulla base del database disponibile, le strutture soggette al monitoraggio del Garante nazionale risultano essere circa 12.000: di queste oltre 4.000 sono quelle specifiche per anziani non autosufficienti e oltre 400 quelle minorili di nostro interesse.

L'Anagrafe e la geolocalizzazione delle strutture su base nazionale rappresentano una novità per il nostro Paese. Infatti, in Italia, prima dell'istituzione del Garante nazionale e dell'avvio della sua azione in questo settore, in materia di garanzia dei diritti e del censimento della privazione della libertà all'interno delle *social care home*, si registravano solo gli interventi delle Forze dell'ordine in caso di inadempienze o eventi di interesse penale al loro interno e di verifiche sui criteri di accreditamento delle strutture attivate, più o meno efficacemente, dalle Regioni e dai Comuni. Un nuovo sguardo si è aperto e sta iniziando a lavorare, a livello nazionale da parte del Garante nazionale e, auspicabilmente, via via a livello sub-regionale attraverso la rete dei Garanti territoriali.

24. L'analisi dei trattamenti sanitari obbligatori

Il trattamento sanitario obbligatorio (Tso) è regolato dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833, con gli articoli 33, 34 e 35. I suoi aspetti essenziali sono stati esaminati dal Garante nazionale nella Relazione al Parlamento dello scorso anno, a cui si fa riferimento per questi aspetti¹⁵.

Il Tso è, per definizione, un ricovero psichiatrico coatto, attuato cioè contro la volontà del paziente. Si tratta quindi di una misura estrema, da applicare con cautela e solo laddove strettamente necessaria in quanto misura di privazione della libertà. Anche in questo caso, come negli altri contesti in cui è prevista, la privazione della libertà deve essere considerata l'ultima scelta, quando altre strade non sembrano percorribili. Tuttavia, nonostante tale precauzione, la sua applicazione appare non priva di rischi e di criticità.

In linea generale, il processo di scelta delle cure si fonda su tre principi

Il Tso è, per definizione, un ricovero psichiatrico coatto, attuato cioè contro la volontà del paziente. Si tratta quindi di una misura estrema, da applicare con cautela e solo laddove strettamente necessaria in quanto misura di privazione della libertà. Anche in questo caso, come negli altri contesti in cui è prevista, la privazione della libertà deve essere considerata l'ultima scelta, quando altre strade non sembrano percorribili.

15. Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2017*, pp. 136 – 140.

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Libertà e salute

basilari: la completezza delle informazioni fornite dal medico; la libera scelta del paziente debitamente informato; la capacità di decidere del paziente. Nel caso dell'attivazione di un trattamento sanitario obbligatorio per una acuzie di carattere psichico, invece, il principio della libera scelta del paziente non è più valido ed è sostituito da una imposizione di un trattamento sanitario. Rimane, comunque, un residuo di tale principio che si esprime nel fatto che i medici sono chiamati a verificare sempre, prima della sua applicazione, l'esistenza di possibili alternative e ove queste siano assenti a impegnarsi per ottenere al più presto il consenso del paziente, trasformando il trattamento da obbligatorio a volontario. La mancanza o l'insufficienza di tali azioni da parte del personale sanitario potrebbero delinquare una violazione della stessa norma che prefigura il Tso. La valutazione del percorso decisionale che ha portato alla scelta del Tso rientra anch'essa nell'analisi e nella considerazione del Garante nazionale.

La seconda criticità nell'applicazione del Tso è relativa al rischio di sovrapposizione concettuale tra obbligatorietà e contenzione, considerando quest'ultima quale strumento intrinsecamente connesso alla non volontarietà del trattamento, nonché prioritario se non unico nella gestione delle acuzie.

La seconda criticità nell'applicazione del Tso è relativa al rischio di sovrapposizione concettuale tra obbligatorietà e contenzione, considerando quest'ultima quale strumento intrinsecamente connesso alla non volontarietà del trattamento, nonché prioritario se non unico nella gestione delle acuzie. Si tratta di concezioni errate. A volte tali mis-concezioni emergono in situazione di altre e differenti crisi che non vengono riconosciute come tali: le insufficienze organizzative o di risorse di personale sono talvolta alla base della difficoltà a ipotizzare e prevedere soluzioni diverse e l'impellenza dell'obbligatorietà rende opaca tale ricerca che finisce, quindi, con l'assumere l'impropria fisionomia della necessità terapeutica.

L'inadeguatezza numerica del personale, infatti, può rendere più difficile l'intercettazione del disagio prima del manifestarsi della crisi, mentre la carenza di formazione del personale all'utilizzo di tecniche di *de-scalation* può portare a una sovra-utilizzazione dei mezzi contenitivi. Le pratiche di *de-scalation* attraverso tecniche, come per esempio l'*holding*, per contenere la crisi di aggressività del paziente, sono uno strumento prezioso per limitare il ricorso alla contenzione, attraverso l'ascolto del paziente e il dialogo finalizzato a creare una relazione positiva e a favorire la possibilità di una negoziazione per la ricerca di soluzioni e scelte condivise, con un uso contingente della forza e della limitazione fisica, sempre, comunque, di breve durata. Da ciò deriva l'importanza di formalizzare le procedure di contenzione e di informare il paziente prima della sua applicazione. Per il monitoraggio del corretto uso della contenzione sono fondamentali l'accurata e completa compilazione dei registri di contenzione con l'ora di inizio e di fine, l'indicazione dei controlli effettuati dal personale, l'osservazione e la rilevazione dei parametri vitali del paziente. Anche tale aspetto è oggetto di attenta analisi da parte del Garante nel corso delle visite ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc).

Le prime visite sono state indicative innanzitutto della volontà del personale, ai diversi livelli, di superare la logica del mini-reparto nascosto agli sguardi e situato in luoghi spesso angusti. Nel passato anche in prossimità di camere mortuarie, tuttora in alcuni casi in seminterrati di reparti ospedalieri. Ma, fortunatamente, accanto a queste situazioni il Garante ha verificato una forte volontà di cambiamento, soprattutto nel personale con una formazione più recente, meno centrata sul doppio aspetto: del paziente non in grado di autodeterminarsi e, quindi, mero oggetto di piani definiti senza alcun suo coinvolgimento; luogo in cui la sovrapposizione del *security* al *care* gioca in favore del primo fattore.

Ovviamente non è compito del Garante nazionale interferire e tantomeno sovrapporsi alla decisione medica, ma è suo compito innanzitutto capire come l'elaborazione delle stesse decisioni mediche possano tradursi o meno in fattori di accrescimento del rischio di istituzionalizzazione e di conseguente

Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



auto-segregazione. In secondo luogo, capire se e come i contesti di implementazione degli stessi piani terapeutici – a cominciare da quella parte che prevede una residenzialità privativa della libertà in appositi reparti chiusi, quali gli attuali Spdc – siano tali da assicurare la tutela dei diritti fondamentali della persona. Non solo alla cura, ma a non subire maltrattamenti, a essere ospitati in strutture decenti, a percepire con continuità il rispetto della propria dignità.

Infine, secondo il Garante nazionale servirebbero delle linee guida nazionali che rendano maggiormente omogeneo sul territorio il ricorso al Tso, favorendo in tal modo il superamento di disparità regionali nel ricorso a una misura così estrema. Salta agli occhi l'accentuata disomogeneità e i picchi in alcune Regioni così come i cali in altre: nelle Marche il tasso per 10 mila abitanti si attesta al 5,68 mentre in Basilicata il tasso è pari a 0,72. Non potendo dipendere dall'aria di mare o di montagna, forse una riflessione e una analisi del fenomeno risulta necessaria.

25. Il Registro dei Tso e la notifica al Garante

La mancanza di dati chiari relativi alla procedura del Tso e al suo funzionamento rende molto più difficile l'attività di monitoraggio e quindi la possibilità di prevenire situazioni che potrebbero ledere i diritti delle persone. È questa una delle carenze che il Garante ha rilevato fin dall'inizio, come riportato anche nella precedente Relazione al Parlamento. I dati nazionali disponibili provengono, infatti, dalle statistiche dell'Istat, con tre limiti non secondari: non sono aggiornati, tanto che i più recenti riguardano l'anno 2016; rilevano solo le dimissioni; non comprendono i casi in cui il paziente presta il proprio consenso nel corso del trattamento, trasformando così il trattamento obbligatorio in trattamento volontario. Secondo tali dati, su tutto il territorio nazionale nel 2016 i pazienti dimessi da Tso sono stati 7.995. L'altra fonte è il Rapporto sulla salute mentale del Ministero della salute sul numero dei trattamenti e sui tassi di ricovero. Anch'esso però è aggiornato al 2015.

Per colmare tale lacuna, il Garante auspica che sia predisposto un Registro nazionale dei Tso, in cui siano riportate una serie di informazioni, quali: il numero complessivo dei pazienti ricoverati nei diversi Spdc; il numero complessivo dei pazienti sottoposti a Tso; il numero dei pazienti sottoposti a trattamento sanitario volontario; la data d'inizio del trattamento; la durata presumibile del trattamento all'atto dell'ingresso e la durata effettiva dello stesso; l'eventuale uso della contenzione (nelle sue diverse declinazioni); la durata della contenzione; la conversione del trattamento sanitario da obbligatorio a volontario per avvenuto consenso; il totale dei Tso effettuati nel corso dell'anno e la loro distribuzione sul territorio; la durata media dei trattamenti.

Si tratta di informazioni importanti che potrebbero rappresentare la base per un attento monitoraggio degli Spdc, dell'uso dei Tso e dell'eventuale "abuso" di esso e di eventuali trattamenti andati oltre i limiti

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Libertà e salute

Il Garante auspica che sia predisposto un Registro nazionale dei Tso, in cui siano riportate una serie di informazioni, quali: il numero complessivo dei pazienti ricoverati nei diversi Spdc; il numero complessivo dei pazienti sottoposti a Tso; il numero dei pazienti sottoposti a trattamento sanitario volontario; la data d'inizio del trattamento; la durata presumibile del trattamento all'atto dell'ingresso e la durata effettiva dello stesso; l'eventuale uso della contenzione (nelle sue diverse declinazioni); la durata della contenzione; la conversione del trattamento sanitario da obbligatorio a volontario per avvenuto consenso; il totale dei Tso effettuati nel corso dell'anno e la loro distribuzione sul territorio; la durata media dei trattamenti.

del rispetto della dignità della persona o dei suoi diritti. Tale Registro, inoltre, andrebbe nella direzione di rendere maggiormente trasparente una procedura particolarmente sensibile, proprio perché prevede una limitazione, quando non una privazione, della libertà della persona. La carenza di dati certi rende infatti i Tso una misura estremamente opaca che episodi, molto rari ma estremamente gravi come alcuni accaduti, richiedono di superare. La conoscenza della situazione e la trasparenza sono due fattori fondamentali in qualsiasi azione di prevenzione, tanto più necessaria quando si parla di luoghi non pubblicamente visibili e accessibili quali sono appunto quelli della privazione della libertà.

Va ricordato poi che il Registro dei Tso favorirebbe un controllo che il nostro ordinamento non prevede, a differenza per esempio dell'ordinamento del Regno Unito che fa esplicito riferimento a una procedura di controllo d'ufficio da parte dello Stato nei casi di mancata iniziativa di parte. La *Central Mental Health Authority* (Autorità centrale per la salute mentale), infatti, può di sua iniziativa, oltre che su denuncia di qualsiasi persona, ordinare un'ispezione o un'indagine nel caso di sospetta violazione della normativa nazionale in tema di salute mentale. In caso di accertata violazione, l'*Authority* può ordinare all'Istituto di salute mentale di apportare modifiche al fine di ripristinare la legalità e l'Istituto ha l'obbligo di rispettare l'ordine.

In una prospettiva di prevenzione e in un'ottica di collaborazione tra Istituzioni, al fine di favorire il monitoraggio degli Spdc e in particolare dei Tso, il Garante nazionale auspica nuovamente – come già fatto nella precedente Relazione – che si preveda normativamente la notifica al Garante stesso dei singoli provvedimenti di adozione di tutti i Tso disposti e degli eventuali rinnovi. Ciò consentirebbe all'Autorità di garanzia di individuare criteri di scelta degli Spdc da visitare, sulla base di dati aggiornati, così come avviene in altro ambito fin dal 2016 con le notifiche quotidiane al Garante delle operazioni di rimpatrio forzato dei migranti da parte della Direzione centrale per l'immigrazione e della Polizia di frontiera del Dipartimento della pubblica sicurezza.

L'attività di monitoraggio deve, infatti, poter contare sulla capillarità degli interventi sul territorio nazionale e sulla possibilità di visite a campione e non preannunciate sulla base di una informazione sull'adozione dei provvedimenti impositivi dei trattamenti sanitari. Ma tale procedura è anche di per sé, in quanto strumento di trasparenza, un prezioso strumento di prevenzione: è infatti importante che gli Spdc sappiano che il loro lavoro è oggetto di osservazione e analisi e, anche, di possibile verifica sul campo in una prospettiva di miglioramento del loro stesso lavoro e che sappiano di poter contare su un'Istituzione "alleata" nella ricerca di migliori risposte alle esigenze dei pazienti sotto il profilo della tutela dei loro diritti e del rispetto della loro dignità.

Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



26. La contenzione

Troppo spesso la stessa locuzione «trattamento sanitario obbligatorio» rinvia mentalmente all'identificazione del concetto di coercizione con quello di *contenzione*. Che obbligatorietà e coercizione possano andare di pari passo appare naturale, anche se l'aspetto coercitivo non esclude un elemento di convincimento e forse anche di richiesta da parte della persona oggetto di trattamento, consapevole eventualmente di proprie difficoltà a corrispondere a quanto il trattamento prevede. Diversa è la corrispondenza tra coercizione e contenzione, nelle molteplici forme che questa può assumere.

Innanzitutto, sebbene l'immaginazione vada direttamente al tipo «meccanico» della contenzione – cioè alla cosiddetta «contenzione fisica» – è indubbio che questa non sia la sola forma che tale pratica può assumere: frequente e meno visibile allo sguardo non professionale è la contenzione farmacologica, che indicazioni internazionali classificano come *chemical restraint*, così come quella di tipo ambientale consistente nella collocazione della persona in fase di acuzie in ambiente privo di qualsivoglia suppellettile, spesso anche di qualsivoglia stimolazione visiva di colori. Tutte situazioni, queste, che il Garante nazionale ha potuto verificare nel corso delle sue visite nell'ultimo anno a diverse strutture: in un paio di casi attuata all'interno di strutture difficilmente classificabili come sanitarie. Così come il Garante si è misurato con una grande disomogeneità del ricorso a metodi contenitivi, spaziando da presidi ospedalieri ove essi sono raramente se non mai praticati ad altri dove i casi appaiono ricorrenti e anche di preoccupante durata. Per esempio, in due Istituti penitenziari, in zone formalmente definite come parti integranti dell'area sanitaria, ma difficilmente riconoscibili come tali. In un caso, il Garante nazionale ha chiesto e ottenuto l'immediata chiusura della struttura, nell'altro è stato il Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria, a cui era stata segnalata dal Garante, a provvedere al suo smantellamento. Purtroppo anche in questi casi – che siamo certi appartengano al passato – il ricorso a essa e in tali strutture era stato autorizzato dallo psichiatra.

Il Garante si è misurato con una grande disomogeneità del ricorso a metodi contenitivi, spaziando da presidi ospedalieri ove essi sono raramente se non mai praticati ad altri dove i casi appaiono ricorrenti e anche di preoccupante durata.

Il tema è senza dubbio oggetto di posizioni distanti e contrapposte, sia sul piano teorico che nella pratica attuativa: in una delle più recenti visite a un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, fasce contenitive sono state trovate attaccate a un letto all'interno di una stanza a più posti, con un indubitabile effetto negativo sui presenti. La contrapposizione delle posizioni ha trovato una particolare incisività alcuni anni fa nel momento in cui è stato segnalato, prima agli organi di controllo internazionale e poi alla Procura del luogo, il decesso di una persona, Franco Mastrogiovanni, nell'agosto 2009 nell'Ospedale di Vallo della Lucania dopo 87 ore di contenzione, peraltro registrata su un video che ha reso noti modalità, assenza di attenzione e cura, nonché una situazione che pienamente rientra in quella definizione di «trattamento inumano o degradante» di cui parla l'articolo 3 della Convenzione per i diritti umani.

Nella sentenza di condanna in appello a Salerno il giudice colloca la contenzione comunque quale *extrema ratio* all'interno del dovere di protezione che grava sul personale che ha in carico la persona

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Libertà e salute

assistita, negandone funzione terapeutica e circoscrivendola alla finalità cautelare per sottrarre la persona a gravi danni: quindi, per tempi brevi e in via eccezionale. Naturalmente essa deve essere contornata da un insieme di obblighi procedurali che vanno dall'effettiva considerazione come misura estrema, alla continuità dell'osservazione e della presenza del personale sanitario, alla sua rimozione nel più breve tempo possibile, alla necessità di supportare la sua avvenuta applicazione con elementi dialogici di spiegazione in modo da ricostruire nel paziente una possibile comprensione dell'esperienza vissuta, oltre che alla rigorosa registrazione di tutte le fasi della sua (breve) applicazione. Sono questi criteri formalmente riconosciuti in molti Protocolli sul suo impiego definiti da Aziende sanitarie locali, che il Garante è tenuto a esaminare, con il supporto di professionalità tecniche e a verificare nella concreta applicazione. Purtroppo nel corso dell'anno non sono state assenti situazioni in cui ci si è trovati di fronte a Protocolli poco noti o parzialmente applicati, a contenzioni fisiche prolungate, quasi come modalità trattamentali ordinarie per soggetti ritenuti "difficili", nonché a registrazioni carenti.

Non ha il Garante il compito di entrare in un dibattito medico specifico che esula dalla sua competenza e dal suo mandato. Ha però il dovere di verificare il rispetto dei parametri sopra accennati, relativi a tempi, effettivo continuo controllo, modalità esecutive, frequenza, registrazione, rispetto della privacy del paziente in momenti così incidenti sulla sua persona, effettiva attività di spiegazione e confronto, una volta che la misura sia disapplicata. Aiutano alla sua opera di monitoraggio le *Indicazioni* formulate dal Comitato di bioetica del 23 aprile 2015¹⁶ che il Garante assume come proprie direttrici per orientarsi in tale area: il monitoraggio scrupoloso delle pratiche attuative dei Protocolli, l'assoluto divieto di quelle non corrispondenti a criteri di rispetto della dignità del paziente, l'adozione di una linea riduzionista volta al graduale superamento del ricorso a essa. Il parere del Comitato del resto opportunamente riporta il tema sotto la lente della lettura congiunta degli articoli 13 e 32 della Costituzione per sottolineare che «(anche) sotto il profilo giuridico la contenzione meccanica solleva, pur limitando lo sguardo a una prospettiva ancorata alla situazione normativa attuale, questioni di non facile soluzione e sulle quali la riflessione, lungi dall'essere giunta a una piena condivisione da parte degli interpreti, si sta ancora sviluppando»¹⁷. Per questo formula alcune indicazioni al Governo e alle Regioni che considerano tutte le forme di contenzione, incluse quelle riguardanti gli anziani per i quali essa è a volte adottata anche sotto il profilo del mantenimento posturale, e che si basano sulla necessità preliminare di incrementare la ricerca sulla contenzione in rapporto alla cultura dei servizi nonché sulla richiesta di un attento monitoraggio delle prassi quotidiane dei reparti, con specifica attenzione all'appropriata e chiara registrazione di motivazioni, metodi adottati e sviluppo della temporanea applicazione per ciascun caso di ricorso a essa.

Su questa base le raccomandazioni del Comitato di bioetica invitano a «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» e di «promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi

16. Presidenza del Consiglio dei ministri, Comitato nazionale di bioetica, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015, http://bioetica.governo.it/media/170733/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf

17. Cit., pagina II.



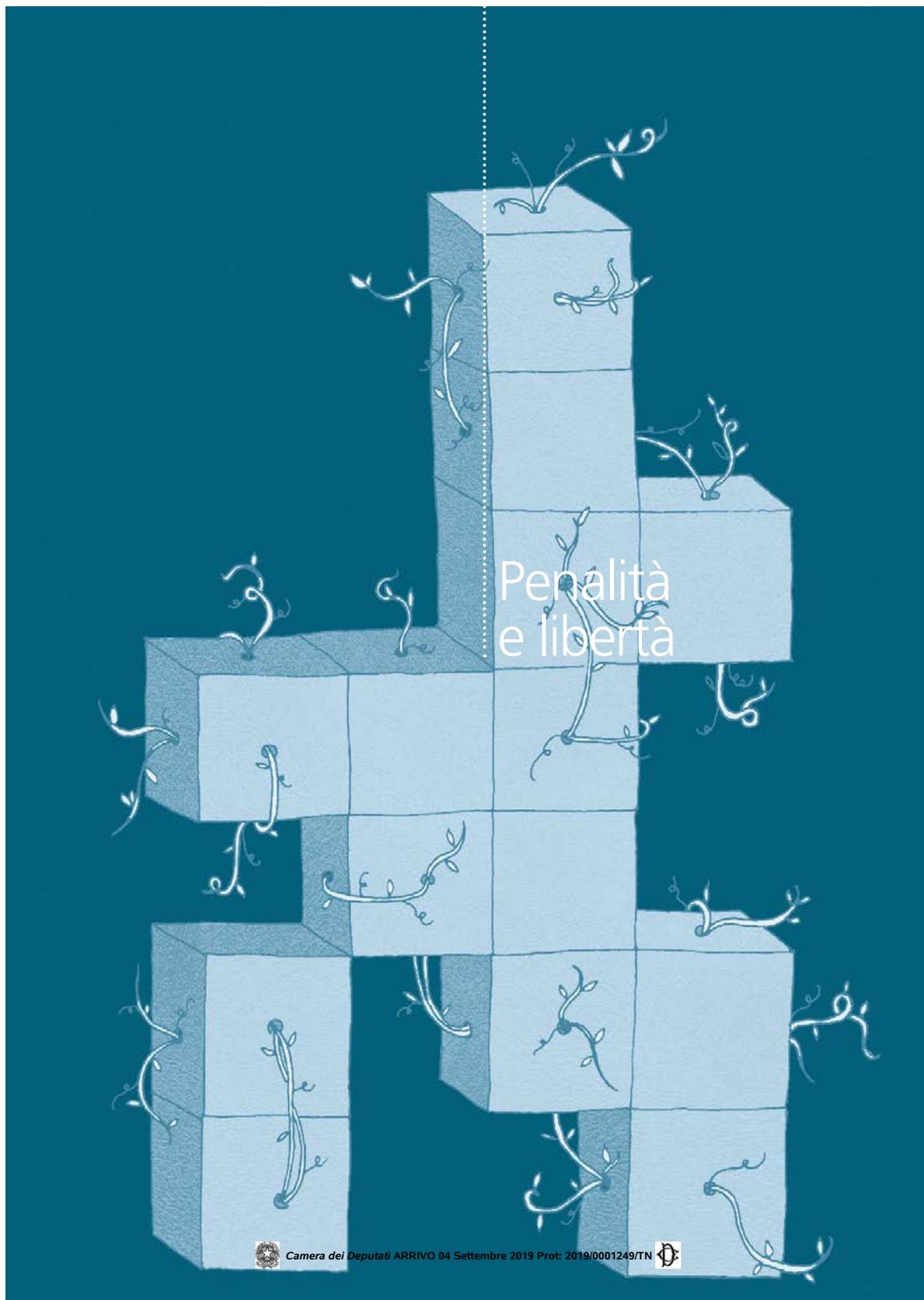
Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Libertà
e salute



e le strutture *no restraint*», oltre a richiedere di «incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti». E ciò vale per tutte le forme di contenzione e per tutti i soggetti a cui esse possano essere applicate, non solo in ambito di acuzie psichiatrica, ma anche in quello, meno oggetto di attenzione, della gestione in residenze di anziani o disabili non in grado di mantenere una postura regolare e tantomeno di reagire.

Le raccomandazioni del Comitato di bioetica invitano a «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» e di «promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture *no restraint*» oltre a richiedere di «incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti».





Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Penalità e libertà

27. La penalità osservata

Nei 191 Istituti penitenziari per adulti, distribuiti sul territorio italiano, con una capienza complessiva di 50.619 posti, le persone detenute alla data del 30 aprile 2018 erano 58.285; un anno prima, nel 2017, erano 56.436, mentre nel 2016 erano 53.725. Numeri dunque in aumento, seppur con un andamento di crescita negli ultimi mesi meno rapido, che descrivono una situazione che occorre tenere scrupolosamente sotto controllo.

Nei 191 Istituti penitenziari per adulti, distribuiti sul territorio italiano, con una capienza complessiva di 50.619 posti, le persone detenute alla data del 30 aprile 2018 erano 58.285; un anno prima, nel 2017, erano 56.436, mentre nel 2016 erano 53.725. Numeri dunque in aumento, seppur con un andamento di crescita negli ultimi mesi meno rapido, che descrivono una situazione che occorre tenere scrupolosamente sotto controllo.

Per questo è obbligo per il Garante nazionale non sottovalutare questi dati e il loro effetto in molti Istituti o in alcune specifiche sezioni anche perché esiste ancora una differenza di circa diecimila posti tra la capienza ufficiale e la presenza di detenuti, pur considerando che i parametri italiani per calcolare la capienza sono ben superiori a quelli suggeriti dagli organi di controllo europei¹. Inoltre, la non uniforme distribuzione del dato nel territorio nazionale – come è ovvio

che sia, date le differenti tipologie di detenuti, le necessità di giustizia nel caso di persone in custodia cautelare, nonché il mantenimento per quanto possibile della “territorialità” dell’esecuzione penale – comporta che in alcune situazioni le presenze raggiungano valori superiori al 150 per cento della capienza regolamentare. È bene ricordare, proprio in ragione dei diversi fattori che non consentono la uniforme e generalizzata distribuzione di detenuti, che il livello di presenza non dovrebbe essere uguale alla capienza, perché non dovrebbe superare all’incirca il suo 85 per cento affinché il sistema non presenti una condizione di sovraffollamento.

Partendo da questo aspetto – al contempo apparentemente computistico e sostanzialmente fondamentale nella vita detentiva – il Garante nazionale ha preparato l’analisi preliminare per le sue

1. L’Italia calcola la capienza regolamentare sulla base del criterio di “abitabilità” delle civili abitazioni, che prevede nove metri quadrati per l’alloggiamento di una singola persona e di ulteriori cinque metri quadrati per ogni ulteriore persona (parametro ribadito dalla circolare ministeriale del 17 novembre 1988 e mai modificato). Tuttavia questo parametro meramente teorico e mai rispettato, è nella pratica recente sostituito dalla certezza, riscontrata in tutte le visite agli Istituti, che assicurare tre metri quadrati a ciascun detenuto sia condizione non solo necessaria, ma anche sufficiente, insomma una sorta di nuovo parametro regolamentare.

Il Garante nazionale ha più volte raccomandato, nei suoi Rapporti sulle visite effettuate, di non considerare il limite di tre metri quadrati per ciascun detenuto come lo spazio “ideale”, ma la soglia al di sotto della quale si ha forte presunzione di violazione dell’articolo 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (Cedu) con il rischio di condanna per trattamento inumano e degradante. Ha altresì ricordato che nel suo documento datato 15 dicembre 2015, il Comitato europeo per la prevenzione della tortura (Cpt) ha previsto come standard sei metri quadrati per la collocazione di una singola persona più quattro metri quadrati per ogni altra persona, con il limite massimo di quattro posti per ogni stanza.

Garante Nazionale
dei diritti delle
persone detenute o
private della libertà
personale
Penalità
e libertà



visite, che ovviamente riguardano molti altri fattori di possibile criticità ed elementi di altrettanto possibile positività, agli Istituti di pena. Ne ha finora (30 aprile 2018) visitati 71, in parte nel contesto di visite regionali a una varietà di strutture di privazione della libertà, in parte con visite *ad hoc* dovute a particolari circostanze o segnalazioni. La preparazione dettagliata, che consente di giungere in un Istituto avendo già una chiara visione dei parametri ufficialmente riportati, è resa possibile dall'accesso ai dati del Ministero della giustizia e del Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria – segnale di grande trasparenza che il Garante apprezza – che consente infatti di monitorare con continuità i dati numerici riportati dagli Istituti e gli eventi che essi segnalano all'Amministrazione centrale. Informazioni importanti, ma ovviamente non sufficienti, perché come più volte riportato, riandando a un numero della rivista *Il Ponte* del 1949, diretta da Pietro Calamandrei, «bisogna aver visto». Ancor meglio è vedere le condizioni della vita detentiva delle persone ristrette così come le condizioni di lavoro del personale che vi opera con quello sguardo cooperativo, ma intrusivo che è proprio del Garante nelle sue visite, peraltro non annunciate.

I Rapporti del Garante a seguito delle visite, inviati in prima istanza alle Amministrazioni competenti e successivamente pubblicati sul proprio sito² insieme alle risposte pervenute, raccontano la realtà del mondo penitenziario attraverso gli occhi delle delegazioni che all'interno di quegli Istituti hanno trascorso ore e giorni per approfondire, capire meglio e verificare ogni informazione, osservazione, denuncia, da qualsiasi parte esse provengano, che hanno esaminato documenti e parlato privatamente con le persone ristrette e tenuto riunioni con il personale. Nei Rapporti sugli Istituti penitenziari – diciassette finora pubblicati, comprendenti, salvo poche eccezioni, più Istituti di una stessa area territoriale – sono riportate anche le Raccomandazioni che il Garante rivolge alle Amministrazioni interessate, al fine di migliorare il livello di tutela dei diritti delle persone private della libertà, in stretta collaborazione con tutti gli attori coinvolti.

Nel corso dell'anno, il Garante ha voluto raccogliere in un testo, *Norme e normalità*, tutte le Raccomandazioni indirizzate nel primo anno e mezzo di attività all'Amministrazione penitenziaria e relative alle visite fatte negli Istituti per adulti. Ne emerge non solo il quadro delle criticità rilevate, ma anche la griglia di osservazione del Garante, strutturata secondo una serie di indicatori: le condizioni materiali e igieniche delle strutture, gli spazi comuni, le sezioni particolari, quelle a regime speciale ex articolo 41 bis o.p., la qualità della vita detentiva e il regime concretamente proposto, i modi con cui sono gestite le criticità e la loro regolare registrazione, la prevenzione e la gestione della radicalizzazione in carcere. Infine, anche il tema del rispetto dei diritti di chi in carcere è ospitato e – tema rilevante non sempre sotto la dovuta lente di attenzione – i diritti di chi vi lavora e le condizioni in cui si realizza tale quotidiano non semplice lavoro.

Ma le visite del Garante non si limitano alla mera verifica della conformità alla normativa nazionale o sovranazionale. Il suo approccio è di tipo olistico: si fonda sulla verifica della complessiva situazione che di fatto si determina e non del singolo provvedimento e del suo presupposto legale. Le Raccomandazioni prendono origine proprio da tale approccio e, pur non avendo efficacia vincolante

I Rapporti del Garante a seguito delle visite raccontano la realtà del mondo penitenziario attraverso gli occhi delle delegazioni che all'interno di quegli Istituti hanno trascorso ore e giorni per approfondire, capire meglio e verificare ogni informazione, osservazione, denuncia, da qualsiasi parte esse provengano, che hanno esaminato documenti e parlato privatamente con le persone ristrette e tenuto riunioni con il personale.

2. www.garantenpl.it

Garante Nazionale
dei diritti delle persone
detenute o private della
libertà personale
Relazione
al Parlamento
2018



Penalità e libertà

diretta, vanno a costruire un sistema di indicazioni pregnanti – a cui spesso ci si riferisce come *soft law* – con un ruolo di *moral suasion* nei confronti delle Istituzioni pubbliche. Obiettivo è arrivare a definire un sistema di standard nazionali elementari degli Istituti penitenziari, che si affianchino e dialoghino con quelli sovranazionali, come le *Regole penitenziarie europee*³, le *Nelson Mandela rules*⁴ e gli standard del Cpt⁵.

Norme e normalità si inserisce in questo percorso, e la positiva accoglienza che ha avuto tra gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria, i magistrati di sorveglianza e anche il mondo accademico rappresenta un segnale importante ed è anche l'espressione di un vuoto che la raccolta delle Raccomandazioni ha in qualche modo colmato. Ma forse sta anche a indicare finalmente un'attenzione diversa al sistema di *soft law* anche nel nostro Paese. Il lavoro di raccolta e sistematizzazione delle Raccomandazioni può essere considerato come parte integrante di questa Relazione, pur affiancandola come pubblicazione autonoma.

28. Le vulnerabilità

La prima attenzione che il Garante nazionale vuole richiamare nella parte di questa Relazione dedicata all'area penale è rivolta ai soggetti vulnerabili.

La prima attenzione che il Garante nazionale vuole richiamare nella parte di questa Relazione dedicata all'area penale – cioè alla privazione della libertà personale a seguito di provvedimento di tale natura – è rivolta ai soggetti vulnerabili. Se, infatti, la privazione della libertà è sempre tema che richiede particolare attenzione circa la scrupolosa tutela dei diritti proprio per la vulnerabilità intrinseca alla situazione di restrizione, è però vero che la necessità dello sguardo e della vigilanza preventiva e protettiva delle Istituzioni deve innanzitutto

direzionarsi ai soggetti già intrinsecamente vulnerabili per altri motivi derivanti dalla loro situazione personale o relazionale. Qualsiasi persona detenuta, indipendentemente dalle ragioni che lo hanno portato alla privazione della libertà, si trova in una situazione di vulnerabilità. Tuttavia, alcune persone detenute o gruppi di detenuti sono particolarmente a rischio e richiedono maggiore attenzione e protezione.

Come è affermato dall'articolo 2 degli *Standard minimi per il trattamento penitenziario* (le cosiddette *Nelson Mandela Rules*), «affinché il principio di non discriminazione venga messo in pratica, le carceri e l'Amministrazione penitenziaria devono tener conto delle esigenze individuali dei detenuti,

3. Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

4. *Standard minimi per il trattamento penitenziario*, Assemblea generale delle Nazioni unite, 19 dicembre 2015.

5. <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards>

