

ABSTRACT

N.1
GENNAIO
2017

A BUON
DIRITTO
Quaderni

“CONTENERE” LA **CONTENZIONE** **MECCANICA** IN ITALIA



*Primo rapporto sui diritti
negati dalla pratica
di legare coercitivamente
i pazienti psichiatrici nei SPDC*



A BUON
DIRITTO
associazione per le libertà

La realizzazione di questa prima parte dell'indagine si è avvalsa di un contributo per attività di ricerca, concesso dalla *Compagnia di San Paolo* di Torino e dell'*Otto per mille alla Chiesa Valdese*

“Contenere” la contenzione meccanica in Italia
*Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare
coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC*

A Buon Diritto, Associazione per le libertà

a c. di Sergio Mauceri

Con il sostegno di



Sommario

Prefazione	15
di Luigi Manconi (<i>Presidente di A Buon Diritto – Associazione per le libertà</i>)	
Introduzione – La rilevanza scientifico-pragmatica del fenomeno della contenzione in psichiatria	17
di Sergio Mauceri (<i>Sapienza Università di Roma</i>)	
Cap. 1 - Il quadro giuridico-normativo e i regolamenti sulla contenzione meccanica	25
di Valentina Calderone e Lorenzo Fanoli (<i>A Buon Diritto</i>)	
Cap. 2 – L’analisi della contenzione meccanica in una prospettiva multidisciplinare	31
di Andrea Taddei (<i>Sapienza Università di Roma</i>)	
Cap. 3 - La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica	37
di Sergio Mauceri	
Cap. 4 - Biografie della contenzione. Una traccia di lettura tra vissuti, rappresentazioni e ipotesi interpretative	43
di Susanna Ronconi (<i>Ricercatrice</i>)	
Conclusioni: Dal quadro di sfondo alle linee di ricerca-intervento future	55
di Sergio Mauceri	
Riferimenti bibliografici	59
Note sugli autori	69

Sintesi del report di ricerca

La graduale chiusura degli ospedali psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichiatrico acuto avvenisse all'interno di reparti interni alle strutture ospedaliere, denominati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). In questi reparti ospedalieri, che costituiscono parte integrante dei DSM, è a tutt'oggi molto diffuso l'uso delle pratiche di contenzione, delle quali ci si avvaleva già all'interno delle istituzioni totali manicomiali.

In ambito medico-psichiatrico la contenzione può essere definita come l'insieme di quei mezzi fisici-chimico-ambientali che si applicano coercitivamente al paziente allo scopo di limitare la sua capacità di movimento volontario (cfr. Belloi, 2000). Esistono diversi tipi di contenzione, spesso utilizzati in maniera combinata, suddivisibili a loro volta, a seconda del mezzo utilizzato, nel seguente modo:

- la contenzione fisica, realizzata per immobilizzare fisicamente i movimenti del paziente senza fare uso di alcun presidio o supporto diverso dai mezzi fisici di cui dispone chi opera questo tipo di contenzione;
- la contenzione meccanica, la quale consiste nel legare i polsi e le caviglie del paziente, attraverso l'uso di quattro fasce generalmente con chiusura metallica, per immobilizzarlo al letto di ospedale (letto di contenzione) o nell'applicazione di presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- la contenzione farmacologica chimica, attraverso la somministrazione al paziente di alti dosaggi di farmaci, come tranquillanti e sedativi, in modo da ridurre la capacità di vigilanza del paziente e quindi anche la capacità di muoversi liberamente;
- la contenzione ambientale, attuata tramite cambiamenti apportati all'ambiente in cui si trova il soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti, come ad esempio la segregazione del paziente in ambienti chiusi e sorvegliati;

La presente indagine si concentrerà specificatamente sugli usi della *contenzione meccanica* nei Spdc, per quanto sia da precisare che i Spdc non sono gli unici luoghi nei quali si lega: i servizi di neuropsichiatria infantile, le residenze sanitarie assistenziali (Rsa), i reparti di medicina e quelli geriatrici, i pronto soccorso, le Rems, le case di cura private e le comunità terapeutiche, sono tutte strutture all'interno delle quali talvolta (più o meno frequentemente, a seconda della cultura e delle pratiche degli operatori) i pazienti vengono contenuti con vari mezzi.

La contenzione meccanica è una modalità largamente utilizzata in psichiatria per la gestione degli episodi di agitazione e aggressività all'interno dei SPDC (Rossi, a. c. di, 2015)¹. Secondo una ricerca (Progres Acuti) condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità presso un campione di SPDC sull'intero territorio nazionale, nel 60% dei casi le strutture facevano ricorso a pratiche di contenzione meccanica e in oltre il 70% erano presenti gli strumenti idonei per farvi ricorso (Dell'Acqua et al., 2007)². Come riferisce lo psichiatra Vittorio Ferioli, in un articolo scientifico dedicato specificatamente alla contenzione meccanica, "nei reparti psichiatrici per acuti, in Italia, avvengono in media 20 contenzioni ogni 100 ricoveri e queste riguardano

1 Rossi S., a cura di, (2015), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

2 Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), «Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"», *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 26-39.

11 pazienti ogni 100 ricoverati” (2013, p. 30)³. Per quanto i dati appena riportati siano utili a inquadrare il fenomeno, si tratta di stime, dal momento che l’istituzione nei SPDC di registri per il monitoraggio delle contenzioni praticate (disciplinati a livello regionale) non è stata seguita da una centralizzazione (né nazionale, né regionale) della raccolta e analisi dei dati registrati nei singoli SPDC, come era invece auspicabile avvenisse, anche in relazione a esigenze di controllo dei casi di uso indiscriminato. Molti manuali psichiatrici (anche internazionali) precisano che la contenzione meccanica non è una pratica terapeutica, ma una misura coercitiva di controllo del movimento che dovrebbe essere utilizzata esclusivamente come risorsa estrema e solo nei casi in cui l’operatore sanitario valuti oculatamente la mancata possibilità di intervenire in altro modo per evitare che la persona arrechi danno a se stessa o agli altri. A questo riguardo, la *White Paper of the Council of Europe* riporta: “L’uso di brevi periodi di *contenzione fisica* (blocco fisico non prolungato) dovrebbe tener conto del rapporto rischi/benefici e la *contenzione meccanica* dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa e solo in casi eccezionali per periodi prolungati” (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe, 2005)⁴.

La contenzione meccanica dei pazienti psichiatrici, in situazioni di emergenza, è ancora oggi una delle questioni più controverse e dibattute in Italia e nella comunità internazionale relativamente all’assistenza psichiatrica (Sangiorgio e Sarlato, 2007)⁵. Infatti, la pratica della contenzione solleva una grande quantità di problemi di ordine etico-deontologico, tecnico-clinico, giuridico e medico-legale. Se esistono posizioni, in ambito giuridico e psichiatrico, che assimilano la contenzione meccanica a una pratica (da utilizzare in stato di necessità), in assenza della quale si configurerebbe un rischio di abbandono di incapace (Cerasoli, 2007)⁶, molto diffusa è la posizione alternativa che sostiene la illegittimità etica e giuridico-costituzionale di questo strumento, che ne nega la valenza medica o terapeutica e che considera il suo (ab)uso, come passibile di integrare il delitto di sequestro di persona e, secondo le circostanze, quello di violenza privata e di maltrattamenti (Grassi e Ramacciotti 2009⁷; Dodaro, 2011⁸; Ferioli 2013⁹).

Afferendo a quest’ultima posizione, Grassi e Ramacciotti sostengono:

Una psichiatria senza contenzione costituisce un obbligo giuridico e prima ancora deontologico. Vi sono situazioni in cui è consentito, anzi doveroso, intervenire su una persona con la forza fisica [...]. Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, giustificato dall’art. 54 del codice penale [...]. La contenzione meccanica, oltre a essere illecita, è anche segnale dell’inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria ove sia praticata [...] ancor più ingiustificata quando abbia luogo presso strutture quali i centri di diagnosi e cura, istituite proprio allo scopo di far fronte a situazioni di crisi (2009, p. 15)¹⁰.

Tuttavia se, da un lato, si può affermare che esistano riflessioni, dibattiti e iniziative per comprendere, prevenire e regolare il ricorso a pratiche contenitive in ambito psichiatrico, è altrettanto vero che tutto ciò

3 Ferioli V. (2013), «Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psico-dinamici», *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1): 29-44.

4 Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005), «White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishments», Council of Europe.

5 Sangiorgio P, Sarlato C. (2008/2009), «Physical restraint in general hospital psychiatric units in the metropolitan area of Rome», *International Journal of Mental Health*, 37: 3-16 (Versione italiana reperibile su: *La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell’area metropolitana di Roma*, www.psychomedia.it).

6 Cerasoli S. (2007), «Il consenso informato e le misure di contenzione», *Persona e danno*, www.personaedanno.it.

7 Grassi L., Ramacciotti F. (2009), «La contenzione dell’infermo di mente e del tossicodipendente», www.Ristretti.it/area studio/salute/mentale/contenzione.htm.

8 Dodaro, G. (2011), *La Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*. Franco Angeli, Milano, 2011.

9 Op. cit.

10 Op. cit.

riguarda solo un insieme limitato di persone, prevalentemente composto da addetti ai lavori, professionisti in ambito terapeutico, associazioni impegnate nella tutela dei diritti umani. E, anche se solo di rado, si arriva a giustificarne pienamente il ricorso, la contenzione meccanica continua a rimanere pratica routinaria che avviene nel pressoché assoluto silenzio della politica, delle comunità professionali e dell'intero corpo sociale.

Le motivazioni di questa disattenzione sono molteplici e profonde, derivanti da un pensiero mai superato, secondo il quale l'essere umano nel momento della sofferenza mentale non è più titolare di integrità e di dignità e, conseguentemente, di diritti, come se la malattia mentale rendesse incapaci di intendere, di volere e perfino di percepire la sofferenza aggiuntiva provocata dalle pratiche contenitive. Una convinzione errata che si esprime dichiarando una sorta di "inevitabilità del male" alla quale si può rispondere, necessariamente, solo attraverso l'isolamento e l'annullamento della persona.

Che il ricorso frequente alla contenzione sia associato, anche, a disfunzionalità interne alle strutture, che rendono incapace il personale medico-infermieristico di far fronte a situazioni che richiederebbero cure psico-relazionali, piuttosto che l'esercizio della limitazione della libertà di movimento, è attestato dal fatto che l'uso di interventi coercitivi è stato più volte selezionato in ambito scientifico come indicatore della carenza di qualità del trattamento dei pazienti ricoverati (*International Quality Indicator Project*; Strout, 2010¹¹). Tuttavia, invocare lo stato di disfunzione dei servizi psichiatrici costituisce una pratica retorica spesso utilizzata dallo staff medico-ospedaliero a giustificazione degli abusi e dell'uso indiscriminato della contenzione.

La rilevanza rispetto all'avvio di un progetto di indagine interdisciplinare che si dedichi specificatamente a questo tipo di contenzione in ambito psichiatrico risiede in diversi ordini di ragioni psico-giuridico-medico-etico-sociali:

- *La violazione dei principi costituzionali*: l'art. 13 della Costituzione afferma "l'inviolabilità della libertà personale (...) se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge" e rende sanzionabile "ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà".
- *Il vuoto legislativo*: tra i giuristi non vi è accordo sull'esistenza o meno di norme all'interno del nostro ordinamento che prevedano e disciplinino la contenzione. *La legge 180 del 1978*, comunemente denominata "legge Basaglia" di riforma del sistema manicomiale italiano, non esclude (ma neanche autorizza e disciplina) il ricorso a questa forma di misura coercitiva; pertanto, l'utilizzo della contenzione meccanica continua a essere citato nella storia della giurisprudenza italiana dal solo art. 60 del regolamento manicomiale *del regio decreto del 1909*¹². Risulta anomalo che nonostante le strutture manicomiali non esistano più e che lo stesso articolo si fosse rivelato inadeguato, nelle stesse istituzioni totali, a riservare ai soli casi "eccezionali" l'uso della contenzione, questa pratica neo-manicomiale continui a imperversare entro i reparti delle moderne strutture ospedaliere. Come sostenuto dalla maggior parte degli autori (cfr. Dodaro, 2011)¹³, il decreto regio del 1909 è stato di fatto abolito con la riforma psichiatrica del 1978, così che attualmente nel nostro ordinamento non c'è alcuna disposizione di legge che, implicitamente o esplicitamente, autorizzi l'uso di mezzi di contenzione. Il "vuoto" normativo rende più probabile l'uso improprio e frequente della contenzione. Diversi studi scientifici internazionali dimostrano che

11 Strout T.D. (2010), «Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature», *International Journal of Mental Health Nursing*, 19: 416-27.

12 Tale art. dispone: "Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da £. 12.000 a £. 40.000 senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal codice penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente".

13 Op. cit.

aumentare la regolamentazione (anche interna all'ambito psichiatrico-ospedaliero) per la identificazione precoce e per la gestione efficace dei comportamenti problematici, come anche per il monitoraggio "uno a uno" dei pazienti contenuti, fa sì che possa diminuire del 50% il numero e la durata degli episodi di contenzione (Currier e Farley-Toombs, 2002)¹⁴. D'altra parte, come si avrà modo di osservare, la stessa regolamentazione suscita dubbi tra chi teme che normare la contenzione meccanica tacitamente equivarrebbe a legittimarla, il che apre un crinale che non autorizza a considerare il vuoto legislativo necessariamente come qualcosa di assolutamente negativo rispetto all'ipotesi di una eliminazione futura di questa pratica.

- *L'uso improprio*: anche se si volesse sostenere la legittimità del ricorso alla contenzione in casi eccezionali, laddove si palesino rischi reali di incolumità del paziente o di altre persone, come documentato dalle narrazioni di soggetti che hanno vissuto questa esperienza all'interno di SPDC (Manicardi, 2008)¹⁵ e dai casi documentati in ambito giuridico o dalla cronaca, della contenzione meccanica se ne fa spesso uso indiscriminato e/o negligente. Non di rado le si attribuisce la valenza di uno strumento punitivo e/o senza rispettare elementari cautele che presiedono al suo utilizzo, tra le quali figura anche l'obbligo di una valutazione medica dello stato di salute del paziente (in particolare della condizione cardiovascolare) prima dell'applicazione e di un'assistenza continuativa durante la contenzione. Inoltre, la contenzione dovrebbe essere applicata per brevi lassi di tempo, quando invece si arriva ad applicarla anche per periodi di una settimana o più. Proprio l'incuria nel rispetto delle accortezze mediche nel suo uso hanno determinato i diversi casi di decesso e di denuncia, che si sono succeduti nel corso degli anni.
- *I rischi psico-fisici per il paziente*: con una probabilità che dipende dalla durata e modalità della contenzione e dallo stato di salute anteriore del paziente, oltre ai rischi fisici (asfissia, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, traumi articolari, traumi dei tessuti cutanei, infezioni a carico dell'apparato respiratorio, rischi di decesso in seguito a un periodo prolungato di agitazione psicomotoria, etc.), sono documentati rischi di disfunzioni psicosociali associati alla contenzione meccanica, quali: aumento della confusione, compromissione della propria dignità personale e senso di vergogna, depressione, traumi da stress psico-fisico, paura, prostrazione e rassegnazione rispetto alle possibilità percepite di guarigione, riduzione dell'autonomia assistenziale e nel prendere iniziative, aumento dell'aggressività e dell'agitazione nel tentativo di liberarsi, maggiore durata della degenza, declino del comportamento sociale e cognitivo, rievocazione di traumi da violenza pregressi (Hillard e Zitek, 2005¹⁶; Catanesi, Ferrarini e Peloso, 2006¹⁷; Strout, 2010¹⁸). La circolarità perversa che si può innescare è che lo stato di agitazione che determina la decisione di contenere un paziente possa essere sollecitato dalle stesse condizioni socio-ambientali-relazionali interne ai SPDC e che, a sua volta, la contenzione sia ipoteticamente a rischio di acutizzare lo stato di dissociazione dalla realtà o confusione che ha giustificato il ricovero ospedaliero volontario o coatto della persona, restituendo alla libertà una persona in condizioni psico-fisiche peggiori rispetto al momento del ricovero, con tutte le conseguenze che questo comporta.
- *La mancata necessità*: che la contenzione meccanica possa essere evitata è desumibile dal fatto che, a parità di situazioni di emergenza, esistono strutture ospedaliere pubbliche italiane o in altre nazioni europee (ad es. Gran Bretagna) che non ne fanno uso, così come nel 2006 è stato fondato in Italia un Club

14 Currier, G.W., Farley-Toombs C. (2002), «Datapoints: Use of Restraint Before and After Implementation of the New HCFA Rules», *Psychiatric Services*, 53: 138.

15 Manicardi N. (2010), *Italiani da slegare. Contenzione e la vergogna del silenzio*, Koinè, Roma.

16 Hillard R., Zitek B. (2005), *Emergenza psichiatrica*, Edizioni Internazionali, Roma.

17 Catanesi R., Ferrarini L., Peloso P.F., a cura di, (2006), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffrè (con scritti di Bandini, Ferrannini, Peloso, Scapati e Maura, Di Sciascio, Benevelli, Catanesi, Troccoli e Carabellese, Peloso et al., Marcenaro e Daccà).

18 Op. cit.

di SPDC *no restraint* (non coercitivi), che comprende 21 SPDC¹⁹, che non fanno uso di contenzione meccanica e che tengono aperte le porte dei reparti. Come ricostruisce Toresini (2007)²⁰, la pratica *no restraint* “si realizza sostituendo la contenzione fisica con il contenimento psicologico attraverso la relazione. A volte ciò avviene associando un paziente a una unità di personale che si occupa della sua difficoltà in quel momento in una relazione uno ad uno. In fase iniziale e di trasformazione dell’SPDC il personale sta sulla porta e negozia l’uscita con i pazienti. Ma per far questo ogni unità di personale deve conoscere singolarmente tutto di ciascun paziente. Si tratta di procedure che implicherebbero degli approfondimenti teorici e pratici, ma che sono centrali per la riuscita di tale modalità di agire. In nessun caso la non contenzione e la porta aperta significa acriticamente l’abbandono del paziente difficile e grave al suo destino”.

- *La cortina di silenzio nella società civile*: a fronte delle ambiguità legislative e delle condizioni documentate di abuso in molti SPDC, l’attenzione collettiva prestata nei confronti dell’uso improprio di queste pratiche di coercizione è pressoché assente e affiora episodicamente in concomitanza di casi estremi di cronaca (come quelli legati alle vicende processuali di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, deceduti a seguito di contenzione meccanica). Francesco Mastrogiovanni, maestro elementare di 58 anni, il 31 luglio 2009 fu caricato su un’ambulanza che lo portò in TSO nel reparto psichiatrico dell’ospedale di Vallo della Lucania, dove, dopo quattro giorni legato al letto e sedato, morì per un edema polmonare senza poter essere visitato dai parenti, intorno all’1.30 del 4 agosto (i responsabili sanitari accerteranno il decesso solo alle 7.30). Per questa vicenda, il 7 novembre 2016 sono stati condannati con una sentenza di appello i sei medici e gli undici infermieri responsabili. Giuseppe Casu, un ambulante per il quale è stato disposto un TSO dopo essersi ribellato allo sgombero del proprio banco di frutta, è morto per tromboembolia all’arteria polmonare il 22 giugno 2006, dopo essere stato legato per sette giorni consecutivi ad un letto di un SPDC dell’ospedale *Santissima Trinità* di Cagliari e sottoposto a cure farmacologiche non pertinenti alla sua vicenda clinica. Il caso processuale, ricostruito analiticamente da Giovanna Del Giudice (2015)²¹, pur presentando numerose violazioni dei diritti, ha visto decadere le imputazioni di colpevolezza in secondo grado per tutti i medici e i tecnici implicati nel decesso.
- *La carenza di studi scientifici italiani*: ricerche in campo internazionale, soprattutto negli Stati Uniti, Gran Bretagna e in Nord Europa, hanno indagato il fenomeno e ne hanno diagnosticato la consistenza, le caratteristiche, i gravi eventi avversi e gli abusi (Currier e Allen 2000)²². Da queste ricerche le associazioni scientifiche di quei paesi hanno preso spunto per aprire un ampio dibattito e per elaborare precise linee guida, al fine di minimizzare il ricorso alla contenzione meccanica ai soli casi di estrema necessità e per evitarne ogni forma di evento avverso e di abuso. A fronte di alcuni studi di denuncia a carattere divulgativo e delle iniziative lodevoli realizzate dai SPDC *no restraint*, a trentasei anni di distanza dalla legge 180 (meglio nota come “riforma Basaglia” degli istituti psichiatrici), l’unica indagine sistematica condotta con estensione nazionale sui SPDC italiani e le pratiche coercitive utilizzate al loro interni risale a più di dieci anni fa ed è stata promossa dall’Istituto Superiore di Sanità (Santone et al. 2005; Dell’Acqua et al. 2005). Si tratta di un’esperienza episodica che non compensa le esigenze diacroniche di monitoraggio e di valutazione dei fattori di rischio che rendono variabili la frequenza, le modalità di ricorso e di gestione della contenzione nei SPDC (Catanesi e Troccoli, 2005²³; Spigonatti e Agrimi,

.....
19 Esistono anche SPDC (non iscritti al Club *no restraint*) che chiudono le porte dei reparti ma non praticano contenzione meccanica o che hanno in corso progetti di eliminazione della contenzione nelle seguenti province: Gorizia, Venezia-Mestre, Arezzo, Lucca, Verona Sud, Salerno, Bari.

20 Toresini, L. (2007), *SPDC No restraint. La sfida della cura*, in AA.VV., *I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. L’utopia della cura in ospedale*, Edizioni Co.Pro.S, Caltagirone: http://www.centrobasaglia.provincia.aretzo.it/convegni/16-12-2005/L_TORRESINI.doc.

21 Del Giudice G. (2015), ... *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

22 Currier G.W., Allen M.H. (2000), «Emergency Psychiatry: Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Services», *Psychiatric Services*, 51: 717-9.

23 Catanesi R., Troccoli G. (2005), «Dietro il velo, ovvero responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria», *Lo psichiatra*, I.

2005²⁴). La conoscenza del fenomeno è prevalentemente affidata a esperienze circoscritte e locali di ricerca e da episodici reportage giornalistici e si scontra con le resistenze da parte degli operatori delle strutture a collaborare a questo fine. Alla scarsa conoscenza del fenomeno non è stata peraltro in grado di sopperire una recente indagine sovranazionale europea (che ha raggiunto anche l'Italia, coinvolgendo solo la provincia di Napoli), che ha irrimediabilmente scontato le estreme differenze di contesto (normative, procedurali, culturali) dei paesi coinvolti.

Per quanto, in virtù delle ragioni citate, l'indagine manterrà il proprio focus di attenzione sulla contenzione meccanica e, inevitabilmente, sul suo uso combinato con altre forme di contenzione (fisica, chimica e ambientale), non si ritiene possibile studiare le modalità del suo utilizzo nei SPDC, senza inquadrarle all'interno del sistema complessivo di fattori strutturali-ambientali, organizzativi, culturali, relazionali e giuridici che rientrano nella gestione pubblica dei processi di diagnosi e cura delle patologie psicologiche acute.

L'ipotesi guida dell'indagine è infatti che l'uso improprio e indiscriminato in una parte dei SPDC italiani della contenzione meccanica (ma anche di quella farmacologica/chimica) sia da imputare a una serie di elementi disfunzionali di natura culturale e strutturale, che rendono gli operatori medici incapaci di gestire l'impiego delle pratiche coercitive di contenzione come se fossero realmente risorse "estreme", fino ad arrivare ad utilizzarle come strumenti punitivi o di gestione "ordinaria" della rabbia, dell'autolesionismo e dell'aggressività che comunemente si associano alle patologie psichiatriche.

Il sovraccarico dei reparti psichiatrici e la connessa carenza di personale (medico e infermieristico), determinata dal blocco del *turnover* nelle strutture pubbliche, il *burnout* diffuso nelle professioni medico-infermieristiche (e ancor più in strutture, come quelle psichiatriche, che pongono il rischio di deumanizzazione del rapporto con i pazienti), la gestione verticistica dei SPDC, la carenza nella formazione/aggiornamento del personale medico e infermieristico rispetto alla gestione delle emergenze e all'uso delle pratiche di contenzione, l'inadeguatezza dell'ambiente fisico (come ad esempio, la totale assenza di spazi aperti in una parte dei SPDC), il sovraccarico di lavoro dei CSM (Centri di Salute Mentale) sono solo alcuni dei fattori che in ipotesi possono esporre i pazienti psichiatrici ai rischi di essere "gestiti" e controllati in modo coercitivo (piuttosto che curati) e rendere il personale medico-infermieristico più incline all'uso improprio o poco oculato delle misure di contenzione. A questi elementi si aggiungono indubbiamente elementi di natura ideologico-culturale, che rendono la psichiatria ospedaliera italiana ancora poco sensibile alle acquisizioni scientifiche maturate in ambito internazionale circa i danni di breve e lungo periodo arrecati dalla contenzione ai pazienti e alla qualità complessiva dei servizi di cura (Bergk et al. 2010²⁵, Strout, 2010²⁶, Mohr et al., 2003²⁷). Le resistenze ideologico-culturali rischiano anche il mancato trasferimento nei reparti del *mainstream* delle buone pratiche intraprese da alcuni SPDC, che pure si sono mossi nella direzione di stilare e applicare linee guida per l'uso consapevole della contenzione maggiormente rispettose degli standard europei e soprattutto quelle di tipo relazionale adottate nella minoranza di SPDC *no restraint*, che rifiuta di ricorrere alle porte chiuse e alla contenzione meccanica.

Tra gli elementi collaterali, che richiedono una specifica attenzione, una posizione di rilievo è da attribuire al connubio indistricabile che si è venuto a creare tra il ricorso al TSO (trattamento sanitario obbligatorio; vedi riquadro) e l'uso della contenzione nei reparti psichiatrici. Per quanto, come è documentabile, il ricorso alla contenzione meccanica si estenda anche ai casi di ricovero volontario, laddove sia presente un'ordinanza

.....
24 Spigonatti, F., Agrimi, E. (2005), «La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi», *Quaderni italiani di psichiatria*, 24: pp. 43-51.

25 Bergk J., Flammer E., Steinert T. (2010), «Coercion Experience Scale» (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures», *BMC Psychiatry*, 26: pp. 42-9.

26 Op. cit.

27 Mohr W. K., Petti T. A., Mohr B. D. (2003), «Adverse effects associated with physical restraint», *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 330-337.

pubblica di ricovero i pazienti diventano più vulnerabili rispetto al rischio di essere sottoposti a forme di “trattamento” coercitive che annullino qualsiasi loro forma di volontarietà, rendendoli cioè meno consapevoli, anche dopo le dimissioni, del proprio stato di salute mentale e della necessità di ricoverarsi intenzionalmente in presenza di eventuali fasi future di acutizzazione del proprio malessere psichico (con il rischio connesso di recidività rispetto a nuove disposizioni di TSO).

Il percorso da fare è ancora lungo, ma - insieme alle difficoltà e alle battute di arresto - sono diffusi anche gli anticorpi sociali e gli esempi che rendono credibile l'alternativa tracciata dalla legge 180 del 1978, a partire dalle importanti esperienze dei ventuno SPDC No Restraint in Italia e dalle sempre più diffuse sperimentazioni di metodi di presa in carico e cura non coercitivi a livello internazionale.

Per raggiungere l'obiettivo - pure riconosciuto dai documenti istituzionali di indirizzo e pianificazione dei servizi socio-sanitari - di un livello zero di contenzione nei confronti dei pazienti, è necessario che all'impegno delle correnti più avanzate delle comunità professionali e delle istituzioni corrisponda un adeguato sostegno da parte della politica, dell'opinione pubblica e della società civile perché, come ha recentemente dichiarato lo psichiatra Giuseppe Tibaldi: «solo le pressioni dall'esterno consentiranno di fare concreti passi innovativi. Come è già accaduto nelle vicende relative agli ospedali psichiatrici tradizionali e, più recentemente in quella degli ospedali psichiatrici giudiziari, è stata la società civile a imporre ai professionisti di scegliere strade che difficilmente sarebbero state imboccate».

Il report illustra i risultati di un primo lavoro condotto da ricercatori di A Buon Diritto e del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale (Sapienza Università di Roma) che hanno ricostruito il quadro generale di riferimento attraverso l'analisi dei materiali giuridico-legali e del dibattito scientifico, corredate da interviste e colloqui con testimoni privilegiati, fino all'analisi e alla raccolta di testimonianze dirette di persone che sono state oggetto di pratiche contenitive nell'ambito di trattamenti medico-psichiatrici. Si tratta solo di un primo passo, cui ci auguriamo possano seguirne altri, con lo scopo di contribuire in maniera significativa al progressivo abbandono di tali pratiche nel nostro paese.

Prefazione

di Luigi Manconi

Il ricorso a pratiche di contenzione meccanica su persone affette da disagio mentale rappresenta un lato oscuro, drammatico e assai diffuso nelle prassi dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura nel nostro paese, anche se gli Spdc non sono gli unici luoghi nei quali si lega: i servizi di neuropsichiatria infantile, le residenze sanitarie assistenziali (Rsa), i reparti di medicina e quelli geriatrici, il pronto soccorso, le Rems, le case di cura private e le comunità terapeutiche, sono tutte strutture all'interno delle quali talvolta (più o meno frequentemente, a seconda della cultura e delle pratiche degli operatori) i pazienti vengono contenuti con vari mezzi. Questo fenomeno contrasta in maniera stridente con la migliore cultura giuridica e sanitaria affermatasi nel nostro paese e che pure costituisce il retroterra di riferimento della legislazione vigente e, in particolare, di quella "legge Basaglia" che ha riconosciuto in maniera piena la dignità e la titolarità dei diritti delle persone affette da disagio mentale.

È bene ricordare che, secondo la nostra Costituzione, i ricorsi a pratiche limitative della libertà personale nell'ambito di trattamenti sanitari dovrebbero rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate, sottoposte a un sistema giurisdizionale di garanzie nei confronti dei pazienti. La realtà è, invece, decisamente diversa: nella stragrande maggioranza dei centri di diagnosi e cura i pazienti non hanno la possibilità di avere rapporti con i familiari, di muoversi liberamente (tantomeno di uscire)²⁸ e tali strutture risultano spesso impermeabili a qualsiasi possibilità di monitoraggio e controllo dall'esterno. In essi il ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatorii è tutt'altro che residuale²⁹ e la pratica di misure di contenzione meccanica è una componente ricorrente³⁰.

Soltanto in casi di eventi tragici, che mostrano in tutta la loro crudezza gli abusi e gli atti di vera e propria tortura cui vengono sottoposti cittadini inermi, il velo di opacità che copre il ricorso alla contenzione meccanica all'interno degli ospedali psichiatrici viene squarciato drammaticamente. La morte di Giuseppe Casu il 22 giugno del 2006, dopo essere rimasto per sette giorni legato a un letto nell'ospedale di Cagliari, così come quella di Francesco Mastrogiovanni, avvenuta il 4 agosto del 2009 dopo essere stato contenuto per ottantasette ore³¹ - la cui agonia è stata documentata per intero attraverso la registrazione delle telecamere interne del reparto psichiatrico in cui era stato rinchiuso - hanno rappresentato solo gli episodi più recenti ed emblematici che dovrebbero spingere operatori, società civile e titolari di funzioni e responsabilità pubbliche a conoscere e a intervenire per modificare radicalmente la situazione.

Tuttavia se, da un lato, si può affermare che esistano riflessioni, dibattiti e iniziative per comprendere, prevenire e regolare il ricorso a pratiche contenitive in ambito psichiatrico, è altrettanto vero che tutto ciò riguarda solo un insieme limitato di persone, prevalentemente composto da addetti ai lavori, professionisti in ambito terapeutico, associazioni impegnate nella tutela dei diritti umani. E, anche se solo di rado, si arriva a giustificare pienamente il ricorso, la contenzione meccanica continua a rimanere pratica routinaria che avviene nel pressoché assoluto silenzio della politica, delle comunità professionali e dell'intero corpo sociale.

Le motivazioni di questa disattenzione sono molteplici e profonde, derivanti da un pensiero mai superato, secondo il quale l'essere umano nel momento della sofferenza mentale non è più titolare di integrità e di dignità e, conseguentemente, di diritti, come se la malattia mentale rendesse incapaci di intendere, di volere

28 Secondo la ricerca "Progres Acuti" coordinata nel 2001 dall'Istituto Superiore di Sanità e dal DSM di Trieste, il 79,8% dei SPDC hanno le porte chiuse a chiave 24 ore su 24.

29 Sempre secondo la ricerca "Progres Acuti" i TSO rappresentano il 9% dei ricoveri nelle strutture psichiatriche in tutta Italia ma tale proporzione varia dal 2,7% del Veneto al 25,8% della Sardegna.

30 Il 73% degli SPDC del campione nazionale della ricerca ha dichiarato di aver fatto ricorso alla contenzione meccanica nel corso dell'anno precedente la rilevazione

31 Su questa vicenda, la regista Costanza Quatriglio ha girato un film dal titolo *87 Ore. Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni*

e perfino di percepire la sofferenza aggiuntiva provocata dalle pratiche contenitive. Una convinzione errata che si esprime dichiarando una sorta di “inevitabilità del male” alla quale si può rispondere, necessariamente, solo attraverso l’isolamento e l’annullamento della persona.

Il percorso da fare è ancora lungo, ma - insieme alle difficoltà e alle battute di arresto - sono diffusi anche gli anticorpi sociali e gli esempi che rendono credibile l’alternativa tracciata dalla legge 180 del 1978, a partire dalle importanti esperienze dei ventuno SPDC No Restraint in Italia e dalle sempre più diffuse sperimentazioni di metodi di presa in carico e cura non coercitivi a livello internazionale.

Per raggiungere l’obiettivo - pure riconosciuto dai documenti istituzionali di indirizzo e pianificazione dei servizi socio-sanitari - di un livello zero di contenzione nei confronti dei pazienti, è necessario che all’impegno delle correnti più avanzate delle comunità professionali e delle istituzioni corrisponda un adeguato sostegno da parte della politica, dell’opinione pubblica e della società civile perché, come ha recentemente dichiarato lo psichiatra Giuseppe Tibaldi: «solo le pressioni dall’esterno consentiranno di fare concreti passi innovativi. Come è già accaduto nelle vicende relative agli ospedali psichiatrici tradizionali e, più recentemente in quella degli ospedali psichiatrici giudiziari, è stata la società civile a imporre ai professionisti di scegliere strade che difficilmente sarebbero state imboccate ».

È per questo motivo che A Buon Diritto ha deciso di intraprendere un percorso di ricerca che contribuisca alla crescita della conoscenza e della consapevolezza riguardo alle consuetudini e motivazioni e ai fattori di rischio che determinano e “giustificano” le pratiche abusive di contenzione dei soggetti affetti da disagio psichico. Le informazioni raccolte dovranno poi contribuire a promuovere l’elaborazione di strategie e pratiche di prevenzione.

Il documento che segue illustra i risultati di un primo lavoro condotto da ricercatori di A Buon Diritto e del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale (Sapienza Università di Roma) che hanno ricostruito il quadro generale di riferimento attraverso l’analisi dei materiali giuridico-legali e del dibattito scientifico, corredate da interviste e colloqui con testimoni privilegiati, fino all’analisi e alla raccolta di testimonianze dirette di persone che sono state oggetto di pratiche contenitive nell’ambito di trattamenti medico-psichiatrici. Si tratta solo di un primo passo, cui ci auguriamo possano seguirne altri, con lo scopo di contribuire in maniera significativa al progressivo abbandono di tali pratiche nel nostro paese.

Introduzione – La rilevanza scientifico-pragmatica del fenomeno della contenzione in psichiatria

di Sergio Mauceri

La graduale chiusura degli ospedali psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichiatrico acuto avvenisse all'interno di reparti interni alle strutture ospedaliere, denominati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). In questi reparti ospedalieri, che costituiscono parte integrante dei DSM, è a tutt'oggi molto diffuso l'uso delle pratiche di contenzione, delle quali ci si avvaleva già all'interno delle istituzioni totali manicomiali.

In ambito medico-psichiatrico la contenzione può essere definita come l'insieme di quei mezzi fisici-chimico-ambientali che si applicano coercitivamente al paziente allo scopo di limitare la sua capacità di movimento volontario (cfr. Belloi, 2000). Esistono diversi tipi di contenzione, spesso utilizzati in maniera combinata, suddivisibili a loro volta, a seconda del mezzo utilizzato, nel seguente modo:

- la contenzione fisica, realizzata per immobilizzare fisicamente i movimenti del paziente senza fare uso di alcun presidio o supporto diverso dai mezzi fisici di cui dispone chi opera questo tipo di contenzione;
- la contenzione meccanica, la quale consiste nel legare i polsi e le caviglie del paziente, attraverso l'uso di quattro fasce generalmente con chiusura metallica, per immobilizzarlo al letto di ospedale (letto di contenzione) o nell'applicazione di presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- la contenzione farmacologica chimica, attraverso la somministrazione al paziente di alti dosaggi di farmaci, come tranquillanti e sedativi, in modo da ridurre la capacità di vigilanza del paziente e quindi anche la capacità di muoversi liberamente;
- la contenzione ambientale, attuata tramite cambiamenti apportati all'ambiente in cui si trova il soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti, come ad esempio la segregazione del paziente in ambienti chiusi e sorvegliati;

La presente indagine si concentrerà specificatamente sugli usi della *contenzione meccanica* nei SPDC, per quanto sia da precisare che il suo uso risulta diffuso anche in ambito geriatrico.

La contenzione meccanica è una modalità largamente utilizzata in psichiatria per la gestione degli episodi di agitazione e aggressività all'interno dei SPDC (Rossi, a c. di, 2015). Secondo una ricerca (Progres Acuti) condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità presso un campione di SPDC sull'intero territorio nazionale, nel 60% dei casi le strutture facevano ricorso a pratiche di contenzione meccanica e in oltre il 70% erano presenti gli strumenti idonei per farvi ricorso (Dell'Acqua et al., 2007). Come riferisce lo psichiatra Vittorio Ferioli, in un articolo scientifico dedicato specificatamente alla contenzione meccanica, "nei reparti psichiatrici per acuti, in Italia, avvengono in media 20 contenzioni ogni 100 ricoveri e queste riguardano 11 pazienti ogni 100 ricoverati" (2013, p. 30). Per quanto i dati appena riportati siano utili a inquadrare il fenomeno, si tratta di stime, dal momento che l'istituzione nei SPDC di registri per il monitoraggio delle contenzioni praticate (disciplinati a livello regionale) non è stata seguita da una centralizzazione (né nazionale, né regionale) della raccolta e analisi dei dati registrati nei singoli SPDC, come era invece auspicabile avvenisse, anche in relazione a esigenze di controllo dei casi di uso indiscriminato. Molti manuali psichiatrici (anche internazionali) precisano che la contenzione meccanica non è una pratica terapeutica, ma una misura coercitiva di controllo del movimento che dovrebbe essere utilizzata esclusivamente come risorsa estrema e solo nei casi in cui l'operatore sanitario valuti oculatamente la mancata possibilità di intervenire in

altro modo per evitare che la persona arrechi danno a se stessa o agli altri. A questo riguardo, la *White Paper of the Council of Europe* riporta: “L’uso di brevi periodi di *contenzione fisica* (blocco fisico non prolungato) dovrebbe tener conto del rapporto rischi/benefici e la *contenzione meccanica* dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa e solo in casi eccezionali per periodi prolungati” (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe, 2005).

La contenzione meccanica dei pazienti psichiatrici, in situazioni di emergenza, è ancora oggi una delle questioni più controverse e dibattute in Italia e nella comunità internazionale relativamente all’assistenza psichiatrica (Sangiorgio e Sarlatto, 2007). Infatti, la pratica della contenzione solleva una grande quantità di problemi di ordine etico-deontologico, tecnico-clinico, giuridico e medico-legale. Se esistono posizioni, in ambito giuridico e psichiatrico, che assimilano la contenzione meccanica a una pratica (da utilizzare in stato di necessità), in assenza della quale si configurerebbe un rischio di abbandono di incapace (Cerasoli, 2007), molto diffusa è la posizione alternativa che sostiene la illegittimità etica e giuridico-costituzionale di questo strumento, che ne nega la valenza medica o terapeutica e che considera il suo (ab)uso, come passibile di integrare il delitto di sequestro di persona e, secondo le circostanze, quello di violenza privata e di maltrattamenti (Grassi e Ramacciotti 2009; Dodaro, 2011; Ferioli 2013).

Afferendo a quest’ultima posizione, Grassi e Ramacciotti sostengono:

Una psichiatria senza contenzione costituisce un obbligo giuridico e prima ancora deontologico. Vi sono situazioni in cui è consentito, anzi doveroso, intervenire su una persona con la forza fisica [...]. Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, giustificato dall’art. 54 del codice penale [...]. La contenzione meccanica, oltre a essere illecita, è anche segnale dell’inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria ove sia praticata [...] ancor più ingiustificata quando abbia luogo presso strutture quali i centri di diagnosi e cura, istituite proprio allo scopo di far fronte a situazioni di crisi (2009, p. 15).

Che il ricorso frequente alla contenzione sia associato, anche, a disfunzionalità interne alle strutture, che rendono incapace il personale medico-infermieristico di far fronte a situazioni che richiederebbero cure psico-relazionali, piuttosto che l’esercizio della limitazione della libertà di movimento, è attestato dal fatto che l’uso di interventi coercitivi è stato più volte selezionato in ambito scientifico come indicatore della carenza di qualità del trattamento dei pazienti ricoverati (*International Quality Indicator Project*; Strout, 2010). Tuttavia, come si vedrà, invocare lo stato di disfunzione dei servizi psichiatrici costituisce una pratica retorica spesso utilizzata dallo staff medico-ospedaliero a giustificazione degli abusi e dell’uso indiscriminato della contenzione e dunque si tratta di un aspetto rispetto al quale occorrerà nel corso del report aprire significativi spazi di riflessione.

La rilevanza rispetto all’avvio di un progetto di indagine interdisciplinare che si dedichi specificatamente a questo tipo di contenzione in ambito psichiatrico risiede in diversi ordini di ragioni psico-giuridico-medico-etico-sociali:

- *La violazione dei principi costituzionali*: l’art. 13 della Costituzione afferma “l’inviolabilità della libertà personale (...) se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge” e rende sanzionabile “ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”.
- *Il vuoto legislativo*: tra i giuristi non vi è accordo sull’esistenza o meno di norme all’interno del nostro ordinamento che prevedano e disciplinino la contenzione. *La legge 180 del 1978*, comunemente denominata “legge Basaglia” di riforma del sistema manicomiale italiano, non esclude (ma neanche autorizza e disciplina) il ricorso a questa forma di misura coercitiva; pertanto, l’utilizzo della contenzione meccanica continua a essere citato nella storia della giurisprudenza italiana dal solo art. 60 del regolamento

manicomiale *del regio decreto del 1909*³². Risulta anomalo che nonostante le strutture manicomiali non esistano più e che lo stesso articolo si fosse rivelato inadeguato, nelle stesse istituzioni totali, a riservare ai soli casi “eccezionali” l’uso della contenzione, questa pratica neo-manicomiale continui a imperversare entro i reparti delle moderne strutture ospedaliere. Come sostenuto dalla maggior parte degli autori (cfr. Dodaro, 2011), il decreto regio del 1909 è stato di fatto abolito con la riforma psichiatrica del 1978, così che attualmente nel nostro ordinamento non c’è alcuna disposizione di legge che, implicitamente o esplicitamente, autorizzi l’uso di mezzi di contenzione. Il “vuoto” normativo rende più probabile l’uso improprio e frequente della contenzione. Diversi studi scientifici internazionali dimostrano che aumentare la regolamentazione (anche interna all’ambito psichiatrico-ospedaliero) per la identificazione precoce e per la gestione efficace dei comportamenti problematici, come anche per il monitoraggio “uno a uno” dei pazienti contenuti, fa sì che possa diminuire del 50% il numero e la durata degli episodi di contenzione (Currier e Farley-Toombs, 2002). D’altra parte, come si avrà modo di osservare, la stessa regolamentazione suscita dubbi tra chi teme che normare la contenzione meccanica tacitamente equivarrebbe a legittimarla, il che apre un crinale che non autorizza a considerare il vuoto legislativo necessariamente come qualcosa di assolutamente negativo rispetto all’ipotesi di una eliminazione futura di questa pratica.

- *L’uso improprio*: anche se si volesse sostenere la legittimità del ricorso alla contenzione in casi eccezionali, laddove si palesino rischi reali di incolumità del paziente o di altre persone, come documentato dalle narrazioni di soggetti che hanno vissuto questa esperienza all’interno di SPDC (Manicardi, 2008) e dai casi documentati in ambito giuridico o dalla cronaca, della contenzione meccanica se ne fa spesso uso indiscriminato e/o negligente. Non di rado le si attribuisce la valenza di uno strumento punitivo e/o senza rispettare elementari cautele che presiedono al suo utilizzo, tra le quali figura anche l’obbligo di una valutazione medica dello stato di salute del paziente (in particolare della condizione cardiovascolare) prima dell’applicazione e di un’assistenza continuativa durante la contenzione. Proprio l’incuria nel rispetto delle accortezze mediche nel suo uso hanno determinato i diversi casi di decesso e di denuncia, che si sono succeduti nel corso degli anni.
- *I rischi psico-fisici per il paziente*: con una probabilità che dipende dalla durata e modalità della contenzione e dallo stato di salute anteriore del paziente, oltre ai rischi fisici (asfissia, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, traumi articolari, traumi dei tessuti cutanei, infezioni a carico dell’apparato respiratorio, rischi di decesso in seguito a un periodo prolungato di agitazione psicomotoria, etc.), sono documentati rischi di disfunzioni psicosociali associati alla contenzione meccanica, quali: aumento della confusione, compromissione della propria dignità personale e senso di vergogna, depressione, traumi da stress psico-fisico, paura, prostrazione e rassegnazione rispetto alle possibilità percepite di guarigione, riduzione dell’autonomia assistenziale e nel prendere iniziative, aumento dell’aggressività e dell’agitazione nel tentativo di liberarsi, maggiore durata della degenza, declino del comportamento sociale e cognitivo, rievocazione di traumi da violenza pregressi (Hillard e Zitek, 2005; Catanesi, Ferrarini e Peloso, 2006; Prinsen e Van Delden, 2009; Strout, 2010). La circolarità perversa che si può innescare è che lo stato di agitazione che determina la decisione di contenere un paziente possa essere sollecitato dalle stesse condizioni socio-ambientali-relazionali interne ai SPDC e che, a sua volta, la contenzione sia ipoteticamente a rischio di acuitizzare lo stato di dissociazione dalla realtà o confusione che ha giustificato il ricovero ospedaliero volontario o coatto della persona. In presenza di tali rischi, essendo il periodo di degenza consentito nei SPDC generalmente di sette giorni (con la possibilità di estenderlo per un massimo di altri sette), diventa altamente probabile che il paziente sottoposto ai vari tipi di contenzione sia riconsegnato alla famiglia (laddove questa sia presente) o alle altre strutture interne al DSM, in condizioni psico-fisiche peggiori rispetto al momento del ricovero, con tutte le conseguenze che questo comporta.

.....
 32 Tale art. dispone: “Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L’autorizzazione indebita dell’uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da £. 12.000 a £. 40.000 senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal codice penale. L’uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente”.

- *La mancata necessità*: che la contenzione meccanica possa essere evitata è desumibile dal fatto che, a parità di situazioni di emergenza, esistono strutture ospedaliere pubbliche italiane o in altre nazioni europee (ad es. Gran Bretagna) che non ne fanno uso, così come nel 2006 è stato fondato in Italia un Club di SPDC *no restraint* (non coercitivi), che comprende 21 SPDC³³, che non fanno uso di contenzione meccanica e che tengono aperte le porte dei reparti. In aggiunta, il fatto che in diverse cliniche psichiatriche private non sia contemplato l'uso della contenzione meccanica (in quanto esplicitamente vietato dalla legge) introduce la disparità di trattamento in base alla condizione socio-economica delle persone che soffrono di patologie psichiatriche. Come ricostruisce Toresini (2013), la pratica *no restraint* “si realizza sostituendo la contenzione fisica con il contenimento psicologico attraverso la relazione. A volte ciò avviene associando un paziente a una unità di personale che si occupa del paziente più difficile in quel momento in una relazione uno ad uno. In fase iniziale e di trasformazione dell'SPDC il personale sta sulla porta e negozia l'uscita con i pazienti. Ma per far questo ogni unità di personale deve conoscere singolarmente tutto di ciascun paziente. Si tratta di procedure che implicherebbero degli approfondimenti teorici e pratici, ma che sono centrali per la riuscita di tale modalità di agire. In nessun caso la non contenzione e la porta aperta significa acriticamente l'abbandono del paziente difficile e grave al suo destino”.
- *La cortina di silenzio nella società civile*: a fronte delle ambiguità legislative e delle condizioni documentate di abuso in molti SPDC, l'attenzione collettiva prestata nei confronti dell'uso improprio di queste pratiche di coercizione è pressoché assente e affiora episodicamente in concomitanza di casi estremi di cronaca (come quelli legati alle vicende processuali di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, deceduti a seguito di contenzione meccanica). Francesco Mastrogiovanni, maestro elementare di 58 anni, fu visto sfrecciare nella zona pedonale di Aciaroli, nel Cilento, la sera del 30 luglio 2009, con lo sguardo “perso nel vuoto”. Il giorno dopo un dispiegamento di forze dell'ordine lo andò a prelevare nella spiaggia del campeggio, lo caricò su un'ambulanza che lo portò in TSO nel reparto psichiatrico dell'ospedale di Vallo della Lucania, dove, dopo quattro giorni legato al letto e sedato, morì senza poter essere visitato dai parenti, il 4 agosto. Per questa vicenda sono stati condannati in secondo grado sei medici e undici infermieri responsabili, tra gli altri reati, di sequestro di persona. Giuseppe Casu, un ambulante per il quale è stato disposto un TSO dopo essersi ribellato allo sgombero del proprio banco di frutta, è morto per tromboembolia all'arteria polmonare il 22 giugno 2006, dopo essere stato legato per sette giorni consecutivi ad un letto di un SPDC dell'ospedale *Santissima Trinità* di Cagliari e sottoposto a cure farmacologiche non pertinenti alla sua vicenda clinica. Il caso processuale, ricostruito analiticamente da Giovanna Del Giudice (2015), presenta anomalie tali da aver fatto decadere le imputazioni di colpevolezza in secondo grado per tutti i medici e i tecnici implicati nel decesso.
- *La carenza di studi scientifici italiani*: ricerche in campo internazionale, soprattutto negli Stati Uniti, Gran Bretagna e in Nord Europa, hanno indagato il fenomeno e ne hanno diagnosticato la consistenza, le caratteristiche, i gravi eventi avversi e gli abusi (Currier e Allen 2000). Da queste ricerche le associazioni scientifiche di quei paesi hanno preso spunto per aprire un ampio dibattito e per elaborare precise linee guida, al fine di minimizzare il ricorso alla contenzione meccanica ai soli casi di estrema necessità e per evitarne ogni forma di evento avverso e di abuso. A fronte di alcuni studi di denuncia a carattere divulgativo e delle iniziative lodevoli realizzate dai SPDC *no restraint* (ma non supportate da molte evidenze empiriche)³⁴, a trentasei anni di distanza dalla legge 180 (meglio nota come “riforma Basaglia” degli istituti psichiatrici), l'unica indagine sistematica condotta con estensione nazionale sui SPDC italiani e le pratiche coercitive utilizzate al loro interno risale a più di dieci anni fa ed è stata promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (Santone et al. 2005; Dell'Acqua et al. 2005). Si tratta di un'esperienza episodica che non compensa le esigenze diacroniche di monitoraggio e di valutazione dei fattori di rischio che rendono variabili la frequenza, le modalità di ricorso e di gestione della contenzione nei SPDC

33 Esistono anche SPDC (non iscritti al Club *no restraint*) che chiudono le porte dei reparti ma non praticano contenzione meccanica o che hanno in corso progetti di eliminazione della contenzione nelle seguenti province: Gorizia, Venezia-Mestre, Arezzo, Lucca, Verona Sud, Salerno, Bari.

34 Come riferisce Dodaro, “lo stesso circuito dei servizi che pratica il *no restraint method* diffonde poco i contenuti del proprio lavoro al di fuori della ristretta cerchia degli specialisti” (2011, p.1513).

(Catanesi e Troccoli, 2005; Spigonatti e Agrimi, 2005). La conoscenza del fenomeno è prevalentemente affidata a esperienze circoscritte e locali di ricerca e da episodici reportage giornalistici e si scontra con le resistenze da parte degli operatori delle strutture a collaborare a questo fine. Alla scarsa conoscenza del fenomeno non è stata peraltro in grado di sopperire una recente indagine sovranazionale europea (che ha raggiunto anche l'Italia, coinvolgendo solo la provincia di Napoli), che ha irrimediabilmente scontato le estreme differenze di contesto (normative, procedurali, culturali) dei paesi coinvolti.

Per quanto, in virtù delle ragioni citate, l'indagine manterrà il proprio focus di attenzione sulla contenzione meccanica e, inevitabilmente, sul suo uso combinato con altre forme di contenzione (fisica, chimica e ambientale), non si ritiene possibile studiare le modalità del suo utilizzo nei SPDC, senza inquadrarle all'interno del sistema complessivo di fattori strutturali-ambientali, organizzativi, culturali, relazionali e giuridici che rientrano nella gestione pubblica dei processi di diagnosi e cura delle patologie psicologiche acute.

L'ipotesi guida dell'indagine è infatti che l'uso improprio e indiscriminato in una parte dei SPDC italiani della contenzione meccanica (ma anche di quella farmacologica/chimica) sia da imputare a una serie di elementi disfunzionali di natura culturale e strutturale, che rendono gli operatori medici incapaci di gestire l'impiego delle pratiche coercitive di contenzione come se fossero realmente risorse "estreme", fino ad arrivare ad utilizzarle come strumenti punitivi o di gestione "ordinaria" della rabbia, dell'autolesionismo e dell'aggressività che comunemente si associano alle patologie psichiatriche.

Il sovraffollamento dei reparti psichiatrici e la connessa carenza di personale (medico e infermieristico), determinata dal blocco del *turnover* nelle strutture pubbliche, il *burnout* diffuso nelle professioni medico-infermieristiche (e ancor più in strutture, come quelle psichiatriche, che pongono il rischio di deumanizzazione del rapporto con i pazienti), la gestione verticistica dei SPDC, la carenza nella formazione/aggiornamento del personale medico e infermieristico rispetto alla gestione delle emergenze e all'uso delle pratiche di contenzione, l'inadeguatezza dell'ambiente fisico (come ad esempio, la totale assenza di spazi aperti in una parte dei SPDC), il sovraccarico di lavoro dei CSM (Centri di Salute Mentale) sono solo alcuni dei fattori che in ipotesi possono esporre i pazienti psichiatrici ai rischi di essere "gestiti" e controllati in modo coercitivo (piuttosto che curati) e rendere il personale medico-infermieristico più incline all'uso improprio o poco oculato delle misure di contenzione. A questi elementi si aggiungono indubbiamente elementi di natura ideologico-culturale, che rendono la psichiatria ospedaliera italiana ancora poco sensibile alle acquisizioni scientifiche maturate in ambito internazionale circa i danni di breve e lungo periodo arrecati dalla contenzione ai pazienti e alla qualità complessiva dei servizi di cura (Bergk et al. 2010, Strout, 2010, Mohr et al., 2003). Le resistenze ideologico-culturali rischiano anche il mancato trasferimento nei reparti del *mainstream* delle buone pratiche intraprese da alcuni SPDC, che pure si sono mossi nella direzione di stilare e applicare linee guida per l'uso consapevole della contenzione maggiormente rispettose degli standard europei e soprattutto quelle di tipo relazionale adottate nella minoranza di SPDC *no restraint*, che rifiuta di ricorrere alle porte chiuse e alla contenzione meccanica.

Tra gli elementi collaterali, che richiedono una specifica attenzione, una posizione di rilievo è da attribuire al connubio indistricabile che si è venuto a creare tra il ricorso al TSO (trattamento sanitario obbligatorio; vedi riquadro) e l'uso della contenzione nei reparti psichiatrici. Per quanto, come è documentabile, il ricorso alla contenzione meccanica si estenda anche ai casi di ricovero volontario, laddove sia presente un'ordinanza pubblica di ricovero i pazienti diventano più vulnerabili rispetto al rischio di essere sottoposti a forme di "trattamento" coercitive che annullino qualsiasi loro forma di volontarietà, rendendoli cioè meno consapevoli, anche dopo le dimissioni, del proprio stato di salute mentale e della necessità di ricoverarsi intenzionalmente in presenza di eventuali fasi future di acutizzazione del proprio malessere psichico (con il rischio connesso di recidività rispetto a nuove disposizioni di TSO).

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il TSO è stato introdotto nel nostro ordinamento dalle legge 180 del 1978, comunemente denominata “legge Basaglia”, di riforma del sistema manicomiale italiano (poi inglobata nella legge di Riforma Sanitaria n. 833/78 - artt. 33 e seguenti - con la quale è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale). Il trattamento sanitario obbligatorio si contrappone al trattamento sanitario volontario e si attua nei confronti del paziente che rifiuti le cure, e/o non abbia consapevolezza della malattia. Questo tipo di intervento deve essere eseguito utilizzando idonee misure sanitarie extra-ospedaliere e solo nei casi in cui “esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”. Il TSO può essere eseguito all'interno di strutture ospedaliere (art. 2, L. 180/78). Questa seconda ipotesi, quella che qui più strettamente interessa, è vincolata a una serie di garanzie poste a tutela del paziente: il provvedimento è disposto dal sindaco della città di residenza del degente su proposta di un medico e deve essere controfirmato da un secondo medico appartenente alla struttura sanitaria pubblica, entro 24 ore il giudice tutelare competente deve convalidare il trattamento. Il TSO, almeno nelle sue intenzioni, dovrebbe essere uno strumento che nasce a tutela del paziente e finalizzato, esclusivamente alla salvaguardia della sua salute e della sua sicurezza. Nonostante l'istituto del TSO sia nato a esclusiva tutela del paziente destinatario del provvedimento, le probabilità di un utilizzo scorretto o scarsamente motivato o addirittura abusivo di quel trattamento sono elevate. Che i pazienti ricoverati con TSO siano più a rischio di uso immediato e indiscriminato della contenzione, anche in assenza di una preliminare presa in carico delle esigenze di cura del paziente, oltre che allo stato generalmente più acuto di malessere e alla (pre)percezione immediata di “pericolosità” del paziente da parte del personale, è riconducibile al fatto che in questi casi la contenzione meccanica può essere applicata bypassando ogni considerazione circa la consensualità del paziente al trattamento coercitivo.

L'urgenza sociale di un'indagine che inquadri la contenzione all'interno delle strategie pubbliche di diagnosi e cura psichiatrica, oltre alle ragioni addotte, è stata riscontrata a partire dalla documentazione analizzata (vedi bibliografia), nonché dalla frequenza con la quale si organizzano negli ultimi anni convegni sul tema e, non da ultimo, dal susseguirsi di eclatanti casi di cronaca che hanno contribuito a rompere il silenzio e a destare l'interesse della società civile rispetto a quello che accade all'interno delle strutture “chiuse” dei reparti psichiatrici.

Il presente report rappresenta l'esito di una indagine conoscitiva preliminare (ricerca di sfondo), rispetto alla conduzione del progetto di ricerca più articolato, che ci auguriamo che l'Associazione *A Buon Diritto*, proseguendo la collaborazione scientifica con il Dipartimento di *Comunicazione e Ricerca Sociale* (Sapienza Università di Roma), possa portare a compimento nei prossimi anni. Pertanto, esso rappresenta il primo di una serie di rapporti che *A Buon Diritto* renderà pubblici in materia di contenzione e di diritti violati dei pazienti psichiatrici.

Nel primo capitolo, si analizzano gli aspetti giuridico-legali che si associano alla pratica di legare coercitivamente i degenti psichiatrici nei SPDC. A scopo di completezza, oltre ai riferimenti di legge che ne rendono illegittimo il ricorso, esso ricostruisce il fondamento giuridico che ne consente la sopravvivenza *de facto* e che rende difficoltoso il processo sanzionatorio in caso di abuso. Della stessa contenzione meccanica, il secondo capitolo ricostruisce gli studi sperimentali che, soprattutto in ambito internazionale, sono stati condotti per determinare quali elementi culturali, strutturali, relazionali e individuali (fattori di rischio ed effetti perversi) si associno costitutivamente all'uso – e in particolare a quello frequente e improprio - di tale pratica nella varietà dei servizi psichiatrici destinati al ricovero e alla cura dei pazienti acuti.

Il terzo capitolo riporta e discute dettagliatamente i risultati derivanti dall'analisi interdisciplinare condotta a partire da una serie di interviste a testimoni esperti di diversa area di competenza. Il tessuto connettivo che lega le diverse testimonianze fa emergere considerazioni dotate di un rilievo etico e sociologico che travalica i rispettivi confini disciplinari degli intervistati per avvalorare l'ipotesi secondo la quale la contenzione meccanica, piuttosto che una pratica terapeutica, costituisca da tanti punti di vista una negazione della dignità e dei diritti del paziente psichiatrico, con profonde conseguenze traumatiche sul proprio stato di salute mentale.

L'ultimo capitolo, anch'esso avente carattere empirico, ricostruisce le traiettorie biografiche di alcuni soggetti che nella regione Piemonte hanno vissuto in passato l'esperienza della contenzione. Ancora più che nei precedenti capitoli, la restituzione della voce dei diretti interessati consente di inquadrare precisamente la contenzione meccanica come ultimo approdo all'interno di un percorso complessivo di cura estremamente

accidentato e in cui è la progressiva spoliatura dell'autodeterminazione del paziente psichiatrico nella decisione delle cure cui sottoporsi (TSO, prescrizione di farmaci e altre forme di contenzione) a far apparire in filigrana la processualità che mette in connessione le diverse forme di abuso dei diritti all'interno dell'intero DSM, prima ancora che dentro l'SPDC.

Chiudono il report le conclusioni, impostate in senso prospettico, ad illustrare schematicamente le direttrici future di ricerca che gli interrogativi, rimasti aperti al termine di questa prima indagine di sfondo, suggeriscono di considerare particolarmente urgenti e pregnanti, soprattutto in rapporto alle possibili chance di incidere a livello pragmatico.

L'approccio *dialogico-narrativo* privilegiato in questo primo report di *A Buon Diritto* sui nodi plurimi sollevati dalla pratica della contenzione meccanica in psichiatria risponde alla duplice esigenza embrionale di restituire voce a chi ha maturato competenza sul tema (i ricercatori e gli esperti) e a chi, essendo stato contenuto in passato, può aprire uno spazio riflessivo che altrimenti rimarrebbe affidato a sovrainterpretazioni prive di un ancoraggio forte al piano dell'esperienza vissuta. Il collante di queste voci, riportate in forma scritta in letteratura e in forma orale durante le interviste qualitative condotte, è costituito dalle interpretazioni degli autori e delle autrici delle diverse sezioni del report che, immergendosi in questa fenomenologia sociale, sono determinati/e a proseguire lungo un percorso di indagine che coniugherà progressivamente dati qualitativi e quantitativi, con l'obiettivo finale di contribuire a tracciare percorsi reali volti a 'contenere' la contenzione.

Cap. 1 - Il quadro giuridico-normativo e i regolamenti sulla contenzione meccanica

di Valentina Calderone e Lorenzo Fanoli

Nel **primo capitolo** del rapporto di ricerca (di Valentina Calderone e Lorenzo Fanoli), si analizzano gli aspetti giuridici, normativi e regolatori che si associano alla pratica di legare coercitivamente i degenti psichiatrici nei SPDC, attraverso un excursus storico, una valutazione dei documenti, raccomandazioni, procedure, riflessioni rilevabili in ambiti istituzionali, giurisdizionali, professionali, sanitari, e uno sguardo comparativo a livello europeo. A scopo di completezza, oltre ai riferimenti di legge che ne rendono illegittimo il ricorso, esso ricostruisce il fondamento giuridico che ne consente la sopravvivenza *de facto* e che rende difficoltoso il processo sanzionatorio in caso di abuso.

In giurisprudenza, così come in dottrina, non si è ancora giunti a una interpretazione univoca rispetto alla liceità o meno della contenzione meccanica, tuttavia, il punto fermo sembra essere rappresentato dal considerare la contenzione una pratica estrema, da attuare solo in casi di assoluta necessità e da interrompere immediatamente nel momento in cui i motivi che l'abbiano causata siano cessati.

Più controversa appare, invece, l'individuazione del fondamento giuridico della contenzione, soprattutto alla luce della diversa interpretazione rispetto alla sua natura, o meno, di atto medico. Sembra allora convincente, a parere di chi scrive, partire dalla nostra **Carta Costituzionale** che definisce chiaramente i principi che devono ispirare qualsiasi atto di privazione della libertà, e lo fa nel **suo articolo 13** che così recita:

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l’autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all’Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva”.

Legare al proprio letto i pazienti ricoverati nei Spdc, in assenza delle possibili cause di giustificazione è una pratica ascrivibile alla privazione della libertà personale per la quale, come si legge nell'articolo 13, sono previste la riserva di legge assoluta e la riserva di giurisdizione.

Questo significa che solo una fonte primaria, quindi una legge dello Stato, può regolare interamente la materia in questione e, in aggiunta, gli atti che implicano la restrizione della libertà devono essere motivati dall'autorità giudiziaria. Non è ammessa alcuna eccezione a questa regola, proprio perché si tratta di un diritto definito inviolabile, e nel nostro ordinamento non troviamo alcun dispositivo che disciplini l'atto di contenere meccanicamente una persona. All'articolo sulla libertà personale si deve aggiungere quello relativo alla libertà di scelta dell'individuo per quanto riguarda i trattamenti sanitari, i quali possono essere resi obbligatori solo per “disposizione di legge”, come prescrive **l'articolo 32 della Costituzione** e che “la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. La nostra Costituzione tutela quindi la libertà fisica e di movimento, ma anche la libertà morale, nel senso del rispetto della piena dignità umana e dell'autodeterminazione del singolo.

Poiché, tuttavia, la contenzione continua a essere praticata, regolata e giustificata nella normale prassi dalla maggior parte delle strutture sanitarie psichiatriche, appare necessario capire e individuare nelle leggi e nel dibattito che attorno ad essa si è sviluppato, se si possano configurare condizioni, motivi e circostanze particolari che possano in qualche maniera giustificare una limitazione dei principi Costituzionali *dell'habeas corpus* nei confronti di alcuni soggetti in determinati momenti.

Per affrontare questa problematica proviamo a partire dall'interpretazione che, dal nostro punto di vista, appare la più convincente: cioè quella per cui sul piano concettuale e pragmatico non si sarebbero ancora pienamente **affermati i principi ispiratori della legge 180/1978**, conosciuta anche come legge Basaglia, che rappresenta, dal punto di vista storico, spartiacque nella giurisprudenza della cura del disagio mentale nel nostro paese.

Prima di allora, infatti, l'intero impianto normativo delle leggi in ambito psichiatrico aveva una forte impronta di carattere custodiale, combinando esigenze di difesa sociale a quelle della cura della persona, e privilegiando le prime.

Le norme rispondevano innanzitutto a esigenze di protezione della cosiddetta "parte sana" della società, e di custodia e sorveglianza dei cosiddetti alienati, cioè delle persone affette da disagio psichico.

Di fatto la legge 180 del 1978, ha sancito un vero e proprio cambiamento paradigmatico in tema di salute mentale, ponendo al centro le esigenze della persona e il suo diritto alla salute e alla cura, consegnandole prerogative proprie di soggetto pienamente titolare di dignità e diritti.

La legge Basaglia ha inoltre abrogato esplicitamente gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente 'Disposizioni sui manicomi e sugli alienati', fino ad allora la legge che regolava il trattamento delle persone affette da disagio mentale, stabilendo inoltre l'abrogazione di "ogni altra disposizione incompatibile con la legge". Citare la legge del 1904, e il successivo regolamento del 1909, è importante non solo da un punto di vista storico. Infatti, come vedremo, uno degli argomenti tutt'ora utilizzati da coloro i quali ritengono esistente una norma che legittimi la contenzione, risiede proprio nell'ipotesi che una parte di quella legge sia ancora in vigore.

Il **regio decreto n. 615 del 1909** andava a regolare la disposizione di legge n. 36 del 14 febbraio 1904 relativa alle strutture manicomiali, luoghi in cui venivano rinchiusi le persone affette da qualunque tipo di disagio mentale. Tra le numerose indicazioni su modalità di accesso e organizzazione delle strutture, trovava spazio l'articolo 60, interamente dedicato alla pratica della contenzione meccanica:

"nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti a casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto(...)".

Al giorno d'oggi, questo articolo viene ritenuto da molti superato nei fatti dalla legge 180 del 1978, nonostante esista una diversa interpretazione data da chi, invece, ritiene pacifico considerare ancora valido l'articolo 60 del regolamento del 1909, in quanto non esplicitamente abrogato dalla legge 180/1978. Per citare una recente interpretazione di un tribunale in tal senso, possiamo rifarci alla sentenza di primo grado del processo per la morte di Francesco Mastrogiovanni, maestro elementare deceduto nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Vallo della Lucania dopo quattro giorni ininterrotti di contenzione meccanica³⁵. Il giudice, pur condannando i medici imputati per sequestro di persona e morte come conseguenza del sequestro, scrive nella sentenza che "dal punto di vista normativo, il principale riferimento di legge è a tutt'oggi l'art. 60 del R.D. 615/1909"³⁶.

Questa interpretazione non viene, invece, sostenuta da chi, partendo dall'assunto dell'avvenuta abolizione dei manicomi a opera della legge Basaglia, ritiene impossibile che una legge precedente, svuotata di ogni significato per la scomparsa dell'oggetto normato, possa continuare a produrre effetti relativi a una questione

.....
35 Il film 87 Ore della regista Costanza Quatriglio narra gli ultimi giorni di vita di Francesco Mastrogiovanni, utilizzando le immagini dell'uomo riprese dalle telecamere di sorveglianza interne al Spdc e acquisite durante il processo.

36 Sentenza n. 825/2012, Tribunale Vallo della Lucania, pagina 31.

così delicata, e incisiva della libertà della persona, come la contenzione³⁷. Quest'ultima interpretazione sembra essere la più accreditata, nonostante il recente pronunciamento giurisprudenziale appena richiamato.

Inoltre lo spirito della legge 180/1978, ristabilendo la piena titolarità dei diritti civili dei cittadini affetti da disturbi psichici, conferma quanto già stabilito nel codice penale rendendo il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione illecito, fino a configurare alcune gravi ipotesi di reato quali la violenza privata, l'abuso di mezzi di correzione e disciplina, i maltrattamenti ripetuti, l'abbandono di incapace, fino al sequestro di persona.

I critici dell'utilizzo dei mezzi di contenzione partono dal presupposto che la contenzione meccanica non rientri all'interno di atti che possano considerarsi medici e terapeutici ma, su questo punto, la posizione ufficiale tanto della Società italiana di psichiatria (Sip) quanto della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI) sono discordanti. Le due categorie rappresentative dei lavoratori che si occupano di cura e assistenza delle persone con disagio psichico, tendono a considerare la contenzione, pur ritenendo di doverla grandemente limitare e sottoporla a rigida regolamentazione, un atto di natura medica e quindi utilizzabile in alcune, particolari, situazioni.

Inoltre, una parte della dottrina e della giurisprudenza relativa alla contenzione considera ammissibile tale pratica, somministrata in determinate condizioni ed entro un quadro specifico di garanzie per il paziente, e quindi non sanzionabile *tout court*.

Si tratta di argomentazioni che si basano da un lato su una sorta di "interpretazione letterale" delle norme contenute nella legge 180/1978 che, non avendone direttamente fatto menzione, non comporterebbe l'attribuzione di illiceità di tale pratica e dall'altro da considerazioni di contesto che renderebbero giustificabile l'utilizzo di pratiche contenitive in base a ragioni di necessità e rischio diretto per l'incolumità di pazienti e/o di persone con cui esso possa entrare in contatto.

A questo quadro, si deve aggiungere **la questione riguardante la posizione di garanzia**, un obbligo in capo a soggetti cui sono affidate per motivi di cura delle persone e il cui compito prevede anche di attivarsi per impedire che fatti pericolosi o lesivi accadano. Sono quindi dei soggetti garanti, con l'obbligo di garantire gli interessi delle persone sotto la loro tutela e responsabili per la loro incolumità. La posizione di garanzia deve intendersi più come una posizione di protezione, piuttosto che una posizione di controllo³⁸, in un'ottica di presa in carico e cura del soggetto, come è proprio delle attività terapeutiche e, quindi, di quelle dello psichiatra.

La posizione di garanzia va a configurarsi solo nel caso in cui lo psichiatra si renda responsabile di comportamenti omissivi e trova il suo fondamento nell'articolo 40 secondo comma del codice penale per cui "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". Si rileva, quindi, come esistano vincoli di tutela in capo a particolari categorie di soggetti investite di obblighi di garanzia nei confronti delle persone loro affidate. Uno psichiatra, a seconda dei diversi indirizzi della giurisprudenza, può essere chiamato a rispondere per una serie di eventi, come aver provocato la morte del paziente, o averne peggiorato le condizioni di salute, non avere evitato che il paziente facesse danni a terzi o non averne impedito il suicidio. Il rischio connesso a una percezione, da parte del medico psichiatra, di essere investito di una eccessiva responsabilità può portare a un atteggiamento definito come "**medicina difensiva**", nel senso che il professionista attua delle scelte che tendono più a tutelare sé stesso dall'eventualità di incappare in un procedimento penale, piuttosto che il paziente sottoposto alle sue cure.

Il codice di deontologia medica, al suo articolo 3, ritiene che "dovere del medico è la tutela della vita, della

.....
37 Tra tutti, M. Massa, 2015, *La contenzione. Profili costituzionali: diritti e libertà*, in Il nodo della contenzione, a cura di Stefano Rossi, Edizioni AlfabetaVerlag, Merano.

38 La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto, pag. 56, a cura di Giandomenico Dodaro, Franco Angeli, Milano 2011

salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana". Proprio all'interno di questa attribuzione di doveri viene fatta discendere, da chi la ritiene lecita, l'obbligatorietà della contenzione per prevenire o impedire danni alla salute del proprio paziente³⁹. Di segno opposto è l'interpretazione di chi ritiene che la contenzione possa configurare un illecito penale, giudicabile per i reati sopra elencati, anche se non punibile in presenza di alcune cause di giustificazione.

Le cause di giustificazione vanno ricercate in alcuni articoli del Codice Penale e le principali sono l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere (art.51); lo stato di necessità (art.54) e la legittima difesa (art.52). Va precisato anche che la dottrina ha teso a privilegiare le ultime due ipotesi giustificative, considerando l'applicabilità della scriminante dell'adempimento di un dovere indice di una concezione di un rapporto sbilanciato tra medico e paziente psichiatrico, in cui il secondo non si vedrebbe riconosciuto un ruolo paritario.

Se, come emerge da quanto sopra riportato, sul piano strettamente legislativo la contenzione meccanica nei trattamenti psichiatrici parrebbe essere una pratica generalmente illecita, giustificata solo in casi di eccezionale pericolo per l'incolumità del paziente e delle persone che gli stanno intorno, la prassi racconta, invece, una realtà molto diversa.

Di fronte a questa situazione, una semplice disamina degli aspetti strettamente giuridici non è sufficiente a illustrare l'intero quadro che regola (o non regola) la contenzione meccanica. È quindi necessario aprire più di una finestra riguardante sia alcuni significativi documenti di carattere istituzionale, sia i regolamenti e le linee guida redatte da alcune strutture sanitarie e dalla comunità medica.

In primo luogo per importanza, significatività e attualità va richiamata la presa di posizione del **Comitato Nazionale di Bioetica** dell'aprile 2015.

Il documento "*La contenzione: problemi bioetici*" prende in considerazione il tema della contenzione presso pazienti psichiatrici e anziani e si focalizza sulla contenzione meccanica come fenomeno critico rilevante.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ribadisce l'orizzonte del superamento della contenzione nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della pienezza dei diritti della persona.

Il CNB, partendo dalla considerazione e constatazione che la pratica di legare i pazienti contro la loro volontà sia tutt'altro che residuale nella realtà italiana, afferma la necessità di una forte attenzione da parte delle istituzioni politiche, strutture e operatori del mondo sanitario affinché si prendano tutte le iniziative e misure necessarie perché la contenzione meccanica rappresenti effettivamente una extrema ratio e, venga al più presto abolita del tutto.

Sul piano giuridico, secondo il CNB, si sottolineano i limiti rigorosi della contenzione in quanto potenzialmente lesiva dei diritti fondamentali della persona e si ritiene che anche nei casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio questa debba avvenire solo in casi di reale necessità e urgenza, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.

Sono inoltre particolarmente significativi e direttamente cogenti, ai fini della ricerca in corso, due documenti coordinati: i riferimenti alla contenzione in psichiatria contenuti nel XVI report del **Comitato Europeo per la prevenzione della Tortura del 2006** e le linee guida e le successive raccomandazioni elaborate dalla **Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2010**.

.....
39 Tra tutti, C. Sale, Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico, in *Diritto penale contemporaneo*, 2014, pag. 5.

L'European Committee for the Prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment nel XVI "General Report on the CPT activities" (2006) nella sezione "Means of restraint in Psychiatric Establishment"⁴⁰, dedicata ai problemi della contenzione negli istituti psichiatrici, giunge alla conclusione che in molti istituti vi è un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione meccanica. Il report rileva inoltre che in molte strutture psichiatriche italiane visitate dal CPT si fa ricorso alla contenzione per motivi di comodità dello staff e per "mettere al sicuro" i pazienti "difficili" mentre vengono espletate altre attività. Il CPT contesta l'argomentazione secondo la quale la carenza di personale renderebbe necessario un aumento delle contenzioni argomentando che, al contrario, la messa in atto di una corretta contenzione richiederebbe un numero maggiore di operatori.

I risultati del Report del CPT sono stati presi in considerazione, sulla base di un parere del Gruppo Interregionale per la salute mentale, dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome la quale, nel documento "Contenzioni in psichiatria: una strategia possibile per prevenire" del luglio 2010, afferma che "è possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente"⁴¹. Il documento si conclude con sette raccomandazioni il cui "obiettivo finale è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di salute mentale".

Insieme all'identificazione degli obiettivi per limitare il ricorso a pratiche coercitive, il documento elaborato dalla Conferenza Stato e Regioni pone l'accento sul fatto che la pratica della contenzione meccanica risulta diffusa e poco conosciuta sul territorio nazionale. Anche per quanto riguarda le dannose conseguenze della contenzione, è ancora impossibile riuscire a stabilire quante persone ne subiscano gli effetti ogni anno.

Nel corso degli ultimi anni, **sempre più regioni, aziende sanitarie o singoli presidi ospedalieri**, hanno cercato di regolamentare le pratiche di contenzione attraverso l'emanazione di documenti, raccomandazioni e linee guida.

Il principio di fondo enunciato in tutti i documenti secondo il quale la pratica della contenzione fisica⁴² deve essere, di fatto, abolita perseguendo l'obiettivo di un livello zero di pratiche contenitive; tale principio costituisce una delle condizioni fondamentali nella conduzione dei reparti che devono essere luoghi in cui:

- venga garantita la massima serenità di pazienti, familiari e operatori e, in tal senso, la possibilità che i pazienti possano essere oggetto o testimoni di episodi di contenzione rappresenta un fattore critico capace di generare sensazioni di avvilitamento, paura, insicurezza;
- si stabilisca di un clima relazionale positivo tra operatori pazienti e familiari.

La possibilità che l'obiettivo ambizioso di un livello zero di contenzione possa essere raggiunto in un reparto di psichiatria necessita dell'assunzione di un impegno formale da parte dei DSM che deve essere esplicitato nei documenti che regolano l'offerta e le strategie di cura.

La situazione attuale è tale, da rendere poco realistico poter raggiungere immediatamente l'obiettivo di evitare la pratica della contenzione; ciò rende necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno

.....
40 Consultabile a questo link: http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm#_Toc147633167

41 Consultabile a questo link: <http://www.regioni.it/conferenze/2010/08/02/doc-approvato-psichiatria-contenzione-fisica-una-strategia-per-la-prevenzione-104535/>

42 Va segnalato che in diversi documenti (ad es. "Gestione della contenzione fisica in pazienti psichiatrici" Osp. Carlo Poma Mantova) la formulazione adottata è la seguente: "contenzione fisica attraverso presidi meccanici sulla persona"

con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori.

A completamento del quadro normativo e regolamentare del nostro Paese vanno considerati i protocolli definiti e adottati in ambito ospedaliero e socio-sanitario. Questi documenti rappresentano - o dovrebbero rappresentare - le misure dettagliate cui attenersi nei casi di applicazione delle misure contenitive.

Si tratta di documenti che affrontano direttamente e operativamente il tema della contenzione contestualizzandolo sul piano delle metodiche, delle raccomandazioni sul suo utilizzo, delle normative e delle regole da considerare e applicare. In estrema sintesi, gli argomenti che vengono trattati sono i seguenti:

- le definizioni operative e descrizione dei mezzi di contenzione (definizione, efficacia, tipologia e classificazione);
- le raccomandazioni generali rispetto all'uso della contenzione (si tende ad affermare la necessità e l'obiettivo della riduzione del ricorso alla contenzione);
- l'indicazione di possibili soluzioni alternative;
- le definizioni e argomentazioni in tema di sicurezza ambientale, relazione con la persona violenta, le tecniche di riduzione della probabilità di un agito, la difesa personale;
- la descrizione delle procedure e delle manovre operative di contenzione;
- gli aspetti normativi;
- gli eventi indesiderati e indesiderabili e le misure per evitarli.

Sul fronte dell'analisi comparativa e di ciò che succede negli altri paesi europei il riferimento più significativo e interessante è rinvenibile nella normativa in vigore in **Gran Bretagna raccolta in un'unica legge quadro denominata Mental Health Act del 1993**, aggiornata successivamente nel 2007.

Ciò che distingue il quadro giuridico del Regno Unito rispetto agli altri paesi d'Europa è il dettaglio attraverso il quale vengono regolate alcune somministrazioni di trattamenti psichiatrici specifici, tra i quali la contenzione. Il quadro che emerge pur non essendo del tutto condivisibile rende la situazione, in parecchi casi, molto meno ambigua rispetto a quello di altri Paesi.

Infatti, pur attribuendo un notevole potere discrezionale ai medici e al personale sanitario nella somministrazione di un ampio spettro di trattamenti motivati da condizioni di urgenza (tra questi anche l'elettroshock) il legislatore, oltre ad affermare il principio della necessità del consenso da parte del paziente, tende a restringere il campo ad alcuni specifici trattamenti, che solo in alcune circostanze possono essere utilizzati. In particolare va sottolineato che la contenzione meccanica risulta essere ampiamente ed esplicitamente vietata.

Cap. 2 – L’analisi della contenzione meccanica in una prospettiva multidisciplinare

di Andrea Taddei

Il **secondo capitolo** del rapporto di ricerca (di Andrea Taddei) ricostruisce gli studi sperimentali che, soprattutto in ambito internazionale, sono stati condotti per determinare quali elementi culturali, strutturali, relazionali e individuali (fattori di rischio ed effetti perversi) si associno costitutivamente all’uso – e in particolare a quello frequente e improprio – di tale pratica nella varietà dei servizi psichiatrici destinati al ricovero e alla cura dei pazienti acuti.

I risultati prodotti mettono innanzitutto in luce come l’utilizzo della contenzione (di diverso tipo) ricorra maggiormente tra pazienti che condividono specifiche caratteristiche della propria storia clinica e determinate caratterizzazioni a livello socio-demografico. L’ospedalizzazione coatta (TSO), ad esempio, comunica di per sé una possibile ostilità dell’individuo, creando nello *staff* la percezione che l’intervento terapeutico possa trasformarsi plausibilmente in uno scontro fra istituzione e paziente. La percezione da parte del personale di un rischio di *escalation* della violenza può essere, inoltre, accentuata dal genere, dall’età e/o dallo status di “immigrato” del degente, in quanto tra i giovani o gli stranieri di sesso maschile l’aggressività rappresenta spesso una risposta culturalmente valorizzata all’interno delle dinamiche di socializzazione, che dà corpo alle aspettative sociali anche in un contesto come quello degli SPDC. Tali elementi si inseriscono nel contesto di interazione fra paziente e personale assistenziale, amplificando i minimi segnali predittivi o diagnostici di comportamento ostile e attivando con più probabilità risposte “terapeutiche” non in linea rispetto alla *effettiva* pericolosità della situazione. L’analisi dei fattori caratterizzanti la domanda dei servizi di cura permette, dunque, di capire come l’uso della contenzione, al di là delle motivazioni esplicitate (controllo dell’aggressività, gestione di un rischio imminente, ecc.), risponda a dinamiche socio-relazionali che si costruiscono nel doppio mandato caratterizzante l’intervento psichiatrico: *controllo* della marginalità e *cura* delle patologie. Il servizio di cura si pone dunque come luogo di confine fra la società – e i suoi meccanismi d’esclusione – e il disturbo mentale, quale marginalità concretizzata a livello individuale. In questo scenario, la dimensione spazio-temporale dell’intervento diventa rilevante. La necessità d’efficienza rischia, ad esempio, di accelerare i ritmi della pratica assistenziale, restringendo le possibilità legate alla dimensione temporale dell’ascolto. D’altra parte, anche lo spazio della cura tende ad estendersi ben al di là dei ristretti confini del servizio, mediante un “lavoro di rete” che, seppur indispensabile, contiene aspetti problematici direttamente legati all’ampliamento del campo d’azione (Ruta, 2006⁴³).

L’utilizzo dello strumento coercitivo sembra legarsi direttamente all’emergere di ambienti assistenziali inadeguati e di natura conflittuale.

L’analisi della letteratura ha evidenziato, nello specifico, i seguenti elementi di criticità:

43 Ruta R. (2006), «La funzione di contenimento nel Servizio di salute mentale», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130 (3): 49-70.

Sovraffollamento (crowding): La concentrazione di molti pazienti all'interno dei reparti sembra essere uno degli indicatori più importanti per valutare la qualità dell'ambiente fisico e relazionale del servizio di cura. È plausibile, infatti, che il sovraffollamento si accompagni a strutture incapaci di sostenere l'elevato numero di domanda del servizio, a un'insufficiente presenza del personale assistenziale o, comunque, ad un'atmosfera più caotica e promiscua che può alimentare le criticità che condizionano i pazienti gravati da disturbi acuti. In questo caso, i tempi stretti nella gestione di emergenze comportamentali possono favorire il ricorso sbrigativo a forme di contenimento coercitivo e violento degli stati di agitazione. L'evidenza del sovraffollamento quale fattore di rischio per l'utilizzo di strumenti contenitivi non è, però, totalmente confermata. Sebbene diverse ricerche ne rilevino l'importanza (Bak et al., 2013)³⁷, alcuni studi ne ridimensionano il ruolo (Di Lorenzo et al., 2014³⁸, Kalisova et al., 2014³⁹), evidenziando come non sia tanto il sovraffollamento nella sua accezione più generale ad essere un fattore predisponente all'uso diffuso della contenzione, quanto l'elevata concentrazione di ricoveri coatti (Flammer et al., 2013)⁴⁰. Tuttavia, le prove più convincenti mostrano come un elevato numero di pazienti all'interno dei servizi di cura determini un'atmosfera particolarmente esposta al rischio di attivazione e propagazione di atteggiamenti e comportamenti aggressivi da parte dei pazienti, rendendo più probabili quelle situazioni di conflitto con il personale assistenziale che si legano caratteristicamente all'utilizzo delle misure coercitive.

Caratteristiche del bacino territoriale d'utenza: Husum e colleghi (2010)⁴¹ evidenziano come tra i reparti in contesti urbani sia più diffuso l'utilizzo della contenzione rispetto alle piccole città o alle zone rurali. È plausibile che le zone metropolitane intercettino un più ampio spettro di problemi determinato da disagi sociali più marcati, come precarietà diffusa e carenza/mancanza di network sociali, costringendo l'intervento psichiatrico a confrontarsi anche con quadri diagnostici borderline e con situazioni di confine fra psicosi e normalità, in cui uno scarso controllo dell'emotività si scontra con un'apparente padronanza del pensiero logico (Ruta, 2006)⁴². Particolarmente critica sembra, in questo scenario, la condizione presente nel nostro paese, in cui la deprivazione sociale si sovrappone spesso al gigantismo dei bacini d'utenza. Ad esempio, nel contesto di Roma, «il bacino di utenza medio degli SPDC è di 200.000 abitanti, ben 6 SPDC hanno un bacino di riferimento superiore a 300.000 abitanti e ciascun SPDC ha un rapporto, in media, con 3 Centri di Salute Mentale (ASP 2006). Ne deriva che gli SPDC, anche per la insufficienza di posti letto disponibili, sono costantemente in grandi difficoltà a gestire una quantità e qualità di problematiche psichiatriche, soprattutto in riferimento ai gravi stati di agitazione psicomotoria, mancando assai spesso qualsiasi informazione utile al trattamento del caso, da parte dei Servizi psichiatrici e sociali territoriali» (Sangiorgio, Sarlato, 2008/9, p. 7)⁴³. Tuttavia, gli studi di Bowers e colleghi (2013)⁴⁴ mettono in luce come le situazioni a rischio evidenziate non determinino necessariamente la legittimazione "pragmatica" delle misure di contenzione. Analizzando un campione di reparti psichiatrici in Gran Bretagna, l'autore evidenzia che, laddove sia presente un bacino d'utenza caratterizzato da elevata deprivazione sociale accompagnata da una scarsa qualità ergonomica degli ambienti, il servizio di cura si caratterizza da numerosi episodi di conflitto staff-pazienti, ma tale incidenza non si associa con un sovradimensionamento del ricorso a pratiche contenitive e coercitive allo scopo di gestire l'emergenza. Di solito, una domanda particolarmente connotata da deprivazione sociale non favorisce automaticamente comportamenti contraddistinti da un elevato livello distruttivo, quanto piuttosto un generalizzato atteggiamento d'insofferenza nei riguardi delle regole del reparto. È innegabile, tuttavia, che, laddove i servizi di cura siano contraddistinti da bacini di utenza ad elevato status socio-economico, aumenta il numero dei ricoveri volontari e diminuiscono proporzionalmente le occasioni di conflitto e gli episodi di contenzione.

44 Bak J, Zoffmann V, Sestoft D. M., Almvik R., Brandt-Christensen M. (2013), «Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study», *Perspectives in Psychiatric Care*, 8: 1-13.

45 Di Lorenzo R., Miani F., Formicola V., Ferri P. (2014), «Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis», *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 94-102.

46 Kalisova L., Raboch J., Nawka A., Sampogna G., Cihal L., Kallert T. W., Onchev G., Karastergiou A., Del Vecchio V., Kiejna A., Adamowski T., Torres-Gonzales F., Cervilla J. A., Priebe S., Giacco D., Kjellin L., Dembinskas A., Fiorillo A. (2014), «Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10): 1619-29.

47 Flammer E., Steinert T., Eisele F., Bergk J., Uhlmann C. (2013), «Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis», *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 2(9): 110-119.

48 Husum T. L., Bjørngaard J. H., Finset A., Ruud T. (2010), «A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics», *BMC Health Services Research*, 10: 89.

49 Op. cit.

50 Op. cit.

51 Bowers L., Stewart D., Papadopoulos C., Iennaco J. (2013), «Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study», *Psychiatric Services*, 64(5): 423-30.

I *fattori strutturali*, sebbene rappresentino elementi importanti per la pratica psichiatrica, non sembrano dunque rappresentare condizioni sufficienti al diffondersi della contenzione. Di particolare importanza sono, a questo riguardo i *fattori legati all'organizzazione e alla caratterizzazione del personale medico-infermieristico*, che saranno affrontati nei successivi punti.

Atteggiamenti detenuti dal personale assistenziale e cultura di reparto: Tra i protagonisti della pratica assistenziale esiste un certo grado di variabilità rispetto ad atteggiamenti e opinioni nei confronti dei trattamenti coercitivi all'interno dei servizi di cura. Se alcune ricerche mettono in luce come la contenzione meccanica sia una pratica più difficilmente accettata rispetto a modalità alternative di controllo (Bowers, 2004)⁴⁵, altri contesti psichiatrici sottolineano come determinate pratiche di coercizione (come la cage-bed) siano preferibili in confronto alla contenzione ambientale e/o farmacologica. Spesso alcuni contesti assistenziali considerano la contenzione meccanica alla stregua di una Multi-purpose procedure (Moghadam et al., 2014)⁴⁶, capace di: 1) supportare, in qualità di strumento fondamentale a disposizione dell'organizzazione, il controllo dei pazienti; 2) velocizzare il raggiungimento dei fini terapeutici, coadiuvando l'intervento farmacologico; c) prevenire danni ai soggetti e al personale. In questo scenario, i risultati di Bowers et al. (2007)⁴⁷ ricostruiscono l'influenza di specifici atteggiamenti maturati dal personale medico e infermieristico sull'accettazione della coercizione all'interno dei reparti. Secondo l'autore, laddove i soggetti considerino l'eventualità di un atteggiamento aggressivo da parte dei pazienti un elemento inaccettabile per la pratica di cura, lo staff sarà più propenso ad approvare la contenzione (nella sua accezione più generale) quale strumento per garantire la sicurezza inerente al contesto del servizio. Allo stesso tempo, concepire l'aggressività come qualcosa di "normale" e come strettamente legata all'emergenza psichiatrica sollecita, paradossalmente, l'approvazione della contenzione meccanica. Tale disposizione all'utilizzo delle misure coercitive sembra, inoltre, interessare il personale con una più elevata anzianità all'interno dei reparti, sottolineando come una sovraesposizione ad episodi di aggressività messi in atto dai pazienti comporti probabilmente un atteggiamento più cinico nei confronti delle possibilità di cura, fondato sull'idea di una ineluttabilità della malattia mentale. Nonostante il legame esistente fra atteggiamenti dello staff e legittimazione delle misure coercitive, non sembrano sussistere prove empiriche a supporto della relazione fra accettazione della contenzione e diffusione della stessa all'interno dei reparti. Secondo Husum et al. (2010)⁴⁸, non sono tanto gli atteggiamenti individuali a sollecitare l'uso di strumenti contenitivi, quanto le dinamiche di leadership, la costruzione dei ruoli di assistenza e la complessiva organizzazione del personale. Esiste, in sostanza, una cultura di reparto, che prescindendo in parte dalle singole disposizioni dei soggetti, rappresenta un elemento determinante per la scelta delle modalità d'intervento all'interno della pratica di cura. A questo proposito, Holland (1993)⁴⁹ mette in luce come il personale infermieristico sia coinvolto in un progressivo processo di socializzazione alla professione, basato non tanto sulle proprie credenze e opinioni, quanto sull'influenza di un sistema d'autorità costruito in base all'esperienza dei colleghi, a cui si aggiungono le specifiche direttive elaborate attraverso la gerarchia formale. Molto spesso, tale processo si accompagna all'emergere di un sentimento di coesione e fiducia tra il personale a cui, però, corrisponde una tendenza alla rigidità cognitiva, capace di respingere idee e prospettive alternative rispetto a quelle dominanti nel reparto. Lo staff dei servizi di cura può essere dunque visto alla stregua di un'équipe professionale che basa il proprio operato su una "definizione della situazione" costruita attraverso la stretta collaborazione dei partecipanti, mediante la lealtà reciproca tra colleghi (Goffman, 1961, tr. it. 2010)⁵⁰ e sulla base dei dispositivi di potere messi in atto dalle figure che, rispetto all'organigramma del reparto, dispongono di maggiore facoltà nell'imporre decisioni e modelli terapeutici. In questo senso, piuttosto che cogliere gli atteggiamenti individuali di tutto il personale medico-infermieristico, occorre indagare in profondità le opinioni maturate dai dirigenti sanitari e da coloro che dispongono di potere decisionale rispetto ai trattamenti da impartire o rispetto ai percorsi formativi dei diversi membri dello staff.

52 Bowers L. (2004), «Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients», *World Psychiatry*, 3(1).

53 Moghadam M. F., Khoshknab M. F., Pazargadi M. (2014), «Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint: A Qualitative Study», *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1): 20-30.

54 Bowers L., Alexander J., Simpson A., Ryan C., et al. (2007), «Student psychiatric nurses' approval of containment measures: relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder», *International Journal of Nursing Studies*, 44 (3):349-56.

55 Husum T. L., Bjørngaard J. H., Finset A., Ruud T. (2010), «A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics», *BMC Health Services Research*, 10: 89.

56 Holland K. C. (1993), «An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual», *Journal of Advanced Nursing*, 18(9): 1461-1470.

57 Goffman E. (1961), *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York; tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968 (traduzione di Franca Basaglia).

Formazione e organizzazione del personale assistenziale: Alcune indagini sottolineano un risultato anomalo e per certi versi paradossale: laddove è presente molto personale infermieristico ed assistenziale è più probabile riscontrare la legittimazione delle pratiche di contenzione. Tale situazione sembra essere confermata anche da un recente studio sull'utilizzo della coercizione nei reparti psichiatrici dell'Unione Europea. Con riferimento al contesto italiano, viene rilevato come l'SPDC di Napoli evidenzi un elevato tasso di personale assistenziale rispetto al numero di degenti, a cui, tuttavia, non si accompagna un minor uso di contenzione (Kallert et al., 2005⁵¹, Kalisova et al., 2014⁵²). All'interpretazione di questo risultato inatteso concorre lo studio di Bowers e colleghi (2013)⁵³, che mette in luce come l'elevato numero di infermieri e psichiatri spesso sottintende, al di là dell'intervento congiunto di altri fattori, la maggiore presenza nel personale di lavoratori non qualificati e temporanei. L'accettazione di un'impostazione no restraint converge dunque con la possibilità di avvalersi, in primo luogo, di un personale contraddistinto da un training specifico (impossibile in un contesto ad elevato turn over), addestrato sulla gestione dell'emergenze e del rischio e capace di avvalersi di misure alternative. D'altra parte, è necessaria un'organizzazione del personale utile alla costituzione di un gruppo operativo che possa far fronte alle esigenze del servizio e capace di sviluppare una cultura di reparto no restraint. Purtroppo, in letteratura non è presente una sistematica ricostruzione dei modelli organizzativi maggiormente proficui per il raggiungimento dei risultati considerati. A livello generale, un elemento di particolare importanza è rappresentato dal ruolo del leader, capace di definire una precisa attribuzione di responsabilità (Huckshorn, 2004) e rappresentare un punto di coesione per l'operato di diversi sottogruppi di lavoro (medici, psicologi, infermieri, ecc.). Come affermano Sangiorgio e Sarlato (2008/9, p. 8)⁵⁴: «La strutturazione dei diversi ruoli professionali in sottogruppi corporativi, quando non contrastata da una forte leadership, alimenta istanze paranoiche e conflittuali e può lasciare spazio, nelle situazioni più critiche, ad angosce primarie di attacco e fuga.» Per supportare una routine no restraint è necessario, infatti, che i vari membri di un'équipe professionale «siano unanimi nelle posizioni da prendere e tacciano il fatto che queste non sono state raggiunte indipendentemente» (Goffman, 1961, tr. it. 2010, p. 106)⁵⁵. La costruzione di una cultura di reparto funzionale alla critica delle pratiche contenitive deve quindi avvalersi di un regista capace, da una parte, di ammansire e correggere qualsiasi membro che metta in gioco comportamenti non linea con la strategia collettiva e, dall'altra, stimolare l'organizzazione con dimostrazioni appropriate d'impegno. L'organizzazione del management e dell'apparato direttivo sembrano dunque elementi di particolare importanza, ancor più delle caratteristiche attribuibili al personale infermieristico. Tale argomentazione risulta avvalorata da alcuni studi che evidenziano l'associazione fra riduzione delle misure contenitive e tipo di linee guida sviluppate all'interno dei reparti. Di Lorenzo et al. (2014)⁵⁶ sottolineano come una riduzione della contenzione meccanica è possibile in concomitanza alla promulgazione di regolamenti più restrittivi. Un risultato che sembra essere confermato anche a livello internazionale. Pollard e colleghi (2007)⁵⁷, ad esempio, hanno analizzato, su un campione di reparti psichiatrici degli Stati Uniti, gli effetti dei nuovi standard messi a punto dalla Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) in merito all'utilizzo della contenzione, evidenziando un incisivo decremento di tali pratiche nel periodo successivo alla pubblicazione delle nuove linee guida, anche rispetto a condizioni diversificate dei servizi di cura.

58 Kallert T. W., Glöckner M., Onchev G., Raboch J., Karastergiou A., Solomon Z., Magliano L., Dembinskas Kiejna A., Nawka P., Torres-Gonzalez F., Priebe S., Kjellin L. (2005), «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», *World Psychiatry*, 4(3):168-172.

59 Kalisova L., Raboch J., Nawka A., Sampogna G., Cihal L., Kallert T. W., Onchev G., Karastergiou A., Del Vecchio V., Kiejna A., Adamowski T., Torres-Gonzales F., Cervilla J. A., Priebe S., Giacco D., Kjellin L., Dembinskas A., Fiorillo A. (2014), «Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10): 1619-29.

60 Bowers L., Stewart D., Papadopoulos C., Iennaco J. (2013), «Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study», *Psychiatric Services*, 64(5): 423-30.

61 Op. cit.

62 Op. cit.

63 Di Lorenzo R., Miani F., Formicola V., Ferri P. (2014), «Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis», *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 94-102.

64 Pollard R., Yanasakm E. V., Rogers S. A., Tapp A. (2007), «Organizational and unit factors contributing to the reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit», *Psychiatric Quarterly*, 78: 73-81.

Strategie alternative alla contenzione meccanica di gestione dell'emergenza: Sebbene siano presenti molti studi aventi l'obiettivo di descrivere alcune strategie alternative di gestione dell'emergenza, non tutti possono avvalersi di un supporto empirico utile a valutare quale sia la loro effettiva influenza sulla riduzione del ricorso alla contenzione. Tra i pochi, lo studio di Bak e colleghi (2013)⁵⁸ ricostruisce due modalità d'intervento capaci di prevenire il ricorso a strumenti contenitivi:

La valutazione obbligatoria (Mandatory review). Rappresenta uno strumento utile alla riduzione della contenzione laddove tale pratica sia ancora effettivamente utilizzata. Dopo ogni episodio di contenzione, il personale assistenziale viene sollecitato a valutare ogni fattore che ha motivato l'utilizzo delle misure coercitive, descrivendo l'accaduto e isolando i *crisis triggers*;

Il coinvolgimento del paziente. Rappresenta un insieme di modalità d'intervento non formalmente definito, ma che sollecita un rapporto più coinvolgente dei pazienti all'interno dell'istituzione (partecipazione a conferenze, partecipazione a tavole rotonde interne al reparto, possibilità di influire sulle regole e sulle norme che strutturano la quotidianità del servizio, ecc.).

La ricostruzione sistematica della letteratura operata da Stewart e colleghi (2009) evidenzia come alcuni ulteriori interventi siano stati valutati come possibili fattori di prevenzione della contenzione meccanica:

Terapia occupazionale;

Utilizzo della contenzione ambientale (isolamento) come strumento per sedare l'aggressività.

Tuttavia, tali studi si avvalgono spesso di un impianto metodologico inadeguato e i risultati effettivi rimangono documentati e esposti in modo poco chiaro. La maggior parte degli interventi che emergono come possibili alternative alla contenzione meccanica tendono comunque a comprendere più di una strategia. Lo studio più significativo sull'efficacia di programmi *multi-orientati* è quello di McCue *et al.* (2004)⁵⁹. Il programma oggetto di valutazione comprendeva i seguenti punti:

Sessioni di gestione dello stress e della rabbia indirizzati ai pazienti; Addestramento dello *staff* sulla gestione della crisi;

Organizzazione di un *team* d'intervento per assistere il personale in pratiche di *show of force* o di contenzione *non* meccanica;

Valutazione obbligatoria degli episodi di contenzione;

Ricompense per le unità che riuscivano a decrementare il tasso di episodi di contenzione.

I risultati hanno evidenziato una significativa riduzione della contenzione dopo l'introduzione di questo intervento integrato, sebbene nel breve periodo siano aumentati gli episodi di aggressione dei pazienti nei confronti dello *staff*. Tuttavia, è doveroso segnalare che, nei contesti in cui lo studio sperimentale è stato condotto, l'utilizzo della contenzione meccanica non era particolarmente diffuso e, secondo gli stessi autori, non è chiaro se gli specifici elementi a sostegno della funzionalità del programma siano più importanti rispetto agli elementi costitutivi dello stesso: lo sforzo multidisciplinare, il *training* rispetto alle alternative disponibili, un continuo *feedback* tra il personale assistenziale e, soprattutto, un tangibile e continuo supporto da parte dell'amministrazione. Secondo Stewart (2009), sebbene sia plausibile che alcuni cambiamenti nella pratica dei reparti influenzino l'utilizzo della contenzione meccanica, l'evidenza empirica disponibile non permette di capire quale combinazione di tali interventi possa essere superiore alle altre, o quali condizioni ne inficino le possibilità preventive.

Sebbene gli elementi evidenziati rappresentino il retroscena entro cui l'emergenza tende ad essere affrontata attraverso pratiche di coercizione, la relazione fra situazioni di conflitto e strumenti contenitivi non ha di per sé connotati deterministici. La catena della contenzione, come suggerito dalla ricerca empirica, può essere spezzata grazie all'intervento di due elementi particolarmente importanti all'interno della gestione dei servizi di cura. In primo luogo, è necessario l'affermarsi di un'*ideologia no restraint*, capace di espellere, a livello deontologico, la contenzione dal panorama delle pratiche della professione psichiatrica. Un'*ideologia* che, dall'altra parte, deve radicarsi all'interno del contesto d'azione, attraverso linee guida e normative determinanti per la responsabilizzazione del personale e per costruire una traiettoria chiara dell'intervento. All'interno di questa logica, la direzione *no restraint* deve accompagnarsi a un'organizzazione della prassi assistenziale capace di supportare un intervento tendenzialmente estraneo alle pratiche coercitive (*cultural/organizzazione di reparto*). Nonostante non vi siano ricerche empiriche capaci di evidenziare modelli organizzativi maggiormente funzionali all'obiettivo preposto, alcune argomentazioni suggeriscono un necessario abbandono di logiche corporative tra i vari attori deputati all'assistenza, coadiuvato da una direzione capace sia di indirizzare la pratica, sia di rappresentare una *leadership* espressiva utile alla delineazione di una cultura di reparto *no restraint*. La professionalizzazione e il *training* del personale costituiscono, in queste condizioni organizzative, il grimaldello necessario per scardinare il fenomeno contenitivo all'interno dei servizi di cura.

65 Bak J., Zoffmann V., Sestoft D. M., Almvik R., Brandt-Christensen M. (2013), «Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study», *Perspectives in Psychiatric Care*, 8: 1-13.

66 McCue R. E., Urcuyo L., Lilo Y., Tobias T., Chambers M. J. (2004), «Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient services», *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2): 217-224.

Cap. 3 - La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica

di Sergio Mauceri

Nei capitoli precedenti, le analisi della normativa (capitolo 1) e della letteratura scientifica (capitolo 2) hanno sollevato una serie di interrogativi significativi in ordine alle pratiche della contenzione e in particolar modo di quella meccanica, oggetto specifico del nostro interesse all'interno del presente lavoro. Per supportare alcune delle interpretazioni precedentemente fornite e restituire risposte esperte agli interrogativi emersi, l'équipe di ricerca ha proceduto, mediante il supporto di una traccia semi-strutturata e secondo uno stile che fosse il meno direttivo possibile, ad intervistare dieci testimoni privilegiati che potessero restituire un quadro di risposte alle stesse questioni adottando prospettive diverse. Con l'intento di istituire una sorta di dialogo tra cerchie civili, istituzionali e scientifiche, che spesso operano l'una indipendentemente dall'altra, la scelta dei soggetti da intervistare ha privilegiato due criteri fondamentali: 1) la possibilità che il ruolo ricoperto si connettesse a una chiave interpretativa densa di significati rispetto ai nodi della contenzione in virtù del coinvolgimento dell'intervistato/a in sfere di azione o decisionali strategiche; 2) il coinvolgimento di figure chiave che operassero nel territorio piemontese, ossia nell'ambito di competenza del committente territoriale di questa prima fase di avvio del progetto (Compagnia di *San Paolo*). Il **terzo capitolo** del rapporto di ricerca (di Sergio Mauceri) riporta e discute dettagliatamente i risultati derivanti dall'analisi interdisciplinare condotta a partire da queste interviste a testimoni esperti di diversa area di competenza (giuridica, psichiatrica, istituzionale, terzo settore): Giocchino Di Palma (Avvocato Telefono Viola); Pietro Sangiorgio (Direttore del DSMH1 di Roma e ricercatore); Lorenzo Toresini (Psichiatra, Presidente dell'Associazione Club SPDC no restraint); Caterina Corbascio (Consulente psichiatra della Regione Piemonte); Teresa Di Fiandra (Dirigente psicologa del Ministero della Salute); Raffaella Dal Toso, Alberto Danzi, Enrico Gaviglio, Vittoriano Mega (Operatori dell'Associazione di Torino "Arcobaleno"); Domenico Giacopini (Consulente psichiatra del Terzo settore).

Il tessuto connettivo che lega le diverse testimonianze fa emergere considerazioni dotate di un rilievo etico e sociologico che travalica i rispettivi confini disciplinari degli intervistati per avvalorare l'ipotesi secondo la quale la contenzione meccanica, piuttosto che una pratica terapeutica, costituisca da tanti punti di vista una negazione della dignità e dei diritti del paziente psichiatrico, con profonde conseguenze traumatiche sul proprio stato di salute mentale.

Dalle interviste a questi esperti emergono i seguenti punti di accordo:

- il paradigma che giustifica la contenzione è bio-genetico, che determina la convinzione che la malattia mentale sia inguaribile e gestibile solo con mezzi coercitivi (TSO, contenzione farmacologica e meccanica). Per inciso, l'etichettamento che è alla base della tassonomia diagnostica crea una profezia che si autoavvera, per cui se ci si inizia a percepire come malato inguaribile si finisce col diventarlo;
- la contenzione non può in alcun caso essere considerata un atto terapeutico: la contenzione meccanica è causa di pesanti danni fisici e psicologici tra coloro che la subiscono;
- la contenzione è un indicatore di fallimento terapeutico che dovrebbe indurre un serio ripensamento delle modalità di gestione delle crisi acute nei reparti ospedalieri;
- se la contenzione venisse regolamentata su un piano normativo/giuridico si rischierebbe di legittimarla implicitamente perché sarebbe comunque categorizzata come pratica possibile, laddove attualmente non è citata in alcun ordinamento normativo-giuridico. Al contrario, non regolamentandola - non rendendo obbligatorie ad esempio determinate forme di monitoraggio e controllo - non sarebbe invece possibile sanzionare e intervenire laddove si verificano abusi. È questo a costituire il vero nodo della contenzione;

- la contenzione ha un effetto estensivo anche sui pazienti che sono in cura fuori dai SPDC e che temono di poterla subire in futuro. Questo crea disaffezione nei confronti della psichiatria e dei mezzi utilizzati.
- il connubio tra porte chiuse dei reparti e contenzione fa sì che si possa applicare una estrema discrezionalità rispetto alle visite dei parenti quando si è contenuti. Per questa via, si attua un vero e proprio occultamento delle prove e viene preclusa la possibilità di porre fine alla contenzione;
- l'atteggiamento detenuto dalla leadership del reparto è considerato uno dei fattori più importanti per discriminare tra reparti che ricorrono alla contenzione e SPDC no restraint;
- la formazione e l'aggiornamento del personale infermieristico è considerato uno degli elementi più importanti per far sì che non si stimoli l'aggressività del paziente e per la gestione appropriata degli eventi di crisi acuta.

Se unanimemente tutti gli esperti argomentano che una possibile via per l'abolizione della contenzione sarebbe di denunciare l'accaduto, l'avvocato Gioacchino Di Palma spiega che alla base della decisione di non denunciare la contenzione subita vi è una serie di fattori interrelati:

- la spirale di vergogna e l'interiorizzazione del sentimento di colpa vissute dal paziente contenuto;
- la destituzione di ogni credibilità che un paziente psichiatrico vivrebbe in sede processuale;
- il fatto che le porte chiuse non consentano agli avvocati di entrare nei reparti;
- il fatto che vi siano pochi avvocati disposti a seguire i casi, considerato anche che si tratta di un ambito poco redditizio.

Nell'ambito delle posizioni critiche nei confronti della contenzione meccanica, sono estrapolabili almeno due concezioni:

a) pragmatismo critico – è la posizione di chi critica la contenzione per come è praticata nei SPDC (pratica routinaria, condotta anche per lunghi lassi di tempo), ma che giustifica il ricorso a questa pratica in casi di estrema necessità, quando è in serio pericolo l'incolumità del paziente o di chi gli sta attorno.

b) critico-relazionale: la contenzione è condannata sempre e si individua nella via del no-restraint (porte aperte e mancato ricorso alla contenzione) la strada privilegiata per giungere ad una sua abolizione.

Molto diffusa tra gli esperti è la posizione secondo la quale la contenzione meccanica sarebbe una misura custodiale di comodo, praticata per garantire l'ordine e il riposo nel reparto. C'è chi a questo riguardo ipotizza una grande responsabilità degli infermieri, in quanto frangia più sofferente dei SPDC. In virtù della dose di sofferenza derivante dal fatto di essere "in prima linea", l'ipotesi è che siano loro stessi a fare pressioni sui medici affinché la contenzione possa essere praticata. A questa visione, che equipara esplicitamente gli infermieri a "braccio armato" della contenzione, ci sono diverse voci che, d'altra parte, sottolineano come i veri responsabili siano i dirigenti sanitari che la dispongono.

Nel corso di questo nostro primo lavoro esplorativo sul diritto dei pazienti psichiatrici a non essere legati, abbiamo avuto la possibilità di inoltrarci in una realtà, tuttora troppo in ombra, che è quella dei SPDC *no restraint*. Più specificatamente, in questo percorso alla ricerca di buone pratiche, tra gli altri esperti, abbiamo avuto modo di incontrare personalmente Lorenzo Toresini, il Presidente del Club dei SPDC *No restraint*. L'Associazione, nata a Trento nel 2013, riunisce quanti siano interessati a promuovere un percorso di cura

ospedaliera per i pazienti psichiatriche alternativo rispetto a quello dominante. Il modello del *no restraint*⁶⁷, è caratterizzato principalmente da questi due elementi (cfr. Toresini, 2005⁶⁸; Rossi, Toresini, 2015, p. 273⁶⁹):

- a) la pratica di non legare mai il paziente al letto;
- b) la pratica di lavorare con le porte aperte.

Come si è già avuto modo di notare, porte chiuse e contenzione sono due elementi della cultura organizzativa dei SPDC (*restraint*) che si legittimano reciprocamente, nel senso che se non vi fossero le porte chiuse probabilmente la contenzione non potrebbe essere occultata pubblicamente e perciò praticata con eccessiva disinvoltura. D'altra parte, le porte chiuse assolvono a precise funzioni rispetto alla possibilità che i degenti non escano dai reparti, considerato che frequentemente si sviluppa la precisa determinazione del ricoverato a fuggire o ad andarsene (e forse ancora troppo poco sforzo viene devoluto per interrogarsi sulle *vere* ragioni di questa diffusa disposizione alla fuga). Diventa quindi interessante, prima di arrivare a illustrare le alternative alla contenzione meccanica, cercare di capire come siano gestite le porte aperte nei reparti *no restraint*. Come apprendiamo da Toresini, "porte aperte" non significa che il paziente possa uscire dal reparto senza alcuna autorizzazione. L'uscita è il frutto di una *pratica negoziale*, in cui entra immediatamente in gioco una componente relazionale forte, che risulta essere la chiave del successo, come specificheremo meglio tra breve, della stessa possibilità di non ricorrere alla contenzione.

Questa relazionalità si esprime in una miriade di modi diversi, non tutti esplicitabili negli scritti prodotti dagli psichiatri che aderiscono al paradigma *no restraint*, sia perché differiscono da SPDC a SPDC sia perché, vissuti come qualcosa di naturale, si finisce con il darli per scontati, quando scontati non sono affatto. Tutti i SPDC *no restraint*, pur nella loro varietà, convergono verso l'obiettivo di abbattere quella *asimmetria di potere* nel rapporto medico-infermiere-paziente, che è la cornice ideologico-relazionale che costruisce lo spazio sociale privilegiato in cui le misure coercitive, come la contenzione, prendono forma e si cristallizzano come pratica di routine. Significativo è rimarcare come la ricerca di una maggiore simmetria relazionale possa contribuire alla rimozione di quei simboli, come il camice bianco per il personale sanitario e il pigiama per i degenti, che nella cultura ospedaliera sono dati per scontati e, quindi, considerati inamovibili. Dalle parole di Toresini apprendiamo dunque che nell'ospedalizzazione dei degenti psichiatrici è possibile mantenere una *disimmetria dei ruoli*, intesa come diversità tra i ruoli di medico, infermiere e paziente, senza però sfociare in una asimmetria di potere.

Il *contenimento dell'angoscia*, come contrapposto all'immobilizzazione che la contenzione implica, è precisamente l'obiettivo che, nella loro varietà, le pratiche relazionali messe in atto nei SPDC *No restraint* si propongono di mettere in atto nel far fronte agli stati di crisi acuta dei pazienti psichiatrici (Rossi e Toresini, 2015)⁷⁰. L'obiettivo del "contenimento" (*holding*), secondo il significato che nel 1958 lo psicanalista inglese Winnicott attribuiva al termine - tenere in braccio, proteggere, accudire - implica il ricorso a pratiche sensoriali-affettivo-cognitive, come il toccare, parlare, sollecitare e manifestare la "presenza", dirette a ricostruire le basi del "senso di sé" del paziente (Correale, 1999⁷¹; Lichtenberg, 1992⁷²; Ferioli, 2013⁷³).

67 Per l'elenco dei 21 SPDC che sono consociati, si rimanda alla pagina Facebook del Club SPDC *no restraint*. L'Istituto Superiore della Sanità nel report "Progres Acuti" del 2005 documentava che circa 2 SPDC ogni 10 lavorava con reparti a porte aperte e senza contenzione meccanica.

68 Toresini, L. (2005), *SPDC aperti e senza contenzione. Per i diritti inviolabili della persona*, Centro di Documentazione di Pistoia, Pistoia.

69 Rossi, S. e Toresini, L. (2015), *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, in Rossi S., a cura di, *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

70 Op. cit.

71 Correale A. (1999), *Il lavoro d'équipe*, in Berti Cerroni G., Correale A. (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Cortina, Milano.

72 Lichtenberg, J.D. (1992), *Il Sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma.

73 Op. cit.

Relazionalità è la parola d'ordine che orienta l'agire pratico nei reparti SPDC *no restraint* e che consente sostanzialmente di arginare le situazioni di emergenza, che negli altri SPDC motivano il ricorso alla contenzione. Per sostituire il contenimento con la contenzione occorre, come ci spiega Toresini, superare quella paura che è all'origine di ogni processo di stigmatizzazione e uscire da quel circuito perverso della profezia che si autoavvera che fa capo all'interiorizzazione dello stigma di malato, costruito socialmente-istituzionalmente, e che sfocia, con buona probabilità, nella cronicizzazione del disagio psichico. Non è di fatto un caso che, come sottolineato dall'ispiratore del Telefono Viola, Giorgio Antonucci, in suoi vari scritti, gli stadi più acuti del malessere psichico si manifestino con maggiore frequenza proprio dentro i reparti che fanno maggiore uso di pratiche coercitive, piuttosto che all'esterno e piuttosto che dentro i SPDC *no restraint*, sollevando il dubbio legittimo che sia proprio la violenza di reparto a generare, o comunque a far precipitare, le acuzie.

Non aver paura significa anche non sottrarsi aprioristicamente dall'esigenza di fronteggiare le situazioni di crisi con l'uso della forza *motivata*. La discriminata è, però, che l'uso che della forza, cui talvolta si deve ricorrere nei SPDC *no restraint*, è momentaneo e accompagnato sempre da strategie comunicative che possano servire a precisare al paziente il *senso* dell'agire del personale sanitario:

Si è già reso conto di come il modello di cura messo concretamente in atto dai SPDC *no restraint* potrebbe difatti essere un'alternativa alla contenzione. Ma cosa condiziona l'incidenza decisamente minoritaria dei circa 20 SPDC *no restraint* rispetto agli oltre 300 SPDC nazionali?

Una ragione importante, già ampiamente espressa nei precedenti paragrafi, è legata all'interdipendenza che l'SPDC ha rispetto ai servizi e alle reti territoriali, di modo che solo le regioni complessivamente più virtuose, dal punto di vista del funzionamento interno dei DSM (Dipartimenti di Salute Mentale), riescono evidentemente a transitare dal *restraint* al *no restraint*.

Tuttavia, l'impressione che in questo lavoro di studio e ricerca abbiamo recuperato è che *restraint* e *no restraint* si collochino in una posizione che Thomas Kuhn (1962/1970; tr. it. 1978)⁷⁴ avrebbe definito di *incommensurabilità tra paradigmi*. Proprio l'incomunicabilità tra due paradigmi psichiatrici, determinata dal fatto di avvalersi di due visioni alternative, porterebbe i medici che aderiscono ai due modelli di diagnosi e cura – sempre richiamandoci a Kuhn – a vedere due cose differenti anche quando rivolgano lo sguardo verso il medesimo punto. Effettivamente (quasi sempre), nessuna delle due visioni nega il carattere deplorabile della contenzione meccanica, ma si accusano reciprocamente di adottare visioni ideologiche, quindi posizionate al di fuori della scienza. In effetti, la posizione *restraint* si ostina a decretare il carattere ineluttabile di questa pratica e l'altra, anche avvalendosi della sperimentazione di nuovi modelli di cura e sfidando la prassi consolidata di cura, si affanna a dimostrare che non contenere è possibile. Probabilmente, alla base dello scetticismo verso il *no restraint* si è radicalizzato qualcosa di più di un immediato riconoscimento delle differenze che caratterizzano i territori in cui ciascuno dei due modelli assume una posizione dominante. Un elemento importante che spiega le differenze è il fatto che la rivoluzione psichiatrica basagliana sia stata recepita solo selettivamente. Precisamente, all'interno dell'esperienza concretamente agita da Basaglia e dal suo gruppo, prima ancora che nella proposizione di una riforma dei servizi psichiatrici, vi è appunto il disegno di un paradigma con cui ri-leggere e re-interpretare la malattia mentale, indossando lenti diverse, rispetto a quelle fino ad allora adottate. Nessuno, credo, smentirebbe che praticare in modo routinario la contenzione significhi non solo aver smarrito quelle lenti, ma averle infrante irrimediabilmente. Non è giustificato, altresì, accusare di ideologismo, il *no restraint* fintantoché la validità del suo paradigma sia affermata in modo non aprioristico, quanto semmai attraverso la forza empirica dei fatti, lavorando quotidianamente in regime a porte aperte e senza ricorrere alla contenzione meccanica.

74 Kuhn T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, The University of Chicago; tr. it., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.

Se il riferimento del paradigma *no restraint* è sostanzialmente molto prossimo al modello di psichiatria tratteggiato da Basaglia e dal suo gruppo, nell'altro caso, come a più riprese argomentano gli esperti, il riferimento è a un paradigma *bio-genetico* che, oltre a negare qualsiasi speranza di guarigione definitiva, si sposa perfettamente con la tesi portante della posizione "*restraint*" circa il carattere ineluttabile della contenzione. Contro il paradigma dominante, occorre persistere nel tentativo di contaminarlo e di svelarne le anomalie, anche quando far dialogare e "miscelare" esperienze tanto diverse sembrerebbe difficile.

Cap. 4 - Biografie della contenzione. Una traccia di lettura tra vissuti, rappresentazioni e ipotesi interpretative

di Susanna Ronconi

Il quarto capitolo (di Susanna Ronconi), anch'esso avente carattere empirico, ricostruisce le traiettorie biografiche di alcune persone che nella regione Piemonte hanno vissuto in passato l'esperienza della contenzione. Ancora più che nei precedenti capitoli, la restituzione della voce dei diretti interessati consente di inquadrare precisamente la contenzione meccanica come ultimo approdo all'interno di un percorso complessivo di cura estremamente accidentato e in cui è la progressiva spoliatura dell'autodeterminazione del paziente psichiatrico nella decisione delle cure cui sottoporsi (TSO, prescrizione di farmaci e altre forme di contenzione) a far apparire in filigrana la processualità che mette in connessione le diverse forme di abuso dei diritti all'interno dell'intero DSM, prima ancora che dentro l'SPDC. La voce di chi ha vissuto in prima persona la pratica della contenzione meccanica è affidata innanzitutto alle interviste biografiche focalizzate⁷⁵ proposte a quattro persone, una donna e tre uomini, a Torino, resi disponibili dopo un incontro di gruppo di presentazione della proposta di ricerca organizzato grazie alla disponibilità della rivista Segn/Alì⁷⁶ – la cui redazione è composta da persone con disagio psichiatrico e da educatori/trici – e dall'Associazione Arcobaleno⁷⁷ di Torino. In seconda battuta, nuovi e ulteriori contenuti sono stati portati da due diverse dinamiche di gruppo: la prima, propedeutica all'avvio del lavoro di ricerca, e sede della presentazione della stessa, si è svolta come una sorta di *brainstorming* attorno alla parola "contenzione" tra circa 25 persone, per la gran parte persone con disagio psichiatrico cui si sono aggiunti alcuni educatori/trici, ed ha rappresentato un significativo contributo per la messa a fuoco tematica di una traccia utile alla conduzione dell'intervista biografica, oltre a rappresentare un necessario passaggio di trasparenza e consenso; un secondo gruppo ha avuto le caratteristiche di un *focus group*, organizzato in chiusura della raccolta delle interviste, con la presenza di 15 persone, in parte non presenti al primo gruppo: a loro sono stati sinteticamente presentati in forma di citazione 5 temi cruciali emersi dalle interviste a pazienti e a operatori, attorno ai quali il gruppo si è espresso con nuovi contenuti e significazioni. Questi contenuti sono presentati in chiusura della versione estesa di questo rapporto.

Le quattro persone che hanno narrato le loro biografie rappresentano situazioni individuali e percorsi assai diversi.

Al momento dell'intervista, una di queste persone esercita la professione di avvocato, mantiene rapporti costanti e informali con uno psichiatra che è anche un amico oltre che un terapeuta, con cui condivide visione del disagio mentale e impegno sociale e politico attorno a questi temi; un'altra è medico, esercita la sua professione, mantiene un rapporto continuativo con i suoi terapeuti di fiducia, presso un ospedale della città, utilizza il CSM solo quando serve burocraticamente; un terzo è pensionato, vive in piena autonomia, continua a rivolgersi al CSM per la terapia farmacologica, il quarto è operaio edile, lavora e si avvale di un progetto sociale mirato, in attesa di una sua autonomia abitativa, è in terapia farmacologica per la quale si

75 Le quattro interviste biografiche focalizzate sono state raccolte e analizzate secondo l'approccio suggerito dalla Grounded Theory Costruttivista. Riferimenti metodologici in: Alheit P, Bergamini S (1996), *Storie di vita- Metodologia di ricerca sociale per le scienze sociali*, Guerini, Milano; Charmaz C., (2011) *The lens of constructivist Grounded Theory*, in *Five ways of doing qualitative analysis*, The Guildford Press, New York; Merrill B., West L. (2012) *Metodi biografici per la ricerca sociale*, Apogeo, Milano.

76 Al lavoro redazionale della rivista (<https://segnaliblog.wordpress.com/>) collaborano persone provenienti da diverse esperienze di organizzazione delle persone con disagio psichiatrico e che utilizzano o hanno utilizzato i servizi di salute mentale: tra queste, oltre a Arcobaleno (<http://www.assarcobaleno.org>), anche laboratorio Urbano Mente Locale (<http://mrlaburb.blogspot.it>) e la rete Mad Pride (<http://madpridesito.jimdo.com/>).

77 "L'associazione Arcobaleno, nata a Torino nel 1988, è fatta di persone che utilizzano o hanno utilizzato i servizi di salute mentale. Arcobaleno esiste per mettere in comunicazione la follia con la razionalità, per dare cittadinanza alla follia, per combattere i pregiudizi nei confronti di chi soffre, per aiutare a convivere con la sofferenza senza lasciarsi schiacciare. Arcobaleno aiuta le persone sofferenti in modi concreti, con un luogo di ritrovo, un lavoro, con il fare teatro, musica, sport e scrivere sulla rivista Segn/Alì?"

rivolge al reparto ospedaliero più che al CSM.

Dai racconti emerge la netta correlazione tra modalità e pratica concreta di gestione del TSO e contenzione meccanica in SPDC. Non tutti i TSO vissuti dalle persone intervistate hanno avuto l'esito della contenzione, e se questo in parte ha a che fare con l'intensità delle diverse crisi e relativi comportamenti soggettivi, non pare questo il primo e più significativo indicatore che porta all'adozione di misure contenitive. Quello che emerge non è un nesso lineare comportamento-reazione, gravità della crisi-contenzione, ma una dinamica complessa che avviene in un contesto dove sono diverse le variabili che giocano un ruolo incisivo verso l'esito finale.

In prima battuta, va osservato come la descrizione delle singole crisi individuali metta in scena situazioni assai diversificate, non omogenee quanto a grado di presunta necessità – rispetto ai comportamenti iniziali - della contenzione come *estrema ratio* per il fronteggiamento di una situazione a rischio. Il TSO scatta per la richiesta di una famiglia preoccupata per i comportamenti non ordinari o fuori controllo del congiunto, ma in assenza di gesti al limite; una situazione di anoressia che si sta aggravando; una frase sconnessa lanciata verso dei carabinieri; espressioni di forte disagio dovute a alcool e malattia: per come descritti, sono scenari critici ma di non particolare impatto verso persone, cose e ambiente.

Ci sono finito perché i miei fratelli mi hanno visto un po' strano, io camminavo tantissimo, andavo in via Roma, dappertutto dove la mia mente mi diceva di andare, mi han visto strano, mio fratello ha parlato con mia cognata, la mia ex cognata – abbiamo anche adesso un buonissimo rapporto – e son venuti a casa degli psicologi di via Leoncavallo e io ho chiamato la polizia

I - Hai chiamato al polizia quando hai visto gli psicologi?

Sì ho chiamato dicendo che le psichiatre mi importunavano e quindi, mi sono ritrovato al Giovanni Bosco ricoverato [M1]

Sono arrivata poi a perdere davvero la capacità di gestire questo mio sintomo, intorno al 2007, ero già laureata e lavoravo già da un bel po', [...] sono andata ad abitare da sola, e dunque pur avendo costruito tanto, [...] comunque son crollata. Nel 2007 ho cominciato a perdere il controllo di queste cose e siamo arrivati al TSO, a un certo punto. E me ne hanno fatti tre di seguito, di TSO [F1]

Avevo dei pensieri fuori dall'ordinario e frequentavo un locale e vedevo pericoli un po' dappertutto ed è passata la camionetta dei carabinieri e ho gridato qualcosa e mi hanno imbarcato... Mi hanno imbarcato e portato da lì a XX e lì sono stato interrogato da uno psichiatra, un colloquio su al reparto, mi han fatto un prelievo del sangue, cosa che mi è sembrata strana, senza motivarlo, dico i farmaci che prendo glieli dico io, non è che do fuori di testa perché sono sotto droghe, ho sempre spiegato la mia situazione, che sono sotto farmaci, antidepressivi. A quel punto lì hanno deciso che mi dovevano ricoverare [M2]

La prima volta... dopo il militare, perché da militare non sono stato ricoverato, mi avevano mandato in medicina generale a Brescia e poi sono venuto a casa. Un anno dopo e avevo già la piola [l'osteria N.d.r.] ed era il marzo del '74, stavo male, bevevo, sentivo... Ero proprio fuori [...] Ma ci sono finito perché ho rubato una macchina, davanti alla piola, poi mi son messo a dormire dalle parti di XX e si è fermata una macchina della polizia, mi han chiesto i documenti e io guardi non li ho, la macchina è rubata, e mi han portato a Venaria dove ho tentato di distruggere la cella perché non mi lasciavano andare al gabinetto, mi han portato alle Nuove, alle Nuove è venuto un magistrato a interrogarmi, mi ha chiesto se avevo un avvocato, e io sì ne ho due, ah due, i nomi? Sacco e Vanzetti e lui ha scritto Sacc... poi se n'è accorto e va bene, allora vada 40 giorni in manicomio [M3]

Le biografie mettono in evidenza la possibile correlazione tra impatto delle modalità del TSO e le successive reazioni soggettive, che vanno a quel punto ad alimentare un dispositivo a catena, esacerbando una escalation di comportamenti reciproci.

Si tratta a volte di una reazione soggettiva alla violenza del TSO tout court, che non trova riscontro nella

propria percezione di sé e dei propri comportamenti, e che viene vissuta non solo come violenza ma anche come ingiustizia subita, impatto che a sua volta causa una reazione. La presenza delle forze dell'ordine, con il relativo impatto con le modalità tipiche di un arresto, è fattore precipitante, così come il sentimento di paura che questo impatto porta con sé:

Io ho fatto a quel punto un certo tipo di opposizione dicendo che non ne vedevo il motivo [del ricovero], sì ero un po' in paranoia ma ... avevo affittato un bungalow e ho detto no, adesso mi riportate giù. Io mi opponevo, loro hanno chiamato di nuovo i carabinieri, loro sono arrivati e lì è scattato un TSO violento.

I - Violento cosa vuol dire? Ma perché tu avevi reagito anche fisicamente?

No no, io ho detto ma a voi vi gira, e loro "adesso ti facciamo girare noi" uno mi ha preso per una gamba e altri due per le braccia e mi han fatto girare sul piazzale

I - Girare?

Mi han fatto fare la trottola sul piazzale, loro mi giravano intorno e io giravo nel mezzo... così, siccome io ho detto a voi vi gira loro mi hanno fatto girare... non molto professionale, no? Io mi sono piuttosto incazzato, avevo una mano libera e con questa mano ho afferrato i testicoli di uno dei carabinieri che mi teneva, ovviamente mi hanno lasciato subito e fatto cadere e fortunatamente non era altissimo e non mi sono fatto male, e lì è stato il primo TSO con contenzione fisica [M2]

L'esperienza della contenzione meccanica è raccontata anche in relazione al rifiuto dell'assunzione del farmaco nel momento della crisi, dove al temporaneo contenimento fisico necessario alla somministrazione, segue in maniera che appare nei racconti scontata, routinaria, un periodo di contenzione meccanica post sedazione e post somministrazione:

Il TSO, io mi ricordo che c'era un poliziotto e i vari psicologi dell'ospedale e io non volevo farmi sta puntura, mi nascondevo dietro... perché avevo paura che mi facessero del male, pensavo che era la mafia...

I - Eri ancora nel tuo film...

Esatto!

I - Ma loro non ti hanno spiegato cosa succedeva, cosa ti avrebbero fatto?

Solo che dovevo fare questa puntura [M1]

E mi ricordo che quando sono rientrato e adesso giuro la motivazione non me la ricordo, vorrei capire cosa è successo, mi son sentito prendere e mi hanno poi contenuto, mi hanno legato. Mi sono svegliato legato.

I - E cosa era successo?

E non mi ricordo niente, ma io sono convinto che sia stato il farmaco a provocarmi una reazione, perché io mi conosco, io non ho scatti violenti

I - Qualcuno dopo te ne ha dato una ragione?

Ma diciamo che io non ho mai posto la domanda di quello che era accaduto, però mi ricordo benissimo che ero legato e proprio alla David Copperfield, perché avevo le mani e i piedi legati così. [M1]

Io mi sono prescritta – perché ero medico e mi prescrivevo i farmaci – mi ero prescritta una cartina di Lasix, perché avevo preso due etti... e mi son trovata con il potassio a zero da arresto cardiaco e quindi mi han portata di peso e mi hanno detto se tu ti fai male così e perdi peso e non mangi, e noi ti mettiamo le flebo perché hai bisogno di liquidi

e tu ti strappi le flebo, finché hai le flebo noi ti dobbiamo legare [F1]

E nei TSO che ho avuto sono sempre arrivato imbragato, io, in repartino, cioè TSO e repartino uno qui, uno a Carmagnola, e mi facevano l'iniezione di sedativo e poi mi legavano. Io nel '98 ho avuto l'ultimo ricovero al Giovanni Bosco [M3]

Che la contenzione non sia una pratica terapeutica ma di mero e violento controllo appare in tutta la sua evidenza biografica attraverso la descrizioni delle pratiche contentive e delle reazioni al sentirsi legati e la memoria degli stati emotivi vissuti. Che, poi, via sia un radicale, connaturato linguaggio di violenza insito comunque nella pratica della contenzione meccanica è ben evidenziato dal confronto tra narrazioni che hanno a che fare con procedure differenti e con contesti relazionali non omogenei.

Nelle biografie, dolore, disperazione e ribellione sono i vissuti tanto di chi è stato contenuto dopo un percorso fallimentare ma inizialmente condiviso di negoziazione su alternative possibili, quanto di chi si è ritrovato legato senza averne ragione e consapevolezza. Il portato di violenza e di impotenza accompagna entrambi, e i danni emotivi, fisici e psicologici non si differenziano: le testimonianze sembrano dire che anche quando invece del silenzio e dell'opacità viene offerta una ragione alla scelta della contenzione, questo non attenua la sofferenza. La pratica del legare è più forte e invasiva di ogni (eventuale e supposta) giustificazione fornita.

Lì, sì, mi hanno legato. Lì funzionava così: innanzitutto ti leghiamo perché se ti strappi le flebo di potassio... sei 25 chili e dobbiamo nutrirti, figliola... non potevano nutrirmi in nessun modo, mi davano una fetta biscottata e io l'andavo a vomitare. Allora la modalità che hanno concordato con il mio nutrizionista – io la capisco adesso ma allora...- allora, ti diamo da mangiare quelle quattro fette a colazione e ti leghiamo al letto, così non vai a vomitare. Poi, ti sleghiamo all'ora di pranzo, ti mettiamo lì quel po' di verdura e di carne, la mangi, e non la vuoi mangiare non la mangi, oppure la mangi ma in ogni modo dopo ti rileghiamo al letto fino all'ora di cena, a cena ti risleghiamo, mangi e poi ti rileghiamo... e così sono passati i giorni [F1]

E sono riuscito con la mano a togliere una molla dal letto, perché io tiravo così, tiravo e tiravo, ero sedato ma mi sentivo contenuto, legato, stavo malissimo. [...] Legato sì ma... imbavagliato no [...] Gridavo come un pazzo, infermiera! Se qualcuno voleva dormire di certo non ci riusciva, mi sentivano anche lassù in chirurgia... perché essendo legato l'unica cosa che avevo di forza era spingere e addirittura alzavo il letto e lo facevo camminare, e poi tutta la disperazione era sul vocale e gridavo come un pazzo, questo me lo ricordo. Un po' debole, ero debole e sentivo le palpebre andare giù, ma avevo una forza fuori dal comune, la mia disperazione era tutta lì, come un matto gridavo, però non mi hanno imbavagliato! [ride] [M1]

La reazione alla contenzione è una ribellione disperata, che amplifica il senso di impotenza e provoca danni fisici e, ulteriormente, psicologici e alimenta una spirale di azione-reazione in cui il reagire all'essere legati diviene – paradossalmente – una nuova e rinnovata ragione per continuare ad esserlo o per essere ulteriormente sedati:

Pativo e tiravo tiravo e non riuscivo a slegarmi, e poi con le mani studiavo e ristudiavo... vedevo che c'era qualcosa di ferro e questa molla che sono riuscito a togliere con le dita dal letto, praticamente c'era un macchinetta con due fori ho girato ho allentato e mi son liberato. E quando loro sono arrivati ero tutto spaparanzato nel letto tranquillo e mi hanno beccato.

I - Ma eri da solo nella camera?

Sì mi ricordo che gridavo, infermiere! Infermiere! gridavo, poi saltavo ed essendo legato mani e piedi saltando saltando e saltando il letto camminava e sono arrivato alla porta, e loro non riuscivano a entrare dovevano spingere. Poi sono venuti i miei fratelli, a trovarmi, io avevo le palpebre pesanti e non riuscivo a parlare. [M1]

In quei giorni lì mi dimenavo, con queste... ma già da subito, appena me le hanno messe, ero tutta una escoriazione, io non stavo ferma, anche perché non prendevo farmaci, e la mia rabbia veniva fuori tutta. [F1]

Una particolare esperienza di contenzione è quella raccontata da chi ha subito, prima dell'entrata in vigore della legge 180 e presso una struttura privata, l'elettroshock. Il contesto è tristemente noto, quella Villa Cristina, a Torino, conosciuta per le pratiche disumane cui i pazienti erano sottoposti. Chi la racconta non rintraccia in quella decisione alcuna apparente ragione, nessun ricordo legato a un episodio critico, che in qualche modo potesse averla determinata:

Ero lì, e mentre ero in gabinetto sono arrivati due nerboruti che mi hanno agguantato mi hanno legato come un salame e poi mi hanno fatto un elettroshock, senza anestesia. Una cosa terribile.

I - Era il periodo di Coda?

No, non so, io Coda l'ho visto dopo al processo⁷⁸... e arriva sto medico alto e grosso, io non lo conoscevo, con questa macchinetta, si è messo lì, io legato, e insomma un dolore enorme ma non solo, la sensazione che... gli occhi vedevano solo dei cerchi concentrici neri e blu, mentre passava la corrente, avevo la sensazione che il cervello rimanesse danneggiato e questo mi spaventava ancora di più, ho pensato non è che esco da qui peggio di come entrato? E poi un dolore fisico pazzesco, tutto il corpo, fa un male cane [M3]

La riflessione di chi, dopo questa esperienza, ha vissuto anche quella della contenzione in SPDC, crea una relazione tra pratiche che, pur nella loro diversità, obbediscono a una visione e una finalità simili, quella del controllo e della punizione contrapposta a una finalità terapeutica non rintracciabile né nell'una né nell'altra di queste pratiche:

Io ero lì che ero andato a pisciare... senza che nessuno mi dicesse niente. Ma usato come deterrente, così, come mezzo di controllo dentro la struttura, e anche come punizione, tutto meno quello per cui quei poveri deficienti che l'hanno inventato lo avevano inventato, perché l'avevano inventato pensando che funzionasse, come si faccia a pensare una cosa del genere ancora non l'ho capito, come si fa a pensarlo, ma come per tutte le terapie scioccanti, come l'insulina [...] Nella cartella clinica c'è scritto, ma c'era scritto solo TEC, uno transcranico e uno lombo pubico, perché questa era la procedura, ma basta, e sì, una diagnosi, che era maniaco depressivo. [M3]

I sentimenti più presenti nelle biografie sono l'impotenza e la rabbia, il loro alternarsi disegna il tempo della contenzione come il tempo dell'oscillazione tra il dolore e la passività annichilente dell'essere immobilizzati e l'atto della non accettazione, della resistenza.

Io ero tutta un livido perché la mia rabbia era a palla, mi dimenavo. [F1]

I - Che sentimento provavi, in quei momenti?

Di essere inerme, impotente. [M1]

Al momento c'era la rabbia, c'era la rabbia soprattutto per l'atto dei carabinieri, se mi avessero preso uno da un lato e uno dall'altro e mi avessero accompagnato era un conto, ma il fatto che io abbia risposto non vengo con voi e loro abbiano risposto così... tra l'altro poi ho avuto anche un processo per resistenza [...] Sì, rabbia anche perché non è che io avessi fatto degli atti violenti, io li ho subiti, poi chiaramente la versione dei carabinieri è che mi stavano accompagnando e io ho dato un calcio... d'altronde, così, tu stai zitto non è che al giudice puoi dire non è vero. [M2]

I tempi della contenzione riportati nelle narrazioni sono variabili, a volte avvolti in una indeterminatezza segnata anche dai farmaci e dalla sedazione:

I - Ti ricordi quanto sei stato in quella condizione?

.....
78 Giorgio Coda, psichiatra, noto con il soprannome di L'elettricista, per l'uso e l'abuso dell'elettroshock, processato per le sue pratiche sui pazienti, anche minori, e condannato dal Tribunale di Torino, nel 1974, a 5 anni di carcere, in seguito gambizzato da Prima Linea nel 1977. Di questa vicenda tratta il libro di **Alberto Papuzzi** *Portami su quello che canta*.

Mab, non penso più di tre o quattro giorni, forse anche di meno, non lo so. Però mi ricordo che prima che accadesse a me questa cosa c'era un altro ragazzo che era legato, contenuto e quando poi io mi sono svegliato che non ero più legato era slegato anche lui. [M1]

In un altro caso, si tratta di un andamento oscillante, la contenzione, le sue modalità e la durata stessa erano legate di volta in volta ai comportamenti, dentro un meccanismo di premio-punizione affidato alla valutazione dei medici circa i risultati e, in qualche modo, coinvolgente la paziente e le sue scelte:

Tre settimane. No, non proprio lega-slega tre settimane, perché se si vedeva che io mangiavo anche se niente, ma mangiavo magari una briciola ma la tenevo, decadeva subito il legarmi.

I - Era una sorta di premialità non legarti?

Sì esattamente. Oppure se proprio non ce la facevo a stare legata piuttosto non mangiavo niente, se non mangiavo non mi legavano. Non è che sia stata una grande soluzione, anche perché a un certo punto c'è stata necessità di mettermi i sondini, io non me lo ero mai fatta mettere, me lo strappavo sempre, me lo hanno messo e mi hanno tenuta legata 24 ore perché hanno detto almeno un kilo te lo facciamo prendere. Non appena hai preso questo kilo te lo togliamo. [F1]

In un terzo caso, la breve durata della contenzione pare legata alla fretta del SPDC di liberarsi di un paziente non territorialmente di sua competenza:

Sì mi hanno legato. Mi hanno tenuto tutta la notte poi la mattina hanno avvisato i miei genitori e sono arrivati o non so se mio fratello, sono venuti a prendermi e a riportarmi a casa, loro lì non mi volevano tra i piedi, ero fuori zona... [M2]

Le descrizioni del rapporto con il personale, medico e infermieristico, durante il periodo di contenzione oscillano tra l'assenza e una gamma di atteggiamenti definiti irrispettosi, irridenti o direttamente repressivi.

Vi sono situazioni di abbandono, periodi in cui non si vede un operatore o in cui si denuncia di essere stati lasciati senza cure essenziali (cibo, acqua).

Ma io mi ricordo che ogni tanto venivano ma torno a ripetere, ero sedato e un po' incosciente, palpebre chiuse. [M1]

I medici non c'erano, non li vedevi. [F1]

La mattina ero senza più un filo di saliva e ho chiamato è arrivato un infermiere che mi ha detto allora ti sei calmato, io sì ma se mi date un bicchiere d'acqua... e lui sì, ma se ti sei calmato. [M2]

La questione del rispetto appare cruciale. Le biografie denunciano la mancanza di rispetto, nella forma dell'irrisione, dell'infantilizzazione, della provocazione come questione di "sofferenza aggiunta" che va a sommarsi all'impotenza che già la condizione di contenzione impone. Sono relazioni che tendono a "diminuire" – nel senso di produrre percezioni di minorazione – umanità, adultità, credibilità del paziente.

Uno [TSO] me lo hanno fatto alle Molinette, ed è stato tremendo, tremendo anche perché... lì sì, ho patito [pausa] il ghigno satanico delle persone, degli infermieri che mi legavano.

Perché dici satanico?

Perché mi prendevano proprio in giro [...] Mi ricordo che ero legata avevo davanti dei pomodori e una fetta di carne, ora non so..., giocava l'Italia e dall'altra parte stavano tutti guardando la partita e io ero legata al letto e gli infermieri si erano fatto portare le pizze e forse anche per qualcuno degli altri ricoverati perché era giornata di festa per l'Italia che giocava, e l'infermiere veniva davanti a me con la pizza facendo mangia tu che mangio io... [...] lì,

con quelli mi ricordo un rapporto pessimo, un odio pazzesco. [F1]

L'impatto, qui, è accresciuto dalla possibilità di un raffronto tra personale dell'SPDC e personale del Reparto disturbi alimentari – cui chi narra è in carico – e la comparazione risulta senza appello:

Io ero legata al letto con il sondino, e i medici erano a due metri da me e ridevano. Solo il mio nutrizionista e il mio dietologo sono venuti da su in borghese a trovarmi, gli altri ridevano, mi prendevano in giro, dicevano come sei magra, per una magra così ci vorrebbero altre cinghie, io te ne metterei anche di più... una formazione e un modo di lavorare completamente diverso. E io ringrazio Dio o non so chi ringraziare che i miei terapeuti non erano quelli. [F1]

Un prolungato e quotidiano rapporto più che positivo con l'SPDC di riferimento, cui non si ricorre solo in caso di crisi ma anche per la terapia e per ricoveri volontari (*al Giovanni Bosco mi sento rispettato, sì, e sono anche molto professionali [M1]*) non ripara dall'impatto di sopraffazione fisica cui la contenzione è connessa, la violenza è insita nella relazione e impone la percezione della propria impotenza. Tuttavia – probabilmente anche grazie a relazioni di lunga durata che si sperimentano per lo più con altre modalità e in condizioni di normalità routinaria - il paziente qui trova una ragione ai comportamenti dell'infermiere e gli riconosce l'esercizio di una dose di violenza legittima non eccedente il "necessario". La distinzione soggettiva tra essere contenuto e essere picchiato in qualche modo fa la differenza tra una situazione di emergenza e necessità e una di arbitrio.

Mi ricordo l'infermiere che mi ha preso per il collo però poi ho detto due più due fa quattro, l'ha fatto per me, sicuramente non mi voleva fare del male, ma quando sei in quello stato lì hai una forza fuori dal comune e io poi sono sempre andato in palestra e ho fatto il muratore e la forza non mi manca, e per potermi bloccare era costretto a fare una cosa del genere se no non mi avrebbe bloccato.

I - Quindi ti sei dato una ragione di quel gesto...

Eh sì, quando ho visto... l'ho capito e mi sono detto qua più mi agito e peggio è, mi sono lasciato andare e niente, mi sono trovato legato. Però non è che mi han picchiato, mi hanno solo immobilizzato e contenuto. [M1]

La riflessione a distanza di tempo e la pratica narrativa – che aiuta a creare una sorta di stacco che sollecita l'autoriflessione critica - hanno facilitato l'emergere di alcune riflessioni attorno all'esperienza di contenzione vissuta (valutazioni di ordine più generale, invece, nel paragrafo seguente).

C'è chi riconosce alcune "buone ragioni" alla base del ricorso alla contenzione come estrema ratio in una situazione sul crinale di un alto rischio, e si attribuisce ex post una quota di responsabilità nel fallimento di alternative possibili:

Quando mi hanno preso ero nel suo studio e gli ho dato un calcio che per poco sanguinava dai pantaloni... e mi han portata giù al reparto tutti gli infermieri del reparto, grandi e grossi e io ero un friciulin... loro mi han dato tutte le possibilità per non arrivare lì...

I - Quali erano queste possibilità?

Mah, concordiamo, non riesci a mangiare? allora cambiamo la modalità, ti diamo da mangiare poco più volte al giorno, c'è stato un grandissimo contrattare, ma poi quando dopo due mesi vedi che io in ogni caso tento di fregarti in tutti i modi e allora basta, se fai la bambina di due anni io ti tratto come la bambina di due anni. Quindi li ho portati io lì, per esasperazione. [F1]

In questo caso, c'è stata ex post la possibilità di ragionare congiuntamente, paziente e medici curanti, sulla decisione e sul vissuto di contenzione, creando uno spazio di elaborazione peraltro reciproca sulla decisione adottata:

Io dico che in quel momento lì stavo giocando a braccio di ferro con loro, li stavo sfidando anche come medico. Ed è stato come un genitore a quel punto lì che mo' da due sberloni, ne avevo bisogno. E poi ci siamo spiegati e mi ha anche chiesto scusa, nel senso che mi ha spiegato perché. [F1]

Quello che, di contro, non si salva nella elaborazione del vissuto è la modalità della contenzione e le (pessime) relazioni vissute in SPDC, su cui permane un giudizio netto anche da parte di chi, come questa paziente, è incline a una lettura autocritica o di chi comunque ammette che vi possano essere situazioni in cui si prospetta la contenzione come estrema ratio. Peraltro, con il personale dell'SPDC questa opportunità di rielaborazione comune non è data:

Quello che poi è stato veramente gratuito è stato il clima che si respirava nell'altro reparto [SPDC], dove questa attenzione non c'era. [F1]

Nella mia esperienza quella chimica è quella più utilizzata, e anche lì bisogna fare le cose adeguate, senza stroncare la persona senza che questa sappia cosa le sta succedendo. Sia quella fisica che quella chimica sono comunque due atti forti contro la tua volontà, volontà che se sei in fase maniacale va anche contenuta, e però penso che anche lì ci siano persone e modi diversi per farlo. [M2]

Sono insomma le relazioni e le pratiche a “fare la contenzione”, al di là del concetto in sé, e questa contenzione praticata non è mai assolta, nelle riflessioni offerte dai protagonisti.

Per chi ha un ricordo sfumato e nebuloso delle ragioni della propria contenzione, e non trova ragioni plausibili, anche dopo tanto tempo, al suo incipit, rimane lo stupore irrisolto – e non elaborato - per aver subito un trattamento che continua a non riconoscere come appropriato per le proprie personali caratteristiche di persona abitualmente incapace di gesti violenti:

E io mi ricordo lui [un altro paziente contenuto] e dicevo a me non mi legano perché io son tranquillo, e non avrei mai pensato... [M1]

E la contenzione non so se posso dire no, sempre e in tutti i modi no, ma certamente quella che ho subito io l'ho sentita come un sopruso, come eccessiva. Dato un tipo di azioni ci si aspetta una reazione di tipo adeguato e in quei casi lì non lo è stato [...] non è che io avessi fatto degli atti violenti, io li ho subiti. [M2]

La riflessione soggettiva non rinuncia, e va alla ricerca di una ragione, il farmaco e i suoi alti dosaggi – un farmaco inizialmente poco conosciuto e poco governabile, come poco conosciuta appare la reazione soggettiva ai suoi effetti - appare una spiegazione plausibile, cui però continuano a mancare occasioni di confronto ed elaborazione con i medici:

Son convinto, penso, ma dovrebbero dirmelo anche loro, mi son posto la domanda, che la cosa è stata causata tutta dalla prima somministrazione del farmaco, il leponex, poi non lo so... e poi prendevo anche altre pastiglie, insieme, loro all'inizio mi hanno portato fino a 375 milligrammi. [M1]

Infine, una riflessione coglie nelle relazioni e negli atteggiamenti di chi “lega” l'indicatore di una visione, della malattia mentale e del malato, di uno sguardo che autorizza l'arbitrio e in un certo senso lo “teorizza”:

C'è anche questo aspetto qui, il nodo della malattia “morale”, e invece non sta né in cielo né in terra. Ma è la giustificazione di un trattamento... perché io ti chiudo e ti lego perché tu sei anche moralmente abietto, non perché ti sei rotto una gamba, perché se ti fossi rotto una gamba non ti tratterei così male. [M3]

Continuo a pensare che la contenzione non possa fare parte di una terapia, non può farne parte mai, è un insulto alla persona. [M3]

Una intervista racconta di situazioni in cui la contenzione appare senza alternative, azione estrema a tutela di

un rischio elevato, per sé e per gli altri, e si lega allo stesso darsi, ex post, una ragione di quanto si è vissuto personalmente:

Ma qualche volta... quel ragazzo di colore che si stava strozzando che ti ho detto prima, dopo si era ripreso e ha fatto una corsa in fondo al corridoio ed è andato con la testa verso il muro deciso come quando sei in area col pallone e vai deciso che devi segnare! Era pericoloso per lui e per gli altri, e penso che l'unica alternativa sia quella, penso, se sei un pericolo per te e per gli altri. Io penso che mi abbiano legato per quello. [M1]

La mancanza di alternativa, tuttavia, viene criticamente correlata all'inadeguatezza del sistema di cura, sotto il profilo duplice delle carenze di risorse e personale e, più complessivamente, di intelligenza e architettura degli spazi dedicati alla gestione delle crisi. Una intervistata compie questo duplice passaggio tra le criticità, oscillando tra una esperienza personale come medico che interviene, spesso sola, in situazioni di urgenza e il vissuto come paziente che ha sperimentato, insieme, la contenzione e una sua praticabile alternativa.

Il tema delle risorse umane carenti come ragione delle scelte di contenzione è controverso, tra chi lo denuncia esplicitamente - e non solo in psichiatria - e chi nega che possa essere cruciale, a fronte di variabili ben più significative, quali quelle culturali, che spingono ad adottare la contenzione senza nemmeno arrivare a contemplare soluzioni diverse:

Io mi trovo nella frontiera dei medici, in quella terra di nessuno che è il 118, e la guardia medica fino a poco tempo fa. Allora li vieni chiamato e sei solo, io vedo in case di riposo per anziani e per persone con disabilità psichica e fisica [...] operatori che sono soli, magari 50 persone allettate e nessun sanitario presente e un solo operatore, magari un educatore, che entra subito nel panico. E lì la loro soluzione, ma perché davvero non hanno nessuno e non hanno conoscenza, e lì li legano. Non c'è personale, non ci sono risorse e sono agitati, e quindi allora... quando proprio non sanno che fare chiamano la guardia medica o il 118 e allora tu vedi queste situazioni. Da anteguerra proprio, magari di giorno non è così, girano infermieri... ma di notte non c'è nessuno. [F1]

Fino al '98, che è stato per fortuna mia il mio ultimo ricovero, non c'erano molte contenzioni nei reparti torinesi, io ne ho viste poche, una al Maurizioano, una signora grassa, che urlava come un'aquila, ma non è che fosse... io ho visto anche picchiare dei pazienti, ma non è che fosse una cosa endemica. È dopo che è cominciato, dopo l'anno 2000, hanno cominciato, intanto qualcuno dice che hanno poco personale, che a me sinceramente sembra una stupidaggine, non ne hai più di uno o due che fanno casino e manda qualcuno a gestire la situazione, no? [M3]

Un fattore indicato come cruciale sono i protocolli, formali o di fatto, che sovrintendono alle pratiche dell'urgenza: si ritrova da un lato, una gestione del fattore tempo che, mutuando dalle pratiche aziendali, appare governata da una fretta del tutto estranea ed ostile a un vero prendersi cura, una sorta di minutaggio dei gesti della cura che ne annichiliscono le possibilità alternative:

Nell'acuto ci vuole tempo... come guardia medica, quanti ne ho siringati anch'io anche attraverso i pantaloni? Ero sola, magari con degli omoni grandi e grossi davanti a me, le forze di polizia lì, la richiesta che partiva per il sindaco, le ore contate, che cosa dovevo fare, che avevano tutti fretta? [F1]

E, inoltre, il fatto che i potenziali gesti della cura nel momento della crisi avvengono in un contesto che non è costruito e gestito da chi della cura è attore - medico e paziente - ma piuttosto governato da poteri diversi, che rispondono a mandati diversi, di controllo e contenimento, come le forze di polizia.

A me dicevano ti portiamo lì come guardia medica perché tu gli faccia la siringa, era proprio la mia delega, tu vai lì per fare quello, non è che hai possibilità di fare altre cose. Una volta sono andata a G. dove c'era un albanese o polacco o rumeno, non so che lingua parlasse, che era dentro la gabbia dove aspetti per essere poi portato in carcere, che sbatteva la testa contro il muro sanguinando, era tutto pieno di sangue e la polizia che diceva noi non riusciamo a fare niente... mi prendono e mi mettono nella gabbia con lui, da sola, dicendo noi siamo qua fuori che guardiamo... queste sono le situazioni, per cui capisco che poi si possa... che altro dovevo fare? Allora, rivediamo il sistema. [F1]

Più tempo, altri spazi, consentire i gesti della cura nel momento della crisi, mettere i diritti della persona al centro delle pratiche: le alternative alla contenzione che si delineano nelle interviste non appaiono come singole variabili, piuttosto come aspetti concatenati che alludono alla necessità di ridisegnare un intero sistema.

In relazione specificamente alla contenzione, il luogo offerto alla gestione della crisi e l'organizzazione dello spazio sono variabili capaci di prevenire quelle situazioni di rischio che vengono spesso invocate come legittimazione alla contenzione meccanica. Si tratta di personalizzare, di garantire una relazione vicina, di evitare promiscuità che creino disagio e minaccia tra pazienti: insomma, una “critica pratica” agli SPDC.

Forse ci vogliono altri spazi, spazi diversi, perché se c'è una persona in crisi acuta che magari minaccia gli altri, e dove la metti? Anche fisicamente, deve avere una stanza tutta sua, un posto tutto suo, devono stare con lui delle persone a seguirlo e parlargli, 24 ore su 24, controllarlo, perché in effetti sono abbastanza dei carni, i reparti, se hai il vicino di letto che si scompensa se ti vede agitato e si nasconde sotto il letto perché ha paura che tu gli faccia del male... è certo che l'infermiere anche per garantire il quieto vivere lega quello, non vi preoccupate, è tranquillo, è a letto...

I - Se capisco bene, più che una questione di cultura del singolo operatore si tratta di sistema, di una organizzazione che dovrebbe essere diversa?

Io penso di sì. Di sicuro. Avere più spazi, proprio spazi fisici, perché una persona che sta così male deve stare da sola con le persone giuste e non con un altro paziente che scarica su di lui e magari crea più conflitto e si acuisce l'uno e l'altro, e lì ce ne sono 3 o 4 in una stanza. [F1]

Costruire relazioni medico-paziente oltre che più quotidiane, continuative, anche meno asimmetriche viene indicato come un modo sia per prevenire le crisi che per gestirle in modo meno violento.

Nella direzione di una prevenzione *tour court*, una reale alleanza terapeutica può portare a una negoziazione attorno al percorso di cura, e con essa puntare alla consapevole gestione da parte della persona del suo percorso terapeutico, e alla maggiore capacità del terapeuta di comprendere e significare il suo andamento. Questo riguarda in particolare la gestione dei farmaci:

Che ci sia un accordo tra medico e paziente in modo che si riesca ad arrivare insieme a un piano terapeutico. Ci sono molte persone che dicono no i farmaci non li prendo più, e questo può far rischiare picchi sia in alto che in basso, e l'attenzione deve essere più rivolta a creare consapevolezza nell'utente in modo che non si arrivi ai momenti critici. [M2]

È un piano inclinato, la crisi maniacale, quando tu cominci come dire a – non voglio usare parole cretine – ma quando cominci a non essere più capace a capire le cose, non è che ti accorgi subito che sta arrivando una crisi, poi si auto gonfia da sola [...] La cosa migliore sarebbe che tu avessi uno psichiatra di riferimento che sia anche un po' un amico, che puoi raggiungere telefonicamente e che possa venire immediatamente. Così si può anticipare, il gioco, se no... Se no prima o poi ti prende qualcuno e tu sei fuori. [M3]

Insieme, “dentro” il momento acuto, costruire una relazione in cui accogliere e dare spazio ai gesti della crisi, riconoscendone linguaggio e senso, ospitandoli più che controllandoli:

Non so, immaginiamo una clinica di fantasia, dove c'è una dependance “area crisi”, accogliente e confortevole, che dia serenità, una stanza... per me poteva essere l'ufficio di F., dove io andavo, con tutti 'sti volumi però c'erano anche i cuscini...

I - Ho trovato davvero interessante questa tua storia, che potevi utilizzare la stanza del primario nei momenti di crisi...

Ma sì, uno che dice ti do le chiavi in mano... magari le chiavi in mano no, ma dice quando lei vuole andare, che vuole sfogarsi, vada lì e se vuole picchiarsi con qualcuno che qualcuno vada con lei, se vuole stare da sola stia da sola. [F1]

Se un fronte dunque su cui agire per evitare la contenzione è quello che investe alla radice il sistema stesso della psichiatria, nel suo modello operativo relativo a culture, strutture, protocolli, relazioni, per i protagonisti non è aggirabile il tema più largo del rispetto dei diritti umani. Partendo dall'assunto della netta negazione di ogni valenza terapeutica della contenzione meccanica, il suo essere dispositivo di controllo coercitivo solleva la questione radicale del rispetto della libertà individuale e dei vincoli cui la sua privazione è sottoposta. Rispetto alla palude normativa in cui essa sembra muoversi, il dilemma tra normarne gli abusi per limitare il danno, da un lato, e invocarne il bando tout court dall'altro, trova in questo intervistato – da lungo tempo impegnato per i diritti di chi soffre di una malattia mentale – una posizione abolizionista, e la valutazione critica dell'ambiguità rischiosa di una posizione di regolamentazione:

A Torino, dopo il 2000, ho sentito tante volte parlare di contenzione, al punto che uno dei nostri psichiatri più bravi mi ha fatto leggere una cosa che voleva pubblicare, in cui si diceva la contenzione soltanto se... e io gli ho detto senti no, no, noi no.

I - Cosa voleva dire?

Lui dava dei casi in cui, data la gravità della situazione, si poteva a certe condizioni [contenere] e io gli ho detto no, e infatti lui poi l'ha cambiato, noi siamo fermi su questa cosa, noi siamo rigidi su questa cosa, non è possibile mai. Poi è certo che andiamo a scontrarci con la realtà giuridica, poco ma sicuro, ma come dice la norma tu non puoi legare una persona senza il suo consenso, perché ti dà fastidio o perché non hai altri che ti aiutino, la Cassazione ha definito stupidaggini quello di dire non ho abbastanza personale. [...] Perché questa è violenza, che sia privata o lesioni o percosse come dice la Corte, cambia poco [...] Io ho sempre sostenuto che se uno vede una persona legata deve sempre fare una denuncia. Esci vai dai carabinieri e fai una denuncia e poi vediamo. Almeno proviamo, non si può tollerare questo fatto. [M3]

A fronte della determinazione a denunciare la contenzione meccanica sempre e comunque come abuso, sta la fragilità di una giurisprudenza ambivalente, e il fatto che il sistema stesso dentro cui la contenzione è "prodotta" manca delle premesse per una tutela del paziente. È un sistema autoreferenziale, in cui chi decide la contenzione è in qualche misura, alla fin fine, il controllore di se stesso:

Per un TSO ci sono tre condizioni necessarie: che ci sia una condizione di malattia grave che richiede provvedimenti urgenti, due che non voglia prendere le medicine, tre che non vi siano soluzioni extra-ospedaliere, come a casa sua eccetera, più che tu abbia fatto uno sforzo non formale per convincerlo ad accettare un ricovero volontario, cosa che quasi nessuno fa. Ma il punto più fragile di queste caratteristiche è proprio la valutazione degli interventi urgenti per una situazione grave, perché questa è completamente rimessa allo psichiatra proponente, faccio io la proposta, chi lo deve dire? C'è un controllo di un secondo psichiatra? Il tribunale come fa a verificare oggi se ieri eri da ricoverare o legare oppure no? Le tutele giudiziarie in questa materia che siano amministrative civili o penali sono sempre molto difficili. [M3]

Se, in parte, è questa opacità a rendere la strategia dei diritti così difficile, moltiplicare gli sguardi e le voci sugli SPDC appare una buona strategia. L'esperienza pilota di Trento, dove pazienti, famigliari e cittadini entrano in reparto e costituiscono un osservatorio costante, appare una delle mosse che potrebbero fare la differenza.

C'è questa proposta di riforma che viene da Trento, da De Stefani, questo psichiatra che ha fatto cose egregie lì, anche perché Trento è il comune più ricco d'Italia, hanno più possibilità, ma la cosa importante è che lui vuole utilizzare utenti e famigliari esperti, detti UFE, utenti famigliari esperti, per fare assistenza notturna nei reparti. Il che avrebbe un grande senso perché se non c'è nessuno che... come fai se no a controllare cosa avviene? [M3]

Una mossa che, comunque, interpella direttamente gli psichiatri e la loro responsabilità:

Se si volessero consentire visite anche a sorpresa di una struttura fatta di utenti e di famigliari oppure di associazioni che a un certo punto vanno lì suonano e se trovano qualcuno legato vogliono sapere da quanto... perché anche lì c'è un problema, tutto deve essere annotato in un registro e dunque si vede quanto è stato legato. Però queste sono cose difficili perché c'è molta resistenza da parte della psichiatria dei reparti. [M3]

Conclusioni

Chiudono il rapporto di ricerca le **conclusioni**, impostate in senso prospettico, ad illustrare schematicamente le direttrici future di ricerca che gli interrogativi, rimasti aperti al termine di questa prima indagine di sfondo, suggeriscono di considerare particolarmente urgenti e pregnanti, soprattutto in rapporto alle possibili chance di incidere a livello pragmatico.

L'approccio *dialogico-narrativo* privilegiato in questo primo report di *A Buon Diritto* sui nodi plurimi sollevati dalla pratica della contenzione meccanica in psichiatria risponde alla duplice esigenza embrionale di restituire voce a chi ha maturato competenza sul tema (i ricercatori e gli esperti) e a chi, essendo stato contenuto in passato, può aprire uno spazio riflessivo che altrimenti rimarrebbe affidato a sovrainterpretazioni prive di un ancoraggio forte al piano dell'esperienza vissuta. Il collante di queste voci, riportate in forma scritta in letteratura e in forma orale durante le interviste qualitative condotte, è costituito dalle interpretazioni degli autori e delle autrici delle diverse sezioni del report che, immergendosi in questa fenomenologia sociale, sono determinati/e a proseguire lungo un percorso di indagine che coniugherà progressivamente dati qualitativi e quantitativi, con l'obiettivo finale di contribuire a tracciare percorsi reali volti a 'contenere' la contenzione.

Il lavoro presentato, per quanto restituisca un quadro di sfondo per molti versi denso di interrogativi rimasti inevitabilmente aperti e di lacune conoscitive, dovute principalmente alla frammentarietà dei dati istituzionali e di ricerca prodotti a livello italiano, può rappresentare un primo strumento fecondo da diversi, componibili punti di vista:

- *Autoriflessivo*: i pazienti psichiatrici (e i propri famigliari e amici) possono recuperare in questo primo report di *A Buon Diritto* gli elementi di conoscenza (giuridica, medico-psichiatrica, sociologica, psicologica, biografica) utili per riflettere retrospettivamente sulla propria esperienza e maturare una maggiore consapevolezza dei percorsi di diagnosi e cura vissuti;
- *Dialettico*: il carattere interdisciplinare del lavoro svolto sollecita le connessioni tra diversi domini che supportano l'interpretazione multifocale dei nodi della contenzione. Questa dialettica rappresenta un importante strumento per promuovere la riflessione anche nel personale medico-infermieristico interno ai Dipartimenti di Salute Mentale e, in particolar modo, ai SPDC;
- *Empowerment della coscienza collettiva*: il report può incentivare la sensibilizzazione pubblica rispetto alle pratiche coercitive utilizzate nel sistema del DSM (da qui la scelta di pubblicarlo nella modalità online e con un linguaggio accessibile).

Se il pessimismo socio-giuridico, trapelato nel corso della intera trattazione, è in buona misura giustificato, gli ultimi anni segnano un momento effettivamente propizio per tornare a focalizzare l'attenzione socio-istituzionale su questo nodo problematico. Rompere il silenzio, che ha avvolto troppo a lungo pratiche neo-manicomiali come la contenzione meccanica, si presenta come obiettivo realistico, ora che sono presenti una serie di condizioni favorevoli:

- si è sviluppata una rilevante letteratura specialistica di stampo critico (prevalentemente psichiatrica e giuridica) in materia di contenzione;

- le prese di posizione pubbliche di Organismi nazionali e internazionali⁷⁹ a tutela dei diritti connessi alla salute mentale sono significative dal punto di vista numerico e qualitativo;
- **è stata disposta giuridicamente la chiusura degli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari);**
- alcune componenti della società civile - prima tra tutte quella parte del Terzo settore che associa utenti e famigliari - sono consapevoli e ben organizzate rispetto al fine di rivendicare la tutela dei diritti e la dignità negata dei pazienti psichiatrici;
- l'alternativa del *no restraint* non può più essere ignorata perché ben formalizzata e avviata in una parte dei SPDC;
- l'attenzione pubblica sui casi processuali Mastrogiovanni e Casu è stata conquistata - grazie soprattutto al coraggio e alla tenacia dei famigliari, ma anche all'impegno di sensibilizzazione pubblica profuso da Associazioni del Terzo settore e dai due Comitati che si sono specificatamente formati affinché la giustizia potesse prevalere. Importante al riguardo ricordare che il processo Mastrogiovanni si è recentemente chiuso con una sentenza di appello che ha condannato sei medici e undici infermieri dell'Ospedale di Valle della Lucania, dove il maestro elementare è deceduto dopo essere stato contenuto ininterrottamente per 87 ore.

A fronte di questo retroterra ormai acquisito in alcune cerchie sociali, rifiutare di informarsi o fingere di non sapere circa lo stato delle condizioni dei pazienti psichiatrici acuti ricoverati nelle strutture ospedaliere è una strategia di mimesi che giova a niente e a nessuno, se non al bisogno difensivo, più o meno inconsapevole e inconcludente, di rimuovere il dato evidenziale che l'esperienza del disagio psichico, soprattutto nei contesti metropolitani, avvolge, in modo più o meno diretto, le vite quotidiane di tutti noi.

Con riferimento al nostro impegno futuro, la ricerca di sfondo pubblicata ha un ruolo orientativo insostituibile per le indagini successive che si intendono realizzare sulle stesse tematiche. In particolare, l'Associazione *A Buon Diritto*, con la collaborazione della *Sapienza Università di Roma* (Dipartimento di *Comunicazione e Ricerca Sociale*), intende proseguire lungo due principali direttrici di ricerca:

a) *Studiare comparativamente gli elementi organizzativi, culturali e disposizionali che distinguono i SPDC che fanno ricorso alla contenzione meccanica da quelli no restraint*, al fine di identificare i fattori di rischio che facilitano il ricorso (frequente) e gli abusi delle pratiche di contenzione in psichiatria. L'obiettivo ultimo è stilare e diffondere linee guida programmatiche per contenere la contenzione, fino ad eliminarla;

b) *Sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso la progettazione, valutazione e diffusione di campagne pubbliche di sensibilizzazione*, mirate a informare e rompere il silenzio in ordine alle modalità e alle conseguenze ordinarie ed estreme associate alla contenzione dei pazienti psichiatrici.

Si tratta di un impegno vincolato alla disponibilità di fondi di ricerca, che stiamo provvedendo a reperire, con l'auspicio che le indagini conoscitive, nell'ottica della ricerca-azione, possano contribuire ad informare politiche e strategie di azione in questo spazio sociale che, come si è argomentato nel corso delle pagine, è

79 Oltre alle prese di posizione già citate del Comitato nazionale per la biotecnica (CNB 2015), occorre segnalare tra i documenti più recenti e incisivi il seguente: [Plan for Europe, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 January 2015](#) (EUR/04/5047810/7).

Prima ancora, deve essere almeno menzionato il report prodotto dallo *European Committee for the Prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment* nel *XVI General Report on the CPT activities* (2006). Nella sezione *Means of restraint in Psychiatric Establishment*, dedicata ai problemi della contenzione negli istituti psichiatrici, giunge alla conclusione che in molti istituti vi è un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione meccanica e che molti dei pazienti sono contenuti come forma di sanzionamento per comportamenti percepiti come inappropriati e/o come mezzo per indurre un cambiamento di comportamento. Come è stato anche rivelato durante l'intervista a Sangiorgio (cfr. cap. 3 del ns. report), il rapporto del Comitato europeo denuncia inoltre che in molte strutture psichiatriche visitate dal CPT in Italia si fa ricorso alla contenzione per motivi di comodità dello staff e per "mettere al sicuro" i pazienti "difficili" mentre vengono espletate altre attività.

caratterizzato da scarsa accessibilità e visibilità.

A ulteriore giustificazione dei due obiettivi programmatici con i quali intendiamo muovere, in termini di ricerca, i prossimi passi in difesa dei diritti dei pazienti psichiatrici, il riferimento all'esigenza sottesa di individuare buone pratiche è richiamata in modo esemplare dalle parole proferite da Franca Ongaro Basaglia, durante una intervista rilasciata nel 2013 a Giovanna Del Giudice:

La buona pratica è il risultato di una volontà collettiva di partire comunque dal rispetto e dalla libertà della persona che certamente proviene da una storia in cui questo rispetto e libertà sono venuti meno o non sono mai esistiti. La buona pratica cresce e si sviluppa attorno a questo nucleo centrale, da cui si dipana ogni altro intervento.

La contenzione blocca questo sviluppo nell'atto stesso che parte dal massimo dell'umiliazione e della mortificazione della persona e ripropone la copertura della nostra incapacità ad affrontare diversamente la sofferenza e la violenza, con una risposta irresponsabile di violenza e difesa di sé, di violenza da parte del più forte, e di chi è in condizione di porre una distanza fra sé e l'altro: il ruolo, le regole, l'istituzione, il potere (Franca Basaglia, 2013; cit. in Del Giudice, 2015⁸⁰).

.....
80 Op. cit.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2006), «La contenzione in psichiatria», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 130(3) (numero monografico con scritti di Borgna, Norcio, Ruta, Minenna, Paterson, Petrini, Caretta, Brutti, Parlani Brutti).

Agrimi E., Spinogatti F. (2005), *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, Roma, CIC.

Attenasio L., Di Gennaro A., a cura di, (2012), *Il paziente grave. Dalla psichiatria alla salute mentale*, Torino, Armando.

Atti di convegno (2006), *Sofferenza psichica e politiche di salute mentale oggi in Italia e in Europa*, Rivista sperimentale di freniatria, 130(3): 143-146

Bak J., Brandt-Christensen M., Sestoft D. M., Zoffmann V. (2012), «Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review», *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2): 83-94.

Bak J., Zoffmann V., Sestoft D. M., Almvik R., Brandt-Christensen M. (2013), «Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study», *Perspectives in Psychiatric Care*, 8: 1-13.

Basaglia F. (1968), *Postfazione*, in Goffman E., *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, 1961, tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, 2010.

Basaglia F., a cura di, (1969), *L'istituzione negata*, Torino, Nuovo Politecnico Einaudi.

Basaglia, F. (1981), *Scritti*, Torino, Einaudi.

Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, ed cons. 2005.

Basaglia F., Basaglia F. (1968), *Introduzione*, in E. Goffman, 1961 (tr. it. 1968).

Beghi M., Peroni F., Gabola P., Rossetti A., Cornaggia C. M. (2013), «Fattori di prevalenza e rischio per l'uso della contenzione in psichiatria», *Rivista di Psichiatria*, 48(1): 10-22.

Benevelli L. (2000), «La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca», *Il reo e il folle*, 14: 155-80.

Bergk J., Flammer E., Steinert T. (2010), «Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures», *BMC Psychiatry*, 26: pp. 42-9.

Berzlanovich A. M., Schöpfer J., Keil W. (2012), «Deaths due to physical restraint», *Dtsch Arztebl Int.*, 109(3): 27-32.

Biancosino B., Delmonte S., Grassi L., Santone G., Preti A., Miglio R., De Girolamo G. (2009), «Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10): 1-11,.

Borgna E. (2006), «L'aggressività psicotica come scacco relazionale», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130(3): 13-21.

Bower F. L., McCullough C. S., Timmons M. E. (2003), «A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003 Update», *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10(1).

Bowers L., Alexander J., Simpson A., Ryan C., et al. (2007), «Student psychiatric nurses' approval of containment measures: relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder», *International Journal of Nursing Studies*, 44 (3):349-56.

Bowers L. (2004), «Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients», *World Psychiatry*, 3(1).

Bowers L., Stewart D., Papadopoulos C., Iennaco J. (2013), «Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study», *Psychiatric Services*, 64(5): 423-30.

Brutti C., Parlani Brutti R. (2006), «Contenzione e contenimento. Note storiche e prospettive antropologiche», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130(3): 123-132.

Burla F., Murgano A., Bruschini M., Cinti M. (2013), «Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e infermieri di reparto», *Prevention & Research* (Internet), Modificato 7 agosto 2013: <http://www.preventionandresearch.com/il-burnout-e-le-sue-componenti-confronto-tra-infermieri-di-area-critica-e-infermieri-di-reparto.html>.

Cardano M. (2007), «E poi comincia a sentire le voci...». Narrazioni del male mentale», *Rassegna italiana di Sociologia*, 48(1): 9-56.

Catanesi R., Ferrannini L., Peloso P.F., a cura di, (2006), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffrè (con scritti di Bandini, Ferrannini, Peloso, Scapati e Maura, Di Sciascio, Benevelli, Catanesi, Troccoli e Carabellese, Peloso et al., Marcenaro e Daccà).

Catanesi R., Troccoli G. (2005), «Dietro il velo, ovvero responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria», *Lo psichiatra*, I.

Cerasoli S. (2007), «Il consenso informato e le misure di contenzione», *Persona e danno*, www.personaedanno.it.

Chamberlin J. (1985), «An ex-patient's response to Soliday» *Journal of Nervous and Mental Disabilities*, 173: 288-289,.

Ciulli, I. (2012), «I Trattamenti Sanitari Obbligatorii e il paziente con problemi psichici. Profili Costituzionali», *Amministrazione in Cammino* (rivista on-line).

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (1999), «Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici», <http://www.governo.it/bioetica/pdf/39.pdf>.

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (2000), «Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici», <http://www.governo.it/bioetica/pdf/44.pdf>.

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (2015), «La contenzione: problemi bioetici, testo approvato e pubblicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, 16 aprile 2015», http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/La%20contenzione%20problemi%20bioetici.pdfzione%20problemi%20bioetici.pdf.

Conferenza Delle Regioni e delle Province Autonome (2009) «Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione», Roma 29 luglio 2009.

Cooper D. (1978), *The Language of Madness*, Penguin, London; tr. it., *Il linguaggio della follia*, Feltrinelli, Milano, 1979.

Cornaggia C. M., Beghi M., Pavone F., Barale F. (2011), «Aggression in psychiatry wards: A systematic review», *Psychiatry Research*, 189(1): 10-20.

Correale A. (1999), *Il lavoro d'équipe*, in Berti Cerroni G., Correale A. (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Cortina, Milano.

Currier G.W., Allen M.H. (2000), «Emergency Psychiatry: Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Services», *Psychiatric Services*, 51: 717-9.

Currier, G.W., Farley-Toombs C. (2002), «Datapoints: Use of Restraint Before and After Implementation of the New HCFA Rules», *Psychiatric Services*, 53: 138.

Dal Lago A. (2010), *Prefazione*, in Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2010.

Del Giudice G. (2015), *... e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Dell'Acqua P. (2015), *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, in Rossi S. (a c. di), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), «Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres Acuti"», *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 26-39.

Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M. (2012), «Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems», *Perspectives in psychiatric care*, 48(2): 95-107.

Di Lorenzo R., Miani F., Formicola V., Ferri P. (2014), «Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8- Year Retrospective Analysis», *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 94-102.

Digilio G. (2013), «Sradicare la contenzione meccanica e la violenza nei reparti psichiatrici: dal dire al fare ...», www.news-forumsalutementale.it.

Dodaro G. (2011), «Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico a rischio suicidario», *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6: 1483-1518.

Dodaro G., Ferrannini L. (2013), «Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione al focus», *Rivista italiana di medicina legale*, 1: 167-178.

Dodaro, G. (2011), *La Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*.

Franco Angeli, Milano, 2011.

Dodaro, G. (2012), «Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario», *Rivista di Medicina Legale*, 33: 1483-1528.

Dodaro, G. (2015), *Abolire la contenzione per legge?*, in Del Giudice G., ... *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, Edizioni alpha beta Verlag, 2015.

Dollard J., Doob L.W., Miller N.E., Mowrer O.H., Sears R.R. (1939), *Frustration and Aggression*, New Haven, Yale University Press; tr. it., *Frustrazione e aggressività*, Firenze, Giunti-Barbera, 1967.

Duzzi B., Giovanardi I., Gradellini C. (2014) «La sindrome da Burnout negli infermieri», *L'Infermiere*, 5: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-275.htm>.

European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (2012), «The Use of Restraints in Psychiatric Institutions», www.cpt.coe.int.

Ferioli V. (2013), «Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici», *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1): 29-44.

Flammer E., Steinert T., Eisele F., Bergk J., Uhlmann C. (2013), «Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis», *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 2(9): 110-119.

Flores A., Magni L., Salteri A. (1994), «I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata», *Psichiatria Oggi*, 7: 47-49.

Foschi, R. (2012), *La libertà sospesa. Il trattamento sanitario obbligatorio, psicologia psichiatria diritti*, Fefe Editore, Roma (con contributo di G. Di Palma).

Foucault M. (1972), *Historie de la folie à l'age classique*, Éditions Gallimard, Parigi, tr. it., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1973.

Foucault M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Editions Gallimard, Paris, tr. it., *Sorvegliare e punire*, Einaudi, 1977.

Foucault M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Seuil/Gallimard; tr. it., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973 -1974)*, Feltrinelli, Milano, 2006.

Frueh B., Cusack K., Grubaugh A., Sauvageot J., Cousins V. (2005), «Patients' report of traumatic or harmful experiences within psychiatric setting», *Psychiatric Services*, 56: 1123- 1133.

Gallagher A. (2011), «Ethical issues in patient restraint. How to use the “four-quadrant” approach to analyse different restraint situations», *Nursing times*, 107(9): 18-20.

Giuliano Scabia, a cura di, (1976), *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.

Gobo, G., Mauceri, S. (2014), *Constructing Survey Data. An Interactional Approach*, Sage Publications, Los Angeles.

Goffman E. (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday, New York; tr. it., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1969.

Goffman E., (1961), *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York; tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968 (traduzione di Franca Basaglia).

Goffman E. (1963), *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*, Penguin, London; tr. it., *Stigma*, Ombre Corte, Verona, 2003.

Goffman, E. (1971), *Appendice. La Pazzia del posto*, in Goffman, *Relations in Public*, 1971; tr. it., *Relazioni in Pubblico*, Cortina editore, Milano, 2008.

Goren S., Curtis W. J. (1996), «Staff members' beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. *Journal of Child and Adolescent*», *Psychiatric Nursing*, 9(4): 7-14.

Grassi L., Ramacciotti F. (2009), «La contenzione dell'infermo di mente e del tossicodipendente», www.Ristretti.it/area_studio/salute/mentale/contenzione.htm.

Hardin S. B., Magee R., Vinson M. H., Owen M., Hyatt E., Stratmann D. (1993), «Patient and family perceptions of restraints», *Journal of Holistic Nursing*, 11(4): 383-397.

Hillard R., Zitek B. (2005), *Emergenza psichiatrica*, Edizioni Internazionali, Roma.

Hoekstra T., Lendemeijer H. H., Jansen M. G. (2004), «Seclusion: the inside story», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3): 276- 283.

Holland K. C. (1993), «An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual», *Journal of Advanced Nursing*, 18(9): 1461-1470.

Høyer G., Kjellin L., Engberg M., Kaltiala-Heino R., Nilstun T., Sigurjónsdóttir M., et al. (2002), «Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system», *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2): 93-108.

Huckshorn K. (2004), «Reducing seclusion & restraint use in mental health settings», *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(9): 22-33.

Huf G., Coutinho E., Ferreira M. A. V., Ferreira S., Mello F., Adams C.E. (2011), «TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial», *Trials*, 12: 180.

Husum T. L., Bjørngaard J. H., Finset A., Ruud T. (2010), «A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics», *BMC Health Services Research*, 10: 89.

Iversen K. I., Høyer G., Sexton H. (2007), «Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards», *International Journal of Law and Psychiatry*, 30: 504-511.

Kalisova L., Raboch J., Nawka A., Sampogna G., Cihal L., Kallert T. W., Onchev G., Karastergiou A., Del Vecchio V., Kiejna A., Adamowski T., Torres-Gonzales F., Cervilla J. A., Priebe S., Giacco D., Kjellin L., Dembinskas A., Fiorillo A. (2014), «Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive

measures? Results from the EUNOMIA international study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10): 1619-29.

Kallert T. W., Glöckner M., Onchev G., Raboch J., Karastergiou A., Solomon Z., Magliano L., Dembinskas Kiejna A., Nawka P., Torres-Gonzalez F., Priebe S., Kjellin L. (2005), «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», *World Psychiatry*, 4(3):168-172.

Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. (2003), «Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care», *International Journal of Law and Psychiatry*, 26: 139-149, 2003.

Kaltiala-Heino R., Laippala P., Salokangas R. K. (1997), *Impact of coercion on treatment outcome*», *International Journal of Law and Psychiatry*, 20 (3):311-322.

Kaltiala-Heino R., Korkelia J., Tuohimäki C., Lehtinen V., Juokamaa M. (2000), «Coercition and restrictions in psychiatric inpatients treatment», *European Psychiatry*, 15: 213-219.

Kanski G. W., Janelli L. M., Jones H. M., Kennedy M. C. (1996), «Family reactions to restraints in an acute care setting», *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (6): 17-22.

Kjellin L., Andersson K., Bartholdson E., Candefjord I. L., Homström H., Jacobsson L., Sandlund M., Wallsten T., Östman M. (2004), «Coersion in psychiatric care - patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services», *Nordic Journal of Psychiatry*, 58: 153-159.

Kuhn T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, The University of Chicago; tr. it., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.

Kuosmanen L., Hätönen H., Malkavaara H., Kylmä J., Välimäli M. (2007), «Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective», *Nursing Ethics*, 14: 597-607.

Lai C. K. Y. (2007), «Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews», *BMC Nursing*, 6: 5.

Laiho T., Lindberg N., Joffe G., Putkonen H., Hottinen A., Kontio R. (2014), «Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression», *International Journal of Mental Health Systems*, 8: 14.

Lichtenberg, J.D. (1992), *Il Sé e si sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma.

Link B., Castille D. M., Stuber J. (2008), «Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses», *Social Science & Medicine*, 67: 409–419.

Lugo F., Sarzi, E., Amadè, Freni S., Erlicher, A. (2006) «La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica», *Psichiatria Oggi*, 1.

Manicardi N. (2010), *Italiani da slegare. Contenzione e la vergogna del silenzio*, Koinè, Roma.

Marangos-Frost S., Wells D. (2000), «Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma», *Journal of Advanced Nursing*, 31(2): 362-9.

Marin, M. (2014), «Contenzione fisica: doveri e limiti», *Persona e Danno*, 2014.

Marra G., Pezzetto S. (2016), «La responsabilità dello Psichiatra nella giurisprudenza successiva alla L. 180 del 1978», *Cassazione Penale*, 2006.

Martin V., Bernhardsgrutter R., Goebel R, Steinert T. (2007), «The use of mechanical restraint and seclusion in patient with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 1.

Mauceri, S. (2013), «Per una survey integrata e multilivello. Le lezioni dimenticate della Columbia School», *Sociologia e ricerca sociale*, 99 (33): 22-64.

Mauceri, S. (2015), «Integrating Quality into Quantity. Survey Research in the Era of Mixed Methods», *Quality & Quantity*, DOI 10.1007/s11135-015-0199-8 (attualmente pubblicato nella modalità Onlinefirst).

McCue R. E., Urcuyo L., Lilo Y., Tobias T., Chambers M. J. (2004), «Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service», *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2): 217-224.

Meehan T., Bergen H., Fjeldsoe K. (2004), «Personnel and patient perceptions of seclusion: has anything changed?», *Journal of Advanced Nursing*, 47: 33-38.

Meehan T., Vermeer C., Windsor C. (2000), «Patients' perceptions of seclusion: a quantitative investigation», *Journal of Advanced Nursing*, 31: 370-377.

Merton R.K. (1957), *Social Theory and Social Structure* (vol. I), Glencoe (Ill.), Free Press (ed. ampl.); tr. it., *Teoria e struttura sociale. I. Teoria sociologica*, Bologna, Il Mulino, 1983.

Mildred L. (2002), «Seclusion and Restraints: A failure not a Treatment. Protecting Mental Health Patients from Abuses», *California Senate Office of Research*: 1-24.

Ministero della Salute (2007), «Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari», *Raccomandazione 8 Novembre*.

Ministero della Salute (a cura di Dir. Gen. della Programmazione sanitaria Ufficio VI), (2013), «Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012», Roma, *Ministero della Salute*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf.

Ministero della Salute (a cura di Dir. Gen. della Programmazione sanitaria Ufficio VI) (2015), «Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO Primo semestre 2014», Roma, *Ministero della Salute*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2270_allegato.pdf.

Misley, M., Bicego, L., a cura di, (2007), *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci, Roma.

Moghadam M. F., Khoshknab M. F., Pazargadi M. (2014), «Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study», *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1): 20-30.

Mohr W. K., Petti T. A., Mohr B. D. (2003), «Adverse effects associated with physical restraint», *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 330-337,

Mohr W.K. (2010), «Restraints and the code of ethics: An uneasy fit», *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1): 3-14.

Muir-Cochrane E. C., Bowers L., Jeffery D. (2009), «Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients», *Nurse Education Today*, 29(1): 83-90.

Nivoli G. C., Loretto L., Sanna M. N., Nivoli A., Milia P., Nivoli L. F. (2006), *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento*, in Volterra V. (a c. di), *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica psichiatrica Vol. III del Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 2006.

Norcio, B. (2006), «Per l'abolizione della contenzione. Alcune note di letteratura e brevi considerazioni dall'esperienza del DSM di Trieste», *Rivista di Freniatria*, CXXX, 3.

Nunno M. A., Holden M. J., Tollar A. (2006), «Learning from tragedy: a survey of child and adolescent restraint fatalities» *Child Abuse & Neglect*, 30: 1333-1342.

Nuorcio B., Toresini L. (2012), *Psichiatria e Nazismo*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Pistoia.

Ongaro, F. (2013), *Estratto di intervista*, in Del Giudice G., ... *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Ospedale Ca Granda Niguarda di Milano, *La contenzione fisica in Ospedale - Evidence based guidelines*. Milano - 2016

Pelazza, M. (2013), *La coazione terapeutica: uno studio comparato*, Tesi di Dottorato in Diritto penale e criminologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, 2013.

Perkins E., Prosser H., Riley D., Whittington R. (2012), «Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil?», *International Journal of Law and Psychiatry*, 35: 43-49.

Piccione, D. (2010), «Riflessi costituzionalistici del pensiero di Franco Basaglia a trent'anni dalla morte», *Giurisprudenza costituzionale*, 4152.

Pollard R., Yanasakm E. V., Rogers S. A., Tapp A. (2007), «Organizational and unit factors contributing to the reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit», *Psychiatric Quarterly*, 78: 73-81.

Price T. B., David B., Otis D. (2004), «The use of restraint and seclusion in different racial groups in an inpatient forensic setting», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32(2): 163-168.

Priebe S., Katsakou C., Amos T., Leese M., Morriss R., Rose D. (2009), «Patients' views and readmissions i year after involuntary hospitalization», *British Journal of Psychiatry*, 194: 49-54.

Rakhmatullina M., Taub A., Jacob T. (2013), «Morbidity and mortality associated with the use of restraints: a review of the literature», *The Psychiatric Quarterly*, 84(4): 499-512.

Regione Emilia Romagna (2009), *Disciplina delle Contenzioni Fisiche Presso i Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM DP*, Circolare 16 del. 22.10.2009.

Repo-Tiihonen E., Vuorio O., Koivisto H., Paavola P., Hakola P. (2004), «Opinions about treatment modalities among patients involuntarily committed to forensic psychiatric hospital in Finland», *Journal of Offender Rehabilitation*, 38: 81-95.

Rocca P., Villari V., Bogetto F. (2006), «Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency», *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30: 586-598.

Rossi S., a cura di, (2015), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Rossi, S. (2015), *Dignità, contenzione e i diritti della persona*, in Rossi S. (a c. di), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Rossi, S. e Toresini, L. (2015), *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, in Rossi S., a cura di, *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Rüsch N., Müller M., Lay B., Corrigan P. W., Zahn R., Schönenberger T., Bleiker M., Lengler S., Blank C., Rössler W. (2014), «Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1): 35-43.

Ruta R. (2006), «La funzione di contenimento nel Servizio di salute mentale», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130 (3): 49-70.

Ryan C. J., Bowers L. (2006), «An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5): 527-532.

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

Sangiorgio, P., Polselli, G.M. (2010), a cura di, *Matti da (non) legare*, Roma, Alpes.

Sangiorgio P., Sarlatto C. (2008/2009), «Physical restraint in general hospital psychiatric units in the metropolitan area of Rome», *International Journal of Mental Health*, 37: 3-16 (Versione italiana reperibile su: *La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell'area metropolitana di Roma*, www.psychomedia.it).

Santone G., de Girolamo G., Falloon I., Fioritti A., Micciolo R., Picardi A., et al. (Gruppo PROGRES) (2005), «The process of care in residential facilities. A national survey in Italy», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 540-50.

Scherer Y. K., Janelli L. M., Wu Y-W. B., Kuhn M. M. (1993), «Restrained patients: An important issue for critical care nursing», *Heart & Lung*, 22(1): 77-83.

Soininen P., Putkonen H., Joffe G., Korkeila J., Puukka P., Pitkänen A., Välimäki M. (2013), «Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?», *International Journal of Mental Health Systems*, 7: 28.

Soloff P. H. (1979), «Physical restraint and the nonpsychotic patient: Clinical and legal perspectives», *Journal of Clinical Psychiatry*, 40 (7): 302-305.

Spigonatti, F., Agrimi, E. (2005), «La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi», *Quaderni italiani di psichiatria*, 24: pp. 43-51.

Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005), «White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishment», Council of Europe, [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dir-jur\(2000\)2whitepaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dir-jur(2000)2whitepaper.pdf).

Steinert T., Bergbauer G., Schmid P., Gebhardt R. P. (2007), «Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates», *The Journal of nervous and mental disease* 195(6): 492-496.

Steinert T., Noorthoorn E. O., Mulder C. L. (2014), «The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries», *Front Public Health*, 2: 141.

Stewart D., Bowers L., Simpson A., Ryan C., Tziggili M. (2009), «Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review», *Rapporto di ricerca, Department of Mental Health and Learning Disability City University London*.

Stewart D., Van der Merwe M., Bowers L., Simpson A., Jones J. (2010), «A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients», *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6): 413-24.

Strout T. D. (2010), «Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature», *International Journal of Mental Health Nursing*, 19: 416-27.

Taxis, J. C. (2002), «Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting», *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2): 157-170.

Toresini, L. (2005), *SPDC aperti e senza contenzione. Per i diritti inviolabili della persona*, Centro di Documentazione di Pistoia, Pistoia.

Toresini, L. (2007), *SPDC No restraint. La sfida della cura*, in AA.VV., *I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. L'utopia della cura in ospedale*, Edizioni Co.Pro.S, Caltagirone: http://www.centrobasaglia.provincia.arenzo.it/convegni/16-12-2005/L_TORRESINI.doc.

Toresini, L., a cura di, (2010), *La testa tagliata*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Vartiainen H., Vuorio O., Halonen P., Hakola P. (1995), *The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 163-6.

Venturini E., Casagrande D., Toresini L. (2010), *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Whaley M. S., Ramirez L. F. (1980), «The use of seclusion rooms and physical restraints in the treatment of psychiatric patients», *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 18(1): 13-16.

Winnicott, D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*; tr.it, 1975, Firenze, Martinelli.

Yang M. S., Chung H. H. (1996), «The attitudes and perceptions of patients and nurses toward restraint and seclusion: A comparative study», *Nursing Research*, 1(3): 193-204.

Note sugli autori

Valentina Calderone collabora da anni con l'associazione *A Buon Diritto*, di cui è direttrice e, dal 2013, fa parte dello staff della Segreteria particolare del Presidente della Commissione straordinaria per la promozione e la tutela dei diritti umani del Senato della Repubblica. Si occupa di temi riguardanti la privazione della libertà e il carcere, tramite un lavoro di ricerca e informazione. Collabora inoltre alla gestione di quattro sportelli di consulenza legale gratuita per rifugiati e richiedenti asilo e alla gestione di uno sportello di mediazione all'interno del Centro di identificazione ed espulsione di Ponte Galeria. Tra le pubblicazioni più recenti: *Quando hanno aperto la cella. Stefano Cucchi e gli altri*, con Luigi Manconi, Il Saggiatore 2011; *L'Articolo 3. Primo rapporto sullo stato dei diritti in Italia*, Ediesse 2014 (a cura di, con Stefano Anastasia e Lorenzo Fanoli); *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, con Luigi Manconi, Stefano Anastasia, Federica Resta, Chiarelettere 2014.

e-mail: valentinacalderone@abuondiritto.it

Lorenzo Fanoli, ricercatore, laureato in Psicologia giuridica, ha pubblicato saggi sul tema della costruzione delle prove di verità nel processo penale. Ha lavorato e collabora con alcuni tra i più noti istituti di ricerca sociale ed economica in Italia occupandosi di comportamenti politico-elettorali; competitività delle imprese e sviluppo sostenibile; effetti e dinamiche della liberalizzazione dei servizi di pubblica utilità a livello europeo; valutazione degli impatti sociali ed economici delle misure europee di incentivazione in agricoltura; dinamiche, impatti e sviluppi dell'occupazione degli immigrati in alcuni settori economici ed industriali in Italia. Coordina, partecipa alla progettazione e collabora operativamente alle attività di ricerca di *A Buon Diritto*: ha curato assieme a Stefano Anastasia e Valentina Calderone la redazione di *L'articolo 3. Primo rapporto sullo stato dei diritti in Italia 2012-2013*.

e-mail: lorenzo.fanoli@gmail.com

Sergio Mauceri, ricercatore confermato nel settore *Sociologia generale*, abilitato a professore associato di II fascia, insegna *Strategie di ricerca sociale* e *Laboratorio di ricerca valutativa* presso la Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione della Sapienza Università di Roma. Ha diretto e partecipato a numerose ricerche in tema di diritti sociali connessi a svariate forme di alterità e disparità sociali. Ha pubblicato (anche in ambito internazionale) circa cinquanta contributi, tra monografie e articoli scientifici, incentrati su tematiche metodologiche e indagini empiriche svolte in diversi settori di studio che presentano quale tratto comune la tensione all'individuazione di programmi sociali che tutelino le fasce più vulnerabili. Tra quelle più recenti si segnalano: *Arcipelago call center. Indagine nazionale sulla vita lavorativa degli operatori telefonici* (a c. di, 2013, NovaLogos); *Omofobia come costruzione sociale. Processi generativi del pregiudizio in età adolescenziale* (2015, Angeli); *Constructing Survey Data. An Interactional Approach* (2014, con G. Gobo, London, Sage Publications).

e-mail: sergio.mauceri@uniroma1.it

Andrea Taddei è dottore di ricerca in *Metodologia delle scienze sociali* presso Sapienza Università di Roma, collabora alle attività di ricerca scientifica del Dipartimento Comunicazione ricerca sociale nello stesso Ateneo e di enti e associazioni che, come *A Buon Diritto*, si occupano di fenomeni legati a forme di discriminazione e

violazione di diritti. Ha incentrato la propria tesi di dottorato sull'analisi socio-relazionale svolta nell'ambito di una ricerca su pregiudizio e omofobia in ambito scolastico. Di recente, ha pubblicato tre saggi all'interno del volume curato da S. Mauceri, *Arcipelago call center* (2013) e, nel 2015, un articolo scientifico sulla rivista sociologica *Polis* e due capitoli in un volume di S. Mauceri, tutti incentrati sulla ricerca condotta in tema di omofobia giovanile.

e-mail: taddei.andrea@yahoo.it

Susanna Ronconi è formatrice e supervisore metodologico nei campi del lavoro sociale, delle marginalità urbane e delle dipendenze, e ricercatrice sociale attiva nei medesimi settori. È esperta in metodologie autobiografiche applicate alla ricerca qualitativa, all'educazione degli adulti, all'educazione di genere e agli interventi di comunità.

e-mail: susanna.ronconi@gmail.com

A BUON
DIRITTO
Quaderni

N.1 - GENNAIO 2017



"CONTENERE"
LA CONTENZIONE MECCANICA
IN ITALIA

Con il sostegno di

 Compagnia
di San Paolo

 otto
per
8 mille
CHIESA VALDESE
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESI