

Consiglio Regionale del Piemonte



F00024987/AC2050-03 23/11/19 CR

**Al Presidente del
Consiglio Regionale del
Piemonte
On. Stefano Allasia**

**Al Presidente della
Giunta regionale del
Piemonte
On. Alberto Cirio**
gabinettopresidenza-giunta@cert.regione.piemonte.it

**All' Assessore alla Sanità, Livelli
Essenziali di Assistenza, Edilizia
sanitaria della
Regione Piemonte
Dr. Luigi Icardi**
sanità@cert.regione.piemonte.it

E, per conoscenza

**Al Dirigente Responsabile del Settore
Programmazione Servizi Sanitari e
Socio Sanitari
Dottor Franco Ripa**
franco.ripa@regione.piemonte.it

**Alla Dirigente Responsabile del
Settore Regole del SSR nei Rapporti
con i Soggetti Erogatori
Dott.ssa Franca Dall'Occo**
franca.dallocco@regione.piemonte.it

***Ill.mi Direttori generali delle Asl
del Piemonte***

**Dr. Valter Galante
Commissario ASL AL**
protocollo@pec.asl.al.it

**Dr. Giovanni Messori Ioli
Commissario ASL AT**
protocollo@pec.asl.at.it

Avv. Diego Poggio
Commissario ASL BI
ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

Dr. Salvatore Brugaletta
Direttore generale ASL CN1
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Dr. Massimo Veglio
Direttore generale ASL CN2
protocollo@aslcn2.legalmail.it

Dr.ssa Arabella Fontana
Direttore generale ASL NO
direzione@asl.novara.it

Dr. Valerio Fabio Alberti
Direttore generale ASL Città di Torino
protocollo@pec.aslcittaditorino.it

Dr. Flavio Boraso
Direttore generale ASL TO3
aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

Dr. Lorenzo Ardisson
Direttore generale ASL TO4
direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Dr. Massimo Uberti
Direttore generale ASL TO5
protocollo@aslto5.piemonte.it

Dr.ssa Chiara Serpieri
Direttore generale ASL VC
direttore.generale@aslvc.piemonte.it

Dr. Angelo Penna
Direttore generale ASL VCO
protocollo@pec.aslvco.it

Ill. ma Direttrice
Divisione Servizi Sociali.
Città di Torino
Dr.ssa Monica Lo Cascio
monica.locascio@comune.torino.it

***Ill.mi Presidenti delle Commissioni di
Vigilanza delle Asl del Piemonte***

Dr. Alessandro Giordano
alessandro.giordano@aslto1.it

Dr. Giuseppe Greco
commissione.vigilanza@aslto3.piemonte.it

Dr. Giovanni Presta
gpresta@aslto4.piemonte.it

Dr Giuseppe Valenza
valenza.giuseppe@aslto5.piemonte.it

Dr Gabriele Bagnasco
ufficio.vigilanza@aslvc.piemonte.it

Dr Gilberto Fasolo
gilberto.fasolo@asibi.piemonte.it

Dr Gianfranco Zulian
gianfranco.zulian@asl.novara.it

Dr Pasquale Toscano
vigilanzasociosanitaria@aslvc.it

Dr Gabriele Ghigo
gabriele.ghigo@aslcn1.it

Dr Luca Monchiero
lmonchiero@aslcn2.it

Dr Alberto Grosso
agrosso@asl.at.it

Dr.ssa Diana Ortolani
dortolani@aslal.it

**Alla Dirigente Responsabile Ufficio
Vigilanza Presidi Socio Assistenziali
Città di Torino
Dott.sa Maria Adelaide Brach Prever
vigilanza.psa@comune.torino.it**

Oggetto: Risultati dell'indagine svolta dall'Ufficio del Difensore civico del Piemonte avente ad oggetto l'utilizzo della contenzione meccanica nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e Case di cura della Regione. Evidenze di una prassi di immobilizzazione continuativa dei pazienti ricoverati.

Suggerimenti per un intervento normativo volto ad incentivare l'impegno delle strutture socio sanitarie orientate alla cura ed alla promozione del benessere dei pazienti anziché alla loro custodia.

Con Legge regionale del Piemonte numero 19/18 veniva affidata al Difensore civico regionale la funzione di Garante per il diritto alla salute, con il compito di verificare la qualità, l'efficienza ed il buon funzionamento della sanità regionale, prevedendosi altresì, con l'articolo 154, che *"In materia sanitaria il Difensore civico ha facoltà di visita nelle strutture sanitarie afferenti al sistema sanitario nazionale e in quelle private in regime di convenzione inserite nel territorio regionale con lo scopo di vigilare su eventuali violazioni della dignità della persona con riferimento a soggetti ivi ricoverati"*.

Sulla scorta di tale previsione questo Difensore civico ha indirizzato, alle Residenze Sanitarie Assistenziali ed alle Case di cura del Piemonte, come già comunicatoVi con lettera del 17 luglio 2019, un interpello volto ad ottenere *"una dettagliata informativa avente ad oggetto la casistica di utilizzo della contenzione meccanica, le ragioni, i criteri e le modalità, anche temporali, con le quali essa sia eventualmente adottata, la descrizione delle caratteristiche della strumentazione eventualmente adoperata (con produzione, ove esistenti, delle relative brochure predisposte dalle ditte produttrici del presidio), l'eventuale adozione di modelli di consenso informato destinati ad essere sottoscritti da familiari*

dei pazienti, l'eventuale utilizzo di prescrizione medica ed infine l'eventuale registrazione nelle cartelle cliniche delle circostanze fin qui indicate".

La presente nota ha lo scopo di informare sui risultati dell'attività di indagine svolta da questo Ufficio e, in ossequio al disposto dell'articolo 8, terzo comma, della legge regionale istitutiva della Difesa civica, viene rassegnata, a titolo di Relazione straordinaria, ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionali ed all'Assessore alla Sanità, contenendo essa anche suggerimenti riguardanti auspicabili iniziative degli Organi istituzionali in indirizzo.

* * *

Prima di passare all'esame dei dati raccolti pare utile svolgere una breve premessa di inquadramento del fenomeno dell'utilizzo della contenzione meccanica nei luoghi di cura.

Si tratta di una pratica che inibisce i movimenti del paziente utilizzando dispositivi e congegni della più varia natura che intervengono sul corpo con diversa intensità, fino a giungere, nei casi più estremi, alla immobilizzazione totale.

I dispositivi più diffusi che hanno sostituito, in tempi recenti, legature artigianali effettuate in precedenza con lenzuola o lacci, sono le cinture addominali per il letto o per la carrozzina, le fasce pelviche, i corsetti con cintura pelvica, le cavigliere, i divaricatori inguinali ma anche congegni di conio più recente, come i c.d. fantasmini che, indossati come una maglia, avvolgono il paziente dal collo ai piedi e, lasciando libere braccia e mani, vanno ad avvolgere l'intero materasso, impedendo al ricoverato di alzarsi dal letto.

Alcuni di questi strumenti manifestano una valenza di ausilio posturale se utilizzati per consentire o facilitare o promuovere una funzione. E' il caso del tavolino servitore nel momento in cui consente di consumare il pranzo o della spondina del letto che può essere di ausilio al paziente per cambiare posizione. O delle carrozzine e delle poltrone

basculanti il cui scopo è il mantenimento della postura e che, se utilizzate appropriatamente, realizzano una concreta alternativa alle cinture addominali od ai tavolini servitori utilizzati scorrettamente.¹ Dunque gli ausili tecnologici, a parte i casi in cui ne è evidente una funzionalità limitata all'immobilizzazione (ad esempio i fantasmini), sono di per sé neutri ma ciò che rileva è l'uso che se ne fa: essi divengono infatti mezzi di contenzione quando vengono utilizzati con finalità custodiali e/o protettive, concretamente immobilizzando la persona o limitandone la facoltà di movimento.

Diverse sono le ragioni sottostanti all'utilizzo dei dispositivi volti a contenere meccanicamente i corpi nei luoghi di cura: prescindendo dall'ipotesi, all'evidenza lecita, in cui l'immobilizzazione viene praticata quale preconditione di sicurezza per interventi diagnostici o chirurgici, qui interessano quelle il cui inquadramento giuridico solleva problemi etici e giuridici di natura complessa. Ad esempio il caso in cui si utilizzi la coazione meccanica per intervenire urgentemente in una situazione pericolosa cagionata dall'aggressività del paziente oppure quello in cui il suo uso sia finalizzato a proteggere dalle cadute ed ancora quando abbia lo scopo di impedire al malato insofferente di liberarsi dei c.d. devices.

In queste ultime eventualità il rischio, tutt'altro che ipotetico, è che esigenze di cura ed esigenze di protezione possano essere assimilate in una dimensione paternalistica noncurante dei diritti della persona; mentre invece *"la valutazione normativa in termini di liceità od illiceità è legata al rispetto delle diverse condizioni e dei limiti, molto rigorosi che l'ordinamento giuridico pone a garanzia delle libertà costituzionali"*². Di quei limiti e di quelle condizioni non si trova infatti traccia *"nel pragmatismo di una valutazione utilitaristica che toglie centralità al*

¹ C.f.r. Livia Bicego, Luci e ombre sulla contenzione: premesse e risultati significativi, in A.A.V.V., *Contro la contenzione*, a cura di Maila Mislej e Livia Bicego, Maggioli Editore, II Edizione, pagina 52

² c.f.r. Giandomenico Dodaro, *Postfazione* a Giovanna Del Giudice, *E tu slegalo subito*, Alpha Beta Edizioni, 2015, pagine 321 e 322.

problema fondamentale della giustificazione di una limitazione della libertà personale”.

Il paternalismo che connota ogni discorso, medico od organizzativo, volto a giustificare l'uso della contenzione nei luoghi di cura ignora infatti, inspiegabilmente, la gravità etica e giuridica del gesto del legare un altro essere umano: inibire, quando non annullare, la libertà di movimento implica non soltanto una violazione del principio dell'*habeas corpus* scolpito nell'articolo 13 della Costituzione ma, anche e soprattutto, una afflizione del corpo e della psiche della persona, idonea a lederne gravemente la dignità e la salute.

Tutto ciò pur volendo lasciare da parte la ancora più inquietante patologia riscontrabile nelle coercizioni effettuate con motivazioni esclusivamente delittuose, ispirate da volontà punitiva o da sadismo, di cui troviamo riscontro in vicende giudiziarie³.

La contenzione meccanica si pratica a volte nei reparti ospedalieri e nelle strutture di pronto soccorso nei confronti degli anziani o dei confusi ma le più consolidate abitudini del suo utilizzo si riscontrano in molti servizi psichiatrici di diagnosi e cura e nella quasi totalità delle residenze sanitarie assistenziali.

Con una rilevante differenza tra questi due ultimi casi: mentre l'uso di congegni meccanici per l'immobilizzazione di un paziente psichiatrico è, normalmente, puntiforme perché collegato all'esigenza di intervenire su di una situazione di pericolo cagionata da una sua condotta aggressiva, l'utilizzo di pratiche di immobilizzazione ai danni di anziani affetti da gravi demenze, è invece di natura continuativa e cresce sistematicamente, in

³ Va segnalata, trattandosi di reati accertati nella nostra Regione, la sentenza 8 settembre 2016 del GUP presso il Tribunale di Vercelli che, giudicando con riguardo a condotte poste in essere all'interno della struttura La Consolata di Borgo d'Ale, riferiva di *"una situazione di estrema gravità, caratterizzata da continue e costanti violenze fisiche, talora anche efferate, commesse da numerosi operatori e infermieri nei confronti di più ricoverati portatori di gravissime disabilità fisiche e psichiche"*. Altrettanto severa la motivazione della sentenza (confermativa) della Corte di Appello di Torino, Sezione II, 10 luglio 2018, secondo cui i fatti commessi integrano: *"spregevoli, continui ed immotivati strappi alla dignità ed alla integrità fisica delle vittime"*.

relazione all'età del paziente ed alla severità del danno cognitivo, fino a divenire permanente.

In conseguenza di svariate ragioni si è sensibilmente accresciuta negli ultimi anni l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti e questo Ufficio, già da tempo impegnato nello stimolare l'inveramento dei percorsi di continuità assistenziale, ha affrontato anche il tema del rispetto dei diritti della persona ricoverata, cui ha dedicato, unitamente al Consiglio regionale del Piemonte, una giornata di studio intitolata *"La dignità negata. La sottaciuta vicenda della contenzione degli anziani non autosufficienti"*⁴.

* * *

In una prospettiva valoriale l'utilizzo della contenzione meccanica con finalità di protezione dei pazienti o, comunque, in nome del loro "bene" si pone in contrasto inconciliabile con il principio del rispetto della dignità della persona che è, in primo luogo, rispetto della dignità del corpo.

A sottolinearlo sono le autorevoli riflessioni formulate dal Comitato Nazionale di Bioetica⁵ che, in più occasioni, ha condannato l'utilizzo della contenzione meccanica al di fuori della, circoscritta quanto tassativa, disciplina dello stato di necessità.

"Nel caso del paziente sottoposto a contenzione meccanica non ci sono scusanti per la violazione dell'autonomia della persona in nome del suo 'bene' e non è perciò appropriato ipotizzare due principi in conflitto, la libertà della persona da un lato, e la (supposta) finalità terapeutica dell'intervento coercitivo, dall'altro. Non si tratta di trovare un bilanciamento tra questi principi . . . quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre una violazione della persona dagli effetti controproducenti. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari

⁴ Una sintesi degli atti è pubblicata nella Relazione annuale di questo Ufficio relativa all'attività svolta nell'anno 2017.

⁵ Plurimi gli interventi del CNB sul tema: *Bioetica e diritti degli anziani, 2006; Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici, 2000; La contenzione: problemi bioetici, 2015.*

possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non solo non toglie forza alla regola della non-contenzione ma soprattutto non modifica i fondamenti del discorso etico”⁶.

Un discorso, quello etico, informato alla valorizzazione della dignità della persona umana nonché alla pregnanza assegnata al principio dell'*habeas corpus* inteso come diritto all'intangibilità ed all'inviolabilità della propria sfera corporea, che ha condotto il CNB non solo a formulare una valutazione di illiceità ma anche ad esprimere un rigoroso rifiuto delle pratiche di contenzione⁷.

Quanto al tema della illiceità penale dell'uso della contenzione meccanica occorre soffermarsi sui contenuti della decisione 50497 del 2018⁸ con cui la V Sezione della Suprema Corte ha stabilito che la immobilizzazione continuativa di un paziente non rientra nel novero degli atti terapeutici ma integra invece la fattispecie del sequestro di persona, salvo che non sia scriminata dallo stato di necessità.

La sentenza, nell'evidenziare come l'atto medico goda di una diretta copertura costituzionale non solo perché frutto della decisione di un sanitario ma in quanto caratterizzato da una finalità terapeutica o diagnostica, rilevante per la cura e la guarigione del paziente, ha osservato come l'uso della contenzione meccanica non possa mai manifestare tali connotazioni *“trattandosi di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente”* e che anzi *“secondo la letteratura scientifica, può concretamente provocare, se non utilizzato con le dovute cautele, lesioni anche gravi all'organismo, determinate non solo dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo, quali abrasioni,*

⁶ CNB. *La contenzione: problemi bioetici*, 2015, pagina 7.

⁷ C.f.r. Stefano Canestrari, *La contenzione: il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica*, in *Liberi dalla Contenzione*, Maggioli Editore, 2017, pagina 35.

⁸ La sentenza è pubblicata integralmente dalla rivista di Diritto Penale Contemporaneo, dicembre 2018, unitamente al commento di Francesco Lazzeri, *Contenzione del paziente psichiatrico e sequestro di persona: l'antigiuridicità è esclusa (solo) entro i ristretti confini dello stato di necessità*.

lacerazioni, strangolamento, ma anche dalla posizione di immobilità forzata cui è costretto il paziente”.

Su questo passaggio della motivazione occorre soffermarsi per evidenziare le conseguenze che, al di là della ricorrenza di fattispecie penali, ne derivano, più in generale, sotto il profilo dell'inquadramento normativo della pratica della contenzione. Se si esclude, come ha stabilito la sentenza, che l'uso della coercizione meccanica possa essere collocato nel novero degli atti terapeutici, rilevando invece sotto il profilo della restrizione della libertà personale, esso soggiace alla disciplina dell'articolo 13 della Costituzione. Essendo insoddisfatte sia la riserva di legge che quella di giurisdizione la contenzione meccanica si pone dunque al di fuori della sfera della liceità.

Ne consegue che tutti i protocolli, le regolamentazioni, gli atti di qualsivoglia tipo e genere che disciplinano l'utilizzo della contenzione meccanica per asserite esigenze di cura e/o di protezione sono a loro volta connotati dallo stigma dell'illiceità.

Per quanto riguarda infine le condizioni per il riconoscimento dell'ipotesi scriminante dello stato di necessità, la Suprema Corte ha poi osservato come *“la massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione può e deve essere disposta dal sanitario (il quale, più degli altri, è per le proprie competenze tecnico-scientifiche a conoscenza dei gravi pregiudizi che l'uso del mezzo contenitivo può provocare alla salute del paziente) solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario, dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente”.*

Espressioni, queste, che palesano una solida sintonia con le tesi della dottrina più sensibile ai valori costituzionali in gioco⁹, secondo cui la causa di giustificazione dello stato di necessità può riguardare esclusivamente fugaci interventi di soccorso ed è in grado di giustificare soltanto una legatura che rimanga circoscritta a una breve fase di

⁹ C.f.r. Dodaro, cit., pagina 332

passaggio indispensabile per calmare il paziente, perché condizione di legittimità dell'atto è la brevità del blocco mentre per il protrarsi della contenzione non sembra possibile prescindere dalle garanzie previste dall'articolo 13 della Costituzione, con la conseguenza di ritenere ogni legatura di lunga durata vietata dalla legge penale. di giurisdizione.

* * *

Venendo ora alle risposte pervenute a seguito dell'interpello effettuato nei confronti delle Residenze sanitarie e della Case di cura del Piemonte e che sono state elaborate da questo Ufficio, si riportano qui di seguito i risultati più rilevanti dell'indagine, sulla scorta del seguente riepilogo:

Strutture interpellate	620
Risposte pervenute	430 (ovvero relative al 69% delle strutture)

Dati ricavati dalle informative:

Utilizzo della contenzione meccanica

406 strutture (ovvero il 94%) segnalano di utilizzarla,

3 strutture (ovvero l' 1%) segnalano di non utilizzarla,

21 strutture (ovvero il 5%) hanno trasmesso al riguardo risposte di incerta interpretazione.

Utilizzo di sponde per il letto

378 strutture (ovvero l'88%) segnalano di utilizzarle,

4 strutture (ovvero l'1%) segnalano di non utilizzarle,

48 strutture (ovvero l'11%) hanno trasmesso al riguardo risposte di incerta interpretazione.

Strumenti utilizzati per la contenzione alla carrozzina/sedia

377 strutture (ovvero l'88%) segnalano di utilizzarli,

5 strutture (ovvero l'1%) segnalano di non utilizzarli,

48 strutture (ovvero l'11%) hanno trasmesso al riguardo risposte di incerta interpretazione.

Strumenti utilizzati per la contenzione al letto

262 strutture (ovvero il 61%) segnalano di utilizzarli,

56 strutture (ovvero il 13%) segnalano di non utilizzarli,

112 strutture (ovvero il 26%) hanno trasmesso al riguardo risposte di incerta interpretazione

Si tratta di risultati che purtroppo concludono una situazione di generalizzato utilizzo delle pratiche di coercizione della persona nelle residenze e nelle case di cura per anziani in Piemonte.

Quanto alle ragioni per le quali ciò avviene, le strutture che hanno risposto all'interpello sono sostanzialmente univoche nel fondarle sulla necessità di *"mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico"*, o sulla opportunità di intervenire quando sia *"in pericolo la sicurezza dell'ospite in quanto soggetto a caduta a ogni tentativo di alzarsi o camminare, a causa di patologie croniche interessanti prevalentemente l'apparato muscolo-scheletrico, spesso associate a decadimento cognitivo con impossibilità di utilizzare altri ausili di protezione quali girelli, tripodii/quadripodi o altro"*.

Quello della prevenzione delle cadute è, peraltro, argomento ricorrente, riferito dalla quasi totalità delle Residenze sanitarie torinesi. In

altra risposta, che pare meritevole di segnalazione perché ancor più cruda, si riferisce infatti che *"la cintura di contenzione al letto viene utilizzata: in caso di agitazione psico-motoria importante, non contenuta adeguatamente dalla terapia farmacologica di base e al bisogno, ove presenti tentativi di scavalcare le sponde al letto, nel caso in cui le sponde al letto non siano sufficienti ad evitare la deambulazione afinalistica in autonomia durante la notte con pericolo di lesione per se stessi e per gli altri utenti, nel caso di pazienti in terapia ipnoinducente, disorientati, con deambulazione precaria e afinalistica che tentano di alzarsi e scavalcare le sponde del letto".*

Ed ancora, in piena sintonia con la Rsa appena citata, si afferma in altra relazione che: *"la contenzione/sicurezza fisica della persona assistita(...) è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto".*

Espressioni queste la cui lettura consente di comprendere come, in un approccio che appare ormai prevalente tra gli operatori, sia assente la percezione della illiceità etica e giuridica dell'utilizzo della contenzione meccanica ed anche la consapevolezza che occorrerebbe invece provvedere continuativamente all'assistenza ed alla sorveglianza costante, anche notturna, dei pazienti.

Evidente, per contro, in queste risposte l'idea che assistenza e sorveglianza possano essere legittimamente sostituite dall'utilizzo della contenzione meccanica, soprattutto nei confronti di pazienti gravemente dementi, come ammesso nell'ultima relazione citata.

Ancor più allarmanti sono le risposte in tema di durata delle contenzioni.

Con candido nitore si riferisce infatti che *“Il mezzo di protezione non può essere imposto per più di 12 ore consecutive”* aggiungendo *“salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto”*. Il che prospetta come la durata delle contenzioni dei non autosufficienti possa essere, nella buona sostanza, illimitata.

Od ancora che *“il medico con l’equipe rivaluta la necessità della contenzione con scadenze di 6 mesi o un anno, o qualora si presentassero cambiamenti significativi delle condizioni cliniche della persona”*.

In altra relazione, fatta pervenire da struttura pubblica, si precisa che *“la scheda di prescrizione della contenzione è comunque rivista e firmata dal medico curante per conferma ogni 3 mesi ed è rinnovata annualmente anche in assenza di modifiche intercorse”¹⁰.*

I dati che si sono fin qui riportati riferiscono non solo di un utilizzo del tutto usuale della contenzione, dunque ordinariamente eccedente rispetto alla sfera della eccezionale copertura di non illiceità contemplata nell’articolo 54 del codice penale, ma anche di una sua durata che, nei casi dei pazienti affetti da gravi forme di demenza, si protrae, del tutto verosimilmente, di notte e di giorno, per mesi e per anni, fino alla morte del ricoverato.

Ciò vuol dire che l’immobilizzazione degli anziani, asseritamente motivata da necessità di cura e di protezione, assume invece le caratteristiche di una vera e propria afflizione corporale, comminata a discrezione degli operatori, sottratta a qualsivoglia garanzia giurisdizionale e diretta nei confronti dei più deboli tra i deboli.

Occorre aggiungere che nella quasi totalità delle risposte pervenute si da atto che ai parenti viene richiesto di sottoscrivere “liberatorie” od “informative”.

Si tratta di atti che coinvolgono i parenti dei pazienti nella responsabilità per le pratiche di contenzione ma che non sono in grado di

¹⁰ Le sottolineature, va da sé, non sono presenti nei testi originali ma sono parse opportune per consentire una più immediata visualizzazione della gravità del fenomeno.

escludere la responsabilità di chi lega. Il diritto alla libertà della persona, dunque il diritto a non essere immobilizzati, è infatti inviolabile e perciò non è nella disponibilità di un parente né in quella del rappresentante legale, ove nominato.

Molte delle relazioni esaminate invocano, nella buona sostanza, la liceità delle contenzioni, anche di lunga durata, sostenendo che esse sono giustificate dall'adempimento dell'obbligo di protezione del paziente e, per tale ragione, sarebbero assimilabili all'atto sanitario.

Come si è già visto esaminando la motivazione della sentenza 50497/18 della Suprema Corte, la tesi è priva di pregio dal punto vista giuridico.

Di fronte ad una realtà che così diffusamente disobbedisce ai principi dell'etica e del diritto, occorre peraltro segnalare che, dalla disamina delle relazioni informative è emerso, in alcuni ma significativi casi, l'avvio di percorsi di revisione sull'utilizzo della contenzione meccanica, definiti come "processi di de-contenzione".

Si veda a titolo di esempio una delle relazioni pervenute, in cui si evidenzia che la "struttura ha intrapreso un cammino anche di tipo culturale e, cogliendo spunto dal movimento che si è originato negli ultimi anni a Trieste, abbiamo iniziato da circa 4 anni un processo di de-contenzione.

Il processo di de-contenzione si è sviluppato attraverso alcuni interventi, mirati specialmente alla contenzione meccanica:

- 1) Dal 2015 ad oggi con cadenza annuale, questa RSA ha raccolto dati e studiato il fenomeno delle cadute dell'anziano, allo scopo di evidenziare come la contenzione fisica, con tutte le limitazioni della libertà e della dignità che ne conseguono, non solo non sia "terapeutica" o "preventiva" sul fenomeno, ma addirittura possa essere, nel caso in cui il fenomeno si verifichi, una importante causa aggravante delle conseguenze che la caduta può generare.*

- 2) *I dati studiati e analizzati sono stati restituiti in interventi di formazione interna rivolti al personale allo scopo di far meglio comprendere come la contenzione sia, talvolta, solo un retaggio culturale associato ad una maggiore sicurezza dell'ospite, ma smentito dagli studi scientifici effettuati in questo campo (...)*
- 3) *Un incontro formativo sul tema, con la restituzione dei dati studiati, è stato anche proposto ai parenti – caregiver ed ai volontari che accedono alla struttura, con lo scopo di far comprendere il ragionamento messo in atto dalla struttura ed informare in merito ad alcuni aspetti fondamentali e tutelanti della dignità e libertà personale. Sono stati riproposti e spiegati i riferimenti normativi costituzionali, dai quali si è iniziato il percorso (...)*
- 4) *L'argomento "contenzione" è sovente oggetto di riflessione nelle riunioni periodiche organizzative tra Direzione Strutturale, Direzione Sanitaria, Infermieri e Fisioterapisti: in queste riunioni vengono richiamati anche i principi espressi nei codici deontologici delle professioni sanitarie, gli atti deliberativi della Cassazione o le espressioni di istituzioni autorevoli come ad es. il Comitato Nazionale di Bioetica. Spesso emerge quanto la strada sia difficile e tortuosa, nel far comprendere a parenti (o caregiver), talvolta anche ad operatori del settore, le evidenze risultanti dagli studi scientifici condotti sull'argomento.*

Il processo di revisione interno sull'uso della contenzione meccanica, intrapreso da questa RSA, ha dato ottimi risultati e, ad oggi, riteniamo di utilizzare la contenzione meccanica in casi sporadici ed in funzione di una necessità clinica, sempre a seguito di attenta valutazione multidisciplinare.

Il criterio comune è quello di non contenere fisicamente nessuno se non sopraggiungono le tipiche caratteristiche dello stato di necessità (ad

es. stati di agitazione psicomotoria non diversamente contenibili che rappresentino un reale pericolo di danno grave a se o ad altri).

La modalità di utilizzo (qualora la situazione risponda al criterio) è subordinata a riunione interdisciplinare nella quale si discutono: tipologia di contenzione e durata. La valutazione è funzionale all'individuazione della minore invasività del mezzo di contenzione e applicato per il minor tempo possibile utile a superare lo stato di necessità.

La relazione da conto altresì della ricerca di "Strategie alternative alla contenzione fisica", rappresentando che " . . . sono state adottate le seguenti modalità alternative: I. Dotazione di letti ad hoc per le persone con deficit cognitivi (..); questi letti hanno la particolarità di essere abbattibili a terra riducendo al minimo la possibilità di caduta da letto con trauma (...) II. Dotazione di tracker GPS per persone che tendono a fuggire (...) III. Dotazione di poltrona reclinabile (...) la poltrona reclinabile consente una soluzione di facile utilizzo permettendo all'ospite a rischio di rimanere seduto in un ambiente sorvegliato senza la necessità di applicare mezzi di contenzione".

* * *

L'esame delle risposte pervenute e dei dati preoccupanti che da esse si ricavano induce ad interrogarsi sulle ragioni che determinano un tale ingravescente ricorso ad immobilizzazioni continuative di anziani non autosufficienti all'interno di quelle strutture che sarebbero invece destinate a "fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero"¹¹.

La prima spiegazione di quel che accade è ben approfondita da Livia Bicego¹² in una recente riflessione e si riferisce, più in generale, al tema delle problematiche cagionate dall'istituzionalizzazione: "(...) Negli istituti per anziani a volte sembra di assistere ad una eccedenza di corpi. Corpi da

¹¹ C.f.r. D.P.C.M 22 dicembre 1989, "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e delle Province Autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali", Allegato A

¹² Livia Bicego, cit., pagina 55

controllare e contenere. Corpi per i quali si è persa l'attenzione, dei quali si è scordata l'importanza, si è smarrita la storia, non se ne apprezza più saggezza e valore. Corpi con i quali non si sa che cosa fare. Contenere è uno dei modi per risolvere, nascondere e dimenticare (...)"

Si appunta poi sulle criticità dell'organizzazione: " *A volte ci troviamo di fronte al tentativo di compensare la relazione, la cura e l'assistenza con modalità di controllo (...) si ricorre alla contenzione per rispondere - senz'anima e nel modo più semplice- a diffuse carenze e disfunzioni organizzative. Si tenta di colmare i limiti delle dotazioni organiche, degli strumenti e delle soluzioni professionali, incapaci di rispondere con qualità alle esigenze assistenziali e di cura delle persone".*

Terminando infine l'analisi con un riferimento alla spersonalizzazione del rapporto tra operatore e persona in cura: "(...) *ci troviamo di fronte a una sostanziale incapacità professionale di continuare a riconoscere l'anziano come persona e, in quanto tale, titolare di diritti e doveri, meritevole di rispetto e dignità a prescindere dall'eventuale condizione di fragilità fisica, psichica o sociale (...)"*

Spunti per individuare le cause di ciò che sta accadendo devono essere però rintracciati anche in altri fattori.

In primo luogo va considerata l'enfatizzazione, da parte della giurisprudenza, della posizione di garanzia dei sanitari in relazione all'incolumità dei pazienti, con il conseguente ingenerarsi in medici ed infermieri del timore di essere chiamati a rispondere per le cadute dei ricoverati nell'ipotesi in cui si sia omesso il ricorso a mezzi di contenzione farmacologica o fisica¹³.

Meglio, allora, eliminare *in radice* ogni rischio, legando, più o meno permanentemente, il soggetto a rischio di cadute.

¹³ C.f.r. Intervento del Professor Davide Petrini al convegno "La dignità negata. La sottaciuta vicenda della contenzione degli anziani non autosufficienti", pubblicato nella Relazione del Difensore civico del Piemonte relativa all'attività svolta nell'anno 2017.

A ciò si aggiunga il grave equivoco diffusosi tra gli operatori a seguito della emanazione della Circolare del Ministero della Salute, numero 13 del novembre 2011, intitolata *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*.

Malinteso conseguente alla paradossale formulazione del punto 5.3.5 della Circolare, intitolato *“Limitazioni della contenzione”*, che dopo aver esattamente osservato come in letteratura non vi sia alcuna evidenza del fatto che l’uso della contenzione meccanica protegga i pazienti dalle cadute, ne ammette *“un utilizzo limitato ai casi strettamente necessari, col sostegno della prescrizione medica, di documentate valutazioni assistenziali e per il tempo minimo indispensabile”*.

La erronea previsione contenuta nella circolare, al di là del suo scarso o nullo valore giuridico, ha giocato certamente un ruolo culturale nella giustificazione della contenzione meccanica, inducendo nei responsabili delle strutture assistenziali e negli operatori tutti un atteggiamento di deresponsabilizzazione che li sollecita ad optare per le soluzioni meno onerose e più comode dal punto di vista organizzativo. Ne è prova il fatto che le ragioni addotte dalle strutture interpellate a giustificazione dell’utilizzo della contenzione sono, nella totalità dei casi esaminati, sovrapponibili ai contenuti della citata fonte regolamentare.

Da ultimo: il costo per la degenza giornaliera in un ospedale è da tre a cinque volte superiore a quello della degenza nelle Residenze sanitarie ma la evidente sproporzione tra i due valori può essere spiegata solo in parte dalla diversa natura dei servizi offerti.

La sproporzione deriva infatti anche dall’insufficienza della spesa destinata alla cura ed all’assistenza dei pazienti non autosufficienti. Nelle strutture destinate ai più fragili la quota principale dei costi è data dal personale dedicato all’assistenza¹⁴: ne consegue che, in un’ottica di risparmio, la più significativa contrazione della spesa non può che colpire

¹⁴ C.f.r. Franco Pesaresi, Quanto costa l’Rsa ?, Maggioli Editore, 2016, pag. 17

anzitutto quella per i dipendenti, con inevitabile ricaduta in termini di minor accudimento e minore assistenza rispetto a quanto occorrerebbe.

Sul punto vanno segnalate le osservazioni formulate dal Presidente regionale di Anaste che, in una nota fatta pervenire a questo Ufficio in data 4 giugno 2019¹⁵ lamentava, tra l'altro, ". . . *il sottofinanziamento del settore socio-sanitario delle R.S.A. consistente nel fatto che ai sensi della D.G.R 85-6287 del 2 agosto 2013 le ns. tariffe sono state ridotte del 5% e non sono state più adeguate annualmente al tasso di inflazione reale. . .*"

* * *

Nella consapevolezza della complessità delle ragioni causative del ricorso all'utilizzo della contenzione meccanica, cui, come si è visto, contribuiscono fattori tra loro assai diversi, pare utile a questo Difensore civico differenziare anche le proposte riguardanti gli auspicabili rimedi volti a favorire il superamento della contenzione.

Con nota del 5 novembre scorso si è dunque suggerito ai Presidenti della Camera e del Senato della Repubblica, nonché al Presidente del Consiglio ed al Ministro della Salute, di valutare l'opportunità dell'adozione di provvedimenti normativi aventi lo scopo di contrastare il fenomeno dell'utilizzo delle pratiche coercitive nei luoghi di cura.

La presente Relazione è ora rivolta a rassegnare all'attenzione delle S.S.L.L. i risultati definitivi dell'indagine effettuata da questo Ufficio ed a formulare una proposta di intervento normativo circoscritta alle materie di competenza regionale.

Si intende suggerire, in questa sede, l'adozione di una riforma della regolamentazione regionale con riferimento al sistema delle tariffe per le Rsa, più precisamente con riferimento alla voce costi socio sanitari, che preveda meccanismi di premialità nei confronti delle strutture che si siano

¹⁵ La nota faceva seguito ad un incontro consultivo svoltosi tra questo Difensore civico ed il Presidente regionale di Anaste, Michele Assandri, avente ad oggetto il tema della contenzione

impegnate o che si impegnino ad abbandonare l'utilizzo della contenzione meccanica.

Le buone pratiche realizzate in alcune realtà illuminate hanno infatti dimostrato concretamente come siano realizzabili strategie alternative alla contenzione: si tratta però, evidentemente, di interventi che comportano investimenti strutturali ed organizzativi, nella formazione, nella personalizzazione degli interventi, nell'attenzione agli ambienti ed agli ausili, nel perseguimento di un rapporto adeguato tra persone in carico ed operatori, in una parola nella umanizzazione degli approcci e dei processi, con l'obiettivo di **orientare le strutture alla cura ed alla promozione del benessere e dell'autonomia dei pazienti anziché alla loro custodia**¹⁶.

Certo, l'eliminazione dell'utilizzo della contenzione meccanica richiede un'articolazione di passaggi attuativi, tutti contrassegnati da un indispensabile cambiamento culturale: *"l'intenzionalità forte a tutti i livelli istituzionali, dirigenziali e manageriali, l'intervento sui modelli organizzativi assumendo come prioritaria la centralità della persona in ogni componente e dimensione, la formazione al personale continua ed anche sul campo"*¹⁷.

Non si può peraltro sottacere che la concezione tradizionale della cura e dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è entrata in una crisi irreversibile perché, al contrario di quanto fino a non molto tempo fa si pensava, la persona anziana in condizioni di fragilità necessita di complesse modalità assistenziali, competenze specialistiche e dotazioni non ordinarie.

Dunque occorre modificare anche il paradigma della cura, indirizzandolo verso strategie professionali innovative basate sullo sviluppo del pensiero critico attraverso l'osservazione, l'identificazione e la gestione delle situazioni più critiche e a rischio di cattive pratiche.¹⁸

¹⁶ Bicego, cit., pagina 93

¹⁷ Ivi, pagina 82

¹⁸ Ivi, pagina 83

Si prenda ad esempio il tema delle risorse strutturali delle Rsa che, certamente, si colloca tra i fattori di cambiamento più importanti nel rendere possibile il contrasto all'utilizzo della contenzione.

Occorre dotare le strutture dei migliori supporti per la postura, di sedie o poltrone con seduta più o meno profonda, schienale alto e ad inclinazioni variabili, a dondolo o basculante, con ruote rimovibili o bloccabili, di sollevatori meccanici (anche per la salute degli operatori), di letti ad altezza variabile personalizzata alla statura del soggetto che opera, del trapezio per agevolare la mobilità, di tappeti morbidi da porre a terra accanto al letto, di sedie e poltrone da posizionare a fianco del letto al fine di facilitare l'autonomia dei passaggi, di pavimenti dotati di strisce antiscivolo soprattutto in prossimità del letto, di spondine divise in due parti ed abbassabili, di carrozzine modificate e personalizzate.¹⁹

Attenzione: le scelte riguardanti l'ausilio da adottare, il suo uso corretto e la verifica della sua efficacia richiedono un percorso di valutazione ed un addestramento che dovrà essere fornito da un fisioterapista specializzato nella materia²⁰. Ecco perché, altrettanto importante è la formazione, indispensabile per poter utilizzare le risorse alternative ed innovative ma utile anche nel contrasto all'autoreferenzialità ed alla chiusura mentale tanto spesso sostegno delle cattive pratiche.

Valga per tutti l'esempio del *wandering* rispetto al quale meglio si mostra l'utilità di un'adeguata combinazione tra modifiche nell'organizzazione e formazione²¹, come osserva Livia Bicego. L'espressione anglosassone si riferisce all'incessante pulsione a deambulare che, normalmente, è associata a disturbi della sfera cognitiva e può risultare causativa di tentativi di fuga del paziente, così producendo una tra le più frequenti situazioni in cui nelle strutture si ricorre alla contenzione. Eppure è

¹⁹ Bicego, cit., pagina 82

²⁰ C.f.r. Gilberto Cherri, Ausilio per la funzione o la postura o mezzo di contenzione?, in A.A.V.V., Contro la contenzione, a cura di Maila Mislej e Livia Bicego, Maggioli Editore, II Edizione, pagina 107

²¹ Bicego, cit., pagina 79

evidente l'enorme frustrazione che le persone affette dall'incessante pulsione a deambulare si trovano a vivere se costrette all'immobilità. *"Forse non esiste -ci ricorda l'autrice- tortura maggiore di quella che vede insoddisfatto un bisogno impellente. Pensiamo, solo per un momento, alla sete e al bisogno di bere, al prurito e al bisogno di grattarsi".*

Le risposte che consentono di accogliere questo disturbo e di rispondere ad esso, rinunciando all'immobilizzazione del paziente, sono anzitutto di natura organizzativa perché occorre disporre di personale di supporto e di sostegno, anche eventualmente composto da volontari o familiari che assistano nella deambulazione, ed anche individuare spazi idonei all'interno o all'esterno della struttura. Esse coinvolgono però anche la sfera della formazione, dovendosi attrezzare culturalmente gli operatori della struttura e gli eventuali volontari o familiari a prestare una assistenza che non può evidentemente prescindere dalla conoscenza delle caratteristiche della pulsione a deambulare, delle cause che la scatenano e delle tecniche indispensabili all'accompagnamento del paziente deambulante.

Pare a chi scrive, conclusivamente, che il superamento della contenzione meccanica sia obiettivo raggiungibile solo a condizione di un adeguato investimento, anzitutto culturale, ma anche di aggiornamento della spesa destinata alla cura ed alla assistenza dei pazienti anziani non autosufficienti.

Allo scopo di evitare il rischio di un inefficace utilizzo di risorse, sembrerebbe però opportuno individuare meccanismi di incentivazione destinati alle sole strutture concretamente operose nella rinuncia all'utilizzo della contenzione meccanica.

Quanto alla verifica dei risultati ottenuti questa potrebbe essere affidata alle Commissioni di Vigilanza, sulla scorta di una valutazione del sequenziale raggiungimento di una pluralità di obiettivi virtuosi che potrebbero essere assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali ed alle Case di cura in sede di previsione normativa.

Rimanendo a disposizione, prego di gradire, con l'occasione, i miei migliori saluti.

IL DIFENSORE CIVICO
Avv. Augusto Fierro