

Associazione Dalle Ande agli Appennini

IL REPARTO DI PSICHIATRIA
DELL'OSPEDALE GIOVANNI XXIII DI BERGAMO,
DOVE ELENA CASETTO
È MORTA BRUCIATA VIVA
LEGATA MANI E PIEDI A UN LETTO DI CONTENZIONE,
DEVE ESSERE CHIUSO

pompagiorgio@libero.it

INDICE

1.

Il reparto psichiatrico dell’Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo, dove Elena Casetto è morta bruciata viva legata mani e piedi a un letto di contenzione, deve essere chiuso!

2.

Morire legati mani e piedi a un letto di contenzione è sempre una morte crudele e atroce

3.

Costringere una persona privata della sua libertà a rimanere immobile legata mani e piedi a un letto di contenzione è sempre, letteralmente, una forma di tortura

4.

Il diritto internazionale considera la tortura un crimine contro l'umanità

5.

Il dolore e la sofferenza inflitta dalla coercizione fisica sarebbe pienamente visibile a chiunque se soltanto si avesse la premura di prendere in considerazione il punto di vista della persona legata

6.

La crudele e lugubre abitudine di infliggere il tormento della coercizione fisica alle persone anziane ricoverate nelle case di riposo e nelle RSA

7.

Dopo oltre due secoli dalla fine dell'era del supplizio giudiziario le modalità coercitive *routinarie* degli SPDC hanno permesso il ritorno trionfale all'interno delle mura del carcere del tormento di legare mani e piedi alle persone detenute

8.

Le campagne contro il ricorso alla coercizione fisica nei luoghi di cura sono impotenti contro il ricorso alla coercizione fisica nei luoghi di cura

9.

Le inammissibili giustificazioni a sostegno del ricorso al tormento della coercizione fisica, a sostegno della presunta impossibilità di rinunciare alla coercizione fisica

9.1.

Prima giustificazione: quella *abominevole*

“La coercizione fisica, autorizzata da uno psichiatra, è un trattamento ‘*terapeutico*’ ovvero un trattamento ‘*curativo*’ della malattia ‘*della mente*’ ”

9.2.

Seconda giustificazione: quella *indecente*

“La coercizione fisica è un trattamento ‘sanzionatorio’ o ‘modificativo’ di un comportamento percepito come scorretto”

9.3.

Terza giustificazione: quella *ipocrita*

“La coercizione fisica è un trattamento ‘difensivo’ della sicurezza del personale sanitario nei confronti dei possibili atti di violenza del paziente contenuto”

9.4.

Quarta giustificazione: quella *dissennata*

“La coercizione fisica è un trattamento ‘difensivo’ della sicurezza del paziente nei confronti dei possibili atti di violenza auto-aggressivi”

9.5.

Quinta giustificazione: quella *infondata*

“La coercizione fisica dei ricoverati nelle case di riposo è un trattamento ‘necessario’ per prevenire le cadute del paziente”

9.6.

Sesta giustificazione: quella *oscena*

“Il ricorso alla coercizione fisica si rende ‘necessario’ a causa della carenza di personale sanitario”

10.

Non è affatto vero che l’osservazione pedissequa delle linee guida della contenzione fisica in ospedale possa rendere accettabile la contenzione fisica in ospedale

11.

Perché è un dovere civile chiedere la chiusura del reparto di psichiatria dell’Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo nel quale Elena Casetto è morta bruciata viva legata mani e piedi a un letto di contenzione

12.

Perché è un dovere civile chiedere che sia bandita per sempre e senza alcuna eccezione la tortura ‘posizionale’ della coercizione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie italiane

1.

IL REPARTO PSICHIATRICO DELL'OSPEDALE GIOVANNI XXIII DI BERGAMO,
DOVE ELENA CASETTO È MORTA BRUCIATA VIVA LEGATA MANI E PIEDI A UN
LETTO DI CONTENZIONE,
DEVE ESSERE CHIUSO!

Dicembre 1974: Antonia Bernardini, legata mani e piedi su di un letto di contenzione del Manicomio Giudiziario Femminile di Pozzuoli, moriva bruciata viva tra le fiamme.

Per la prima volta in Europa, dopo oltre 200 anni, una donna tornava a morire bruciata viva tra le fiamme legata mani e piedi in un luogo istituzionale.

In Italia la reazione da parte dell'opinione pubblica, della stampa, della società civile di fronte a questo atroce orrore fu imponente e incisiva. Dopo pochi mesi, nel 1975, in maniera del tutto indipendente dal procedimento giudiziario allora in corso e ad appena due decenni dalla sua inaugurazione,

IL MANICOMIO GIUDIZIARIO FEMMINILE DI POZZUOLI
VENIVA CHIUSO!

Agosto 2019: Elena Casetto, legata mani e piedi su di un letto di contenzione del Servizio Psichiatrico e Cura dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, è morta bruciata viva tra le fiamme.

Ancora una volta in Europa, dopo oltre 40 anni dall'orrore di Pozzuoli, dopo oltre 240 anni dalla lugubre epoca del supplizio religioso-giudiziario, una donna è tornata a morire bruciata viva tra le fiamme legata mani e piedi in un luogo istituzionale.

Questa volta, però, la reazione da parte dell'opinione pubblica italiana, della stampa, della società civile di fronte alla ripetizione di questa atrocità è stata di gran lunga più blanda e meno incisiva. Di fronte alla ripetizione, dopo oltre 40 anni trascorsi inutilmente, di un simile orrore, in questi mesi la risposta civile è stata incapace di comprendere fino in fondo, di condannare senza eccezioni di sorta la causa principale di un tale orrore, ovvero l'immarcescibile barbarie della contenzione fisica inflitta nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie italiane, ovvero l'antico tormento di costringere persone private della loro libertà a rimanere immobilizzate con le mani e con i piedi legati a un letto di contenzione.

Noi pensiamo, invece, che sia ragionevole, sia umano, **sia un dovere civile** proclamare con forza:

IL REPARTO PSICHIATRICO DI BERGAMO IN CUI È MORTA ELENA CASETTO
DEVE ESSERE CHIUSO!

Noi pensiamo, inoltre, che sia ragionevole, sia umano, **sia un dovere civile** proclamare con forza:

NELLE ISTITUZIONI SANITARIE, ASSISTENZIALI E PENITENZIARIE ITALIANE
LA TORTURA DELLA COERCIZIONE FISICA
DEVE ESSERE BANDITA PER SEMPRE!

2.

MORIRE LEGATI MANI E PIEDI A UN LETTO DI CONTENZIONE

È SEMPRE UNA MORTE CRUDELE E ATROCE

Non pochi giornalisti, nel commentare l'intollerabile morte della giovane donna nell'SPDC di Bergamo, non hanno mancato di sottolineare come morire bruciati vivi, legati mani e piedi a un letto di contenzione sia un modo di morire particolarmente terribile e atroce, non degno di un paese civile. La somiglianza di questo atroce morire e di quello di Antonia Bernardini con quello delle donne immolate negli orrendi roghi dell'Inquisizione non può che dar loro pienamente ragione, naturalmente.

Alcuni giornalisti si sono spinti a criticare l'uso della contenzione fisica negli SPDC e a ricordare la morte di Giuseppe Casu avvenuta il 22 giugno del 2006 mentre era legato mani e piedi a un letto di contenzione dell'SPDC dell'ospedale Santissima Trinità di Cagliari, e quella di Francesco Mastrogiovanni avvenuta il 4 agosto 2009 mentre era legato mani e piedi a un letto di contenzione dell'SPDC dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania. Ovvero hanno ricordato le due morti di pazienti contenuti fisicamente in reparti psichiatrici che sono arrivate ad essere note al grande pubblico, per merito soprattutto dell'ostinazione dei parenti e dell'impressionante video che ha filmato minuto per minuto la lunga e terribile agonia di Francesco Mastrogiovanni.

Pochi di questi giornalisti, però, forse nessuno, si è soffermato su una realtà occulta riguardante molti reparti psichiatrici italiani e coperta da un pesante muro di omertà: quella relativa alle numerose morti e ai numerosi suicidi di pazienti che avvengono ogni anno tra le mura chiuse di molti SPDC.

Pochi giornalisti, però, forse nessuno, ha evidenziato che Antonia Bernardini, Giuseppe Casu, Francesco Mastrogiovanni, Elena Casetto sono solo alcuni dei numerosi pazienti ricoverati in reparti psichiatrici che sono morti (*che continuano a morire*) mentre erano (*mentre sono*) legati mani e piedi a un letto di contenzione, spesso durante la notte, sono solo alcuni dei moderni '*martiri*' della psichiatria coercitiva.

Tra il 2010 e il 2011 un esponente del Telefono Viola e altre 4 persone hanno presentato due esposti alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano in cui, tra altri gravi abusi, si denunciavano le morti, nel giro di 2-3 anni, di 12 pazienti ricoverati nei 3 reparti psichiatrici '*Grossoni*' dell'Ospedale Niguarda di Milano, e altri due avevano riportato la paralisi degli arti a causa di prolungate contenzioni fisiche. Di questi pazienti almeno due erano morti di notte mentre erano probabilmente in regime di contenzione fisica e altri due si erano suicidati in reparto. In Italia gli SPDC sono 321, e, forse, i reparti psichiatrici del Niguarda non sono in cima alla lista di quelli che ricorrono maggiormente alla contenzione fisica. E poi bisognerebbe tener conto, in un eventuale conto complessivo dei lutti da coercizione fisica, anche delle case di riposo, delle RSA, delle infermerie delle carceri, nelle quali si continua a legare le persone.

Pochi giornalisti, forse nessuno, ha evidenziato che, se è indubbiamente vero che morire bruciati vivi, legati mani e piedi a un letto di contenzione, sia una morte particolarmente crudele e atroce, essere comunque costretti a morire con le mani e i piedi legati, crocifissi a un letto di contenzione, abbandonati in una angosciosa e immensa solitudine, è sempre una morte crudele e atroce.

È una morte crudele e atroce quando, dopo 92 ore di contenzione, dopo 92 ore di assunzione di psicofarmaci neuro-paralizzanti, dopo 92 ore di inani sforzi per liberarsi dalle fascette, fortemente disidratati per il caldo torrido, si muore tra la più completa noncuranza del personale infermieristico e medico.

È una morte crudele e atroce quando, in piena notte, con mani e piedi legati al letto di contenzione e in preda a un attacco cardiaco si suona il campanello e nessun infermiere viene in soccorso.

È una morte crudele e atroce quando affetti da dispnea, da una respirazione molto difficoltosa che obbliga a stare a letto semi-seduti per riuscire a respirare con fatica, ci si ritrova invece legati sdraiati sulla schiena a un letto di contenzione e nessun medico o infermiere viene in soccorso.

È sempre una morte crudele e atroce quando il letto di contenzione si trasforma, direttamente e letteralmente, nel letto di morte.

...

Per la cronaca i ricorsi presentati contro i reparti psichiatrici dell'Ospedale Niguarda, su esplicita richiesta della Procura sono stati archiviati dal Tribunale di Milano.

La grande diffusione, nelle istituzioni assistenziali, sanitarie e penitenziarie italiane, di trattamenti e modalità di origine manicomiale grandemente nocivi della dignità umana e dell'integrità fisica di persone private della loro libertà, non potrebbe continuare impunemente ad avvenire se la Magistratura italiana non continuasse troppo spesso a garantire una sorta di zona franca all'esercizio delle modalità coercitive della psichiatria pubblica; continuando, in buona parte, quella pilatesca abdicazione dal proprio potere sanzionatorio che è stata tipica durante l'epoca del manicomio, quando a nessun giudice veniva mai in mente di varcare la soglia del manicomio per indagare sulle cause di invalidità fisica o di morte di migliaia e migliaia di internati, vittime delle *'terapie'* e delle *'sperimentazioni'* della psichiatria manicomiale.

In merito all'attuale subordinazione culturale di buona parte della magistratura nei confronti della psichiatria pubblica, significativi sono i resoconti critici dei procedimenti giudiziari contro il Sig. Giuseppe D. e contro l'autore e regista teatrale, nonché attivista in difesa dei diritti degli animali, Filippo L.

3.

IL DIRITTO INTERNAZIONALE CONSIDERA LA TORTURA UN CRIMINE CONTRO L'UMANITÀ

Il diritto internazionale considera la tortura un crimine contro l'umanità.

La Convenzione ONU approvata dall'Assemblea generale il 10 dicembre 1984 e ratificata dall'Italia nel 1988, all'articolo 1 definisce il crimine della tortura come:

“qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore o sofferenze, fisiche o mentali, con l'intenzione di ottenere dalla persona stessa o da un terzo una confessione o un'informazione, di punirla per un atto che lei o un'altra persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidire o costringere la persona o un terzo, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi altra forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenza siano inflitte da un pubblico ufficiale o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito”.

Il “Protocollo di Istanbul - Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumani o degradanti”, sottoposto il 9 agosto 1999 all'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite, al Cap. IV, paragrafo “G - Rassegna dei metodi di tortura”, tra altri metodi di tortura elenca anche:

b) Tortura posizionale, usando ... restrizione prolungata dei movimenti, posizionamento forzato;

...

l) **Tortura farmacologica usando dosi tossiche di sedativi, neurolettici, paralizzanti, ecc.;**

Ci sembra evidente che il trattamento ‘*medico*’ di legare un ricoverato mani e piedi a un letto di contenzione, ovvero di sottoporlo a ‘*restrizione prolungata dei movimenti*’ attraverso un ‘*posizionamento forzato*’, sia soltanto una tortura: per la precisione sia una ‘*tortura posizionale*’.

Se poi questa persona, come probabile, avesse la ventura di essere sottoposta anche a un trattamento psicofarmacologico con l’uso di ‘*dosi tossiche di sedativi, neurolettici, paralizzanti, antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici ecc.*’, ovvero se fosse sottoposta a terapie psicofarmacologiche somministrate in difformità dei relativi protocolli farmacologici, in particolare quelle che superano i limiti di durata massimi dei trattamenti prescritti, trasformandosi in trattamenti tossici e fisicamente lesivi, ebbene questa sfortunata persona sarebbe vittima anche di una ‘*tortura farmacologica*’.

Entrambe le torture a) e b) del Protocollo di Istanbul incarnano in maniera emblematica i fondamenti della grande anomalia giuridica e umana rappresentata dalla psichiatria pubblica nel mondo cosiddetto avanzato negli ultimi due secoli:

- la coercizione fisica
- la negazione del consenso informato.

Solo nel 2017 l’Italia, costretta dall’Europa, ha previsto il reato di tortura; con la legge n. 110/2017 è stato introdotto nel codice penale l’art. 613 bis “*Tortura*”:

Chiunque, con violenze o minacce gravi, ovvero agendo con crudeltà, cagiona acute sofferenze fisiche o un verificabile trauma psichico a una persona privata della libertà personale o affidata alla sua custodia, potestà, vigilanza, controllo, cura o assistenza, ovvero che si trovi in condizioni di minorata difesa, è punito con la pena della reclusione da quattro a dieci anni se il fatto è commesso mediante più condotte ovvero se comporta un trattamento inumano e degradante per la dignità della persona.

Se i fatti di cui al primo comma sono commessi da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio, con abuso dei poteri o in violazione dei doveri inerenti alla funzione o al servizio, la pena è della reclusione da cinque a dodici anni.

Il comma precedente non si applica nel caso di sofferenze risultanti unicamente dall’esecuzione di legittime misure privative o limitative di diritti.

Se dai fatti di cui al primo comma deriva una lesione personale le pene di cui ai commi precedenti sono aumentate; se ne deriva una lesione personale grave sono aumentate di un terzo e se ne deriva una lesione personale gravissima sono aumentate della metà.

Se dai fatti di cui al primo comma deriva la morte quale conseguenza non voluta, la pena è della reclusione di anni trenta. Se il colpevole cagiona volontariamente la morte, la pena è dell’ergastolo.

Il terzo comma di questo articolo, “*Il comma precedente non si applica nel caso di sofferenze risultanti unicamente dall’esecuzione di legittime misure privative o limitative di diritti.*”, pone un quesito interessante:

“quali sarebbero, secondo il Codice Penale, quelle misure privative o limitative di diritti umani, che, nonostante cagionino acute sofferenze fisiche, un verificabile trauma psichico e lesioni personali, possano comunque essere definite legittime?”

In merito al primo elemento costitutivo della tortura, la violenza, e al concetto di ‘*minorata difesa*’ riportiamo due note tratte dal sito internet *Brocardi.it*:

*Per quanto riguarda il primo elemento costitutivo del reato, ovvero la **violenza**, essa va suddivisa in **propria ed impropria**. Per quest’ultima va intesa quando si utilizza un qualsiasi mezzo idoneo, esclusa la minaccia, a coartare la volontà del soggetto passivo, annullandone la capacità di azione o determinazione. Per violenza **propria**, si intende invece l’impiego di energia fisica sulle persone o sulle cose, esercitata direttamente o per mezzo di uno strumento.*

...

Secondo la Cassazione, l'età avanzata della persona offesa rientra nel concetto di "minorata difesa", in quanto l'anziano ha una minore capacità di rendersi conto di essere soggetto passivo di condotte illecite altrui e di reagire con lucidità.

Per quanto riguarda, infine, la nozione di 'lesione personale' (art. 582 del Codice Penale "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni."), sempre nel sito internet *Brocardi.it* si specifica che:

*Si tratta di un reato a forma libera, quindi che può essere commesso con qualsiasi tipo di condotta, **anche omissiva se sussiste in capo all'agente un obbligo giuridico di impedire l'evento.***

4.

COSTRINGERE UNA PERSONA PRIVATA DELLA SUA LIBERTÀ A RIMANERE IMMOBILE LEGATA MANI E PIEDI A UN LETTO DI CONTENZIONE È SEMPRE, LETTERALMENTE, UNA FORMA DI TORTURA

Siamo pienamente consapevoli che una rilevante parte della società civile, che la maggioranza della società istituzionale troverà i più sopra proclamati doveri civili incomprensibili, o velleitari, o intempestivi, o provocatori, o impossibili da realizzare.

Non abbiamo dubbi che la grande maggioranza degli psichiatri pubblici, la grande maggioranza degli infermieri psichiatrici, la maggioranza degli amministratori di ospedali, la maggioranza degli educatori delle comunità psichiatriche, la maggioranza dei familiari delle persone psichiatizzate, la maggioranza degli amministratori di case di riposo e delle RSA-Residenze Sanitarie Assistenziali, la maggioranza dei geriatri delle case di riposo e delle RSA, la maggioranza degli operatori assistenziali degli anziani, la grande maggioranza dei pubblici ministeri, la grande maggioranza dei giudici, la maggioranza degli avvocati, la maggioranza delle forze di polizia, la maggioranza degli operatori penitenziari, la grande maggioranza degli psichiatri penitenziari, la maggioranza dei direttori di carcere, buona parte dei giornalisti, buona parte degli altri operatori dell'informazione, buona parte dei sindacalisti della sanità, buona parte degli amministratori pubblici, buona parte dei politici, ebbene non abbiamo dubbi che tutti costoro troveranno esagerato chiedere la chiusura del reparto di psichiatria di Bergamo, troveranno eccessivo chiedere il divieto radicale della contenzione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie italiane.

Eppure a ognuno di tutti costoro, allo psichiatra pubblico, all'infermiere psichiatrico, all'amministratore ospedaliero, all'educatore psichiatrico, al familiare della persona psichiatizzata, all'amministratore di case di riposo o RSA, al geriatra di case di riposo o RSA, all'operatore assistenziale degli anziani, al pubblico ministero, al giudice, all'avvocato, all'agente di polizia, all'operatore penitenziario, allo psichiatra penitenziario, al direttore di carcere, al giornalista, all'operatore dell'informazione, al sindacalista della sanità, all'amministratore pubblico, al politico, a ognuno di essi vorremmo porre la seguente domanda:

“Se un giorno, passeggiando per una via periferica della tua città, incuriosito da uno straziante guaito di un cane ti imbattesti in un giardino privato dove il proprietario ha completamente immobilizzato il proprio cane legandogli tutti e quattro i piedi con speciali cinghie imbullonate al pavimento, esiteresti dal chiamare un'associazione di difesa degli animali per fare interrompere immediatamente una tale crudeltà?”

Noi non abbiamo alcun dubbio che tu (*che tutti voi*) non esiteresti un secondo dal cercare di fare smettere un comportamento così inumano, dal cercare di far valere il rispetto e la tutela legale dei diritti degli animali.

Se così fosse, ti chiederemmo ancora:

“E perché mai, se invece a essere brutalmente immobilizzato, contro la propria volontà, con mani e piedi legati da cinghie imbullonate a un letto di contenzione si trova:

- *un paziente di SPDC, già fisicamente contenuto una prima volta in un reparto chiuso a chiave e poi fisicamente contenuto una seconda volta da una ‘bomba’ di neuro-paralizzanti chimici,*
- *una persona anziana, debole, innocua, forse sofferente, vicino alla fine della propria vita, ricoverata in una casa di riposo,*
- *un carcerato, già rinchiuso in una cella, se non addirittura in una cella di isolamento, ricoverato nell’infermeria del carcere,*

perché mai di fronte a queste crudeltà, di fronte a questi trattamenti inumani e degradanti nei confronti di essere umani in stato di debolezza e privati della loro libertà, non riesci a provare, invece, alcun sussulto di indignazione?”

Noi riteniamo che questo paradossale controsenso sia dovuto, principalmente, alla pertinacia, all’insistenza ininterrotta con la quale da due secoli la psichiatria pubblica, manicomiale prima e post-manicomiale poi, ha continuato a ritenere che si debba ignorare, che si debba disconoscere il punto di vista, il diritto al consenso delle persone sottoposte alle terapie psichiatriche, delle persone ritenute *malate* ‘nella mente’. Una pertinacia che ha influenzato a tal punto la cultura comune da generare e consolidare una diffusa insensibilità, una profonda indifferenza, un abitudinario preconcetto: quel pregiudizio che induce a non vedere, a rimanere indifferenti e insensibili di fronte alle sofferenze fisiche e psicologiche che la ‘cura medica’ dell’*alienazione* ‘della mente’ prima, della *malattia* ‘della mente’ poi, del *disturbo* ‘della mente’ dopo, del *disordine* ‘della mente’ dopo ancora, ha inflitto e continua a infliggere nel corpo e nella psiche degli *alienati* ‘della mente’, dei *malati* ‘nella mente’, dei *disturbati* ‘nella mente’, dei *disordinati* ‘nella mente’. Una insensibilità-indifferenza che, al di là delle buone intenzioni con le quali è lastricata la strada per la psichiatria, non può che essere essa stessa la causa prima della tanto deprecata (*a parole*) ‘*disumanizzazione*’ del paziente psichiatrico, del mancato rispetto dei suoi diritti e soprattutto del suo diritto umano ed essenziale al consenso informato ai trattamenti sanitari. Un’insensibile mancanza di rispetto umano che dai reparti psichiatrici ospedalieri non ha mancato, infine, di dilagare anche in altri reparti ospedalieri e negli apparati statali delegati all’assistenza pubblica e alla punizione dei reati.

5.

IL DOLORE E LA SOFFERENZA INFLITTA DALLA COERCIZIONE FISICA
SAREBBE PIENAMENTE VISIBILE A CHIUNQUE
SE SOLTANTO SI AVESSE LA PREMURA DI PRENDERE IN CONSIDERAZIONE
IL PUNTO DI VISTA DELLA PERSONA LEGATA

La grande sofferenza fisica e psicologica causata a un essere umano, a un qualsiasi essere umano, dall’essere immobilizzato con le mani e i piedi legati a un letto di contenzione è immediatamente visibile e del tutto comprensibile a chiunque, se soltanto avesse la voglia, se avesse il coraggio di spostare il proprio punto di vista: da quello di colui che ordina, oppure che mette in atto, oppure che

osserva, o che sente solo parlare di una contenzione fisica, al punto di vista, invece, dell'essere umano che subisce una contenzione fisica.

*“Psichiatra pubblico, infermiere psichiatrico, amministratore ospedaliero, educatore psichiatrico, familiare della persona psichiatrizzata, amministratore di case di riposo o RSA, geriatra di case di riposo o RSA, operatore assistenziale degli anziani, pubblico ministero, giudice, avvocato, agente di polizia, operatore penitenziario, psichiatra penitenziario, direttore di carcere, giornalista, operatore dell'informazione, sindacalista della sanità, amministratore pubblico, politico, prova, solo per un po', a immaginare di essere costretto tu stesso a dover subire, contro la tua volontà, una contenzione fisica su di un letto di ospedale. Un infermiere arriva, ti invita a sdraiarti supino su un letto dalla robusta struttura metallica, con delle fascette (cavigliere) ti serra le caviglie al centro della struttura di fondo del letto, con altre fascette (polsiere) lega ognuno dei tuoi polsi alle strutture laterali. Ecco, ora sei immobile, sdraiato sulla schiena, le braccia allargate, le gambe e i piedi uniti (“**Ci legavano come Cristo in croce**”): sono tra le ultime parole pronunciate da Antonia Bernardini al pubblico ministero durante la sua agonia nella sala rianimazione dell'ospedale Cardarelli di Napoli). Dopo un po', quando questa posizione comincia a darti fastidio, senti il bisogno di cambiare posizione delle braccia, delle gambe, del corpo, ma non ci riesci. In breve tempo la necessità di movimento aumenta, acuita dalla consapevolezza di non poterla soddisfare. Col passare del tempo questa necessità di movimento aumenta sempre più, fino a diventare un assillo insopportabile, una sofferenza psico-fisica insopportabile. Cominci a forzare le fascette ruotando per quanto possibile gomiti e ginocchia, cerchi di provare un po' di sollievo cercando di spostare la testa verso destra e provando anche a sollevare il più possibile la spalla sinistra e dopo esserti sdraiato di nuovo cerchi di fare il contrario. Poco per volta, col passare delle ore, la circolazione sanguigna rallenta, cominci a sentire dapprima qualche formicolio, poi qualche prurito e poi veri e propri dolori. E quando comincerai a sentire dolore la schiena, sognerai ardentemente di potere, anche per un solo attimo, raggomitolarti su di te con braccia e gambe raccolte, per cercare di stirare la schiena dolente, ma non sarà possibile. E tutto questo avverrebbe già nelle prime ore. Se vuoi conoscere le conseguenze psicologiche a cui andresti incontro per un simile trattamento coercitivo contro la tua volontà, lasciamo alla tua sensibilità immaginare il senso di prostrazione, avvilitamento, frustrazione, umiliazione, angoscia, sconforto, disorientamento, disperazione a cui andresti incontro, circondato da una soffocante coltre di indifferenza (per non parlare delle volte in cui sarai costretto a urinarci e defecarci addosso sperando che prima o poi passino gli infermieri a cambiarti le lenzuola e a lavarti). Se vuoi conoscere, invece, quali lesioni fisiche dirette e indirette si produrranno nel tuo corpo, allora leggi qui di seguito quanto riportato nel protocollo della contenzione fisica al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano.*

Pagine 26-27 del protocollo della contenzione fisica al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano, “*La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline*” (edizione 10 gennaio 2008, revisione 2010):

LESIONI DIRETTE

- **Lesioni nervose.** Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita con arrotolamento del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.
- **Lesioni ischemiche.** Dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.

- **Tromboembolia.** La letteratura segnala il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, anche in assenza di fattori di rischio preesistenti e, sebbene non esistano studi sull'efficacia, viene consigliata la valutazione di trattamento preventivo.
- **Asfissia.** Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo, o è stata trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o dalla sedia.
- **Morte improvvisa.** Due studi descrivono la morte improvvisa in seguito ad un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione. Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso accade.
- **Ipertermia e sindrome neurolettica maligna**

LESIONI INDIRECTE

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso di dispositivi fisici di contenzione e questo tipo di lesioni. Tuttavia, è più difficile da dimostrare il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni, quindi è importante usare cautela nell'interpretazioni di queste informazioni. Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione:

- **sono maggiormente esposti a rischio di caduta**
- **hanno degenze di maggiore durata**
- **incorrono nelle infezioni nosocomiali**
- **hanno un'aumentata mortalità**
- **più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione**

L'uso della contenzione per i residenti delle della case di riposo è stato associato ad un certo numero di esiti avversi, quali

- **il declino del comportamento sociale e cognitivo e della mobilitazione**
- **un aumento del disorientamento**
- **lo sviluppo di lesioni da decubito**
- **l'incontinenza urinaria e intestinale.**

Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute:

- **i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta rispetto ai residenti non contenuti.**

Inoltre le lesioni gravi correlate alle cadute

- **sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione.**

Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente:

- **il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione a intervalli, è più elevato.**

Per concludere, sembra che la sospensione della contenzione riduca il rischio di lesioni correlate alle cadute.

Del resto non è stato certo casuale che l'incatenamento dei prigionieri, ovvero l'usanza di mantenere legati con catene le mani e i piedi di una persona già rinchiusa in una galera, sia da due secoli una punizione corporale vietata nelle carceri perché considerata disumana!

6.

LA CRUDELE E LUGUBRE CONSUECUDINE
DI INFLIGGERE IL TORMENTO DELLA COERCIZIONE FISICA
ALLE PERSONE ANZIANE RICOVERATE
NELLE CASE DI RIPOSO E NELLE RSA

Tutti noi siamo pienamente al corrente del ‘*mantra*’ che medici e fisioterapisti non si stancano mai di ripetere alle persone anziane per migliorare la loro vita rallentando il deterioramento fisico dovuto all’avanzare dell’età. Sappiamo che essi consigliano vivamente di fare esercizio fisico giornaliero, in modo da mantenere e migliorare lo svolgimento delle attività quotidiane, in modo da prevenire o ritardare le malattie dell’invecchiamento: il movimento fisico tiene lontani gli acciacchi, migliora la qualità del vivere la terza età e allunga la vita.

Ecco allora che vorremmo porre all’amministratore di case di riposo o di RSA, al geriatra di case di riposo o di RSA, all’operatore assistenziale degli anziani, al sindacalista della salute, al familiare di una persona anziana ricoverata in una struttura assistenziale, le seguenti domande:

“Non vi è mai venuto in mente che il costringere una persona anziana ricoverata in una struttura assistenziale a rimanere fisicamente ferma, bloccata, immobilizzata, legata mani e piedi in un letto di contenzione contro la propria volontà, fino a procurarsi piaghe da decubito, sia un autentico abominio, un lugubre e sinistro capovolgimento delle prescrizioni mediche per la salute delle persone anziane? Un lugubre e sinistro capovolgimento delle finalità delle strutture che si dedicano all’assistenza agli anziani”

Non vi è mai venuto il dubbio di quanto possa essere spaventosa l’esistenza di queste persone vicine alla fine della loro vita quando vengono costrette a doversi rimanere immobilizzate ‘come Cristo in croce’, qualche volta accanto ad altri sfortunati compagni di sventura legati nei letti vicini, in una muta, sofferente, dolorosa, angosciata e solitaria attesa della morte che si avvicina a grandi passi?”

“Non vi è mai venuto in mente che sottoporre una persona anziana alla coercizione fisica rappresenti un trattamento crudele, inumano e degradante per la dignità di quella persona?”

“Non vi è mai venuto in mente di chiedere ai vostri ricoverati anziani il loro consenso prima di legare loro mani e piedi a un letto di contenzione?”

“Non vi è mai venuto in mente di come diverrebbe cupa e insostenibile la vostra stessa esistenza qualora in tarda età foste ricoverati voi stessi a una casa di riposo e sottoposti voi stessi al tormento di essere immobilizzati legati mani e piedi a un letto di contenzione?”

7.

DOPO OLTRE DUE SECOLI DALLA FINE DELL'ERA DEL SUPPLIZIO GIUDIZIARIO
LE MODALITÀ COERCITIVE *ROUTINARIE* DEGLI SPDC
HANNO PERMESSO IL RITORNO FORMALE E TRIONFALE
ALL'INTERNO DELLE MURA DEL CARCERE
DEL TORMENTO DI LEGARE MANI E PIEDI ALLE PERSONE DETENUTE

A cavallo tra ‘700 e ‘800, per merito anche del pensiero di filosofi e filantropi illuministi, nell’universo giudiziario si assiste al superamento della millenaria epoca delle pene corporali, dei tormenti e delle torture, e all’avvento della età moderna della pena universale della detenzione carceraria. Qualcuno, spinto da un eccesso di entusiasmo, ha addirittura affermato che, nel mondo delle sanzioni penali, l’*umanità*’ delle sanzioni detentive avrebbe sostituito la ‘*crudeltà*’ delle sanzioni corporali.

Tra i tormenti crudeli tipici dell'epoca del supplizio che il carcere avrebbe dovuto superare, vi era anche l'usanza di mantenere incatenati i prigionieri e gli internati già privati della loro libertà.

In realtà, nonostante se ne dichiarasse formalmente il divieto in quanto punizione considerata disumana, durante l'800 e il '900 il contenimento fisico di uomini e donne, il loro *'incatenamento'* con le cinghie (*oggi, per cercare di lenire almeno in parte il significato coercitivo della parola 'cinghie', si preferisce usare in sua vece la parola 'fascette'*), non scomparve affatto dalle istituzioni pubbliche europee: legare mani e piedi di esseri umani, infatti, rimase un'usanza consueta nei manicomi civili e nei manicomi criminali. E anche quando riforme degli ordinamenti psichiatrici pretesero di sancire, come avvenne in Italia sul finire degli anni '70, la fine dell'era manicomiale *custodialista*, l'abitudine di legare mani e piedi dei *'pazienti psichiatrici'* a un letto di contenzione si è trasferita, senza alcuna soluzione di continuità, nelle nuove istituzioni psichiatriche definite *'terapeutiche'*, divenendone un *'trattamento medico'* di *routine*. E dagli SPDC e dalle strutture psichiatriche simili trattamenti di *routine* hanno finito, poi, per dilagare anche nelle istituzioni pubbliche dell'assistenza.

Come è possibile, potremmo chiederci, che, nonostante le proclamazioni della difesa dei diritti umani delle persone, il tormento di legare mani e piedi a persone private della loro libertà sia rimasto indenne fino a oggi dall'epoca ormai lontana delle pene corporali e delle torture?

È stato possibile attraverso uno stupefacente balzo concettuale della nozione stessa di *'coercizione fisica'*: da vera e propria *punizione corporale*, considerata legittima nell'epoca e nell'universo della tortura e del supplizio giudiziari, a quella di *trattamento medico*, considerato legittimo nell'epoca e nell'universo della psichiatria.

Dal mondo *'crudele'* delle punizioni corporali l'*'incatenamento'* di esseri umani con mezzi diversi dalle catene è così approdato a quello *'medico'* dei trattamenti psichiatrici.

Nel 1909 il *'Regolamento sui manicomi e sugli alienati'*, assieme alla legge n. 36/1904 *'Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli Alienati'*, metteva ordine legislativo alle numerose disposizioni manicomiali del secolo precedente.

Il regolamento manicomiale all'art. 60 proclamava solennemente il principio che:

Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati

e, però, subito dopo appariva un provvidenziale *'se non'* che prevedeva un'eccezione al principio appena enunciato:

se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

Riteniamo che molto difficilmente la portata profonda di quell'enorme anomalia giuridica e umana degli stati moderni occidentali rappresentata dall'esercizio della psichiatria pubblica possa mai trovare una sintesi più straordinaria di quella espressa in questa piccola frase del Regolamento Manicomiale del 1909!

Con questo *'se non'* lo Stato elargiva (*o meglio: riconosceva appieno*) al direttore del manicomio, allo psichiatra manicomiale lo straordinario potere, unico negli apparati istituzionali pubblici, di infliggere la tortura della coercizione fisica, il supplizio del contenimento fisico a un altro essere umano internato in manicomio.

Uno *strapotere* così straordinario e unico sulle persone da non avere alcuna analogia con nessun altro dei poteri che lo stato moderno accordava e accorda a funzionari pubblici, ma, semmai, bisogna risalire all'epoca degli assolutismi monarchici pre-rivoluzione francese per rinvenire la somiglianza di esso con i poteri propri e assoluti del Sovrano o dell'Inquisitore.

E anche oggi, dopo che il regolamento manicomiale del 1909 è decaduto per effetto della legge n. 180/78, questo *strapotere* continua imperterrita a esprimere integralmente la sua crudele potenza coercitiva.

Uno *strapotere* straordinario e unico, riconosciuto espressamente, nientemeno, anche dall'attuale legislazione carceraria.

Le “*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*” (Legge n. 354/1975) al terzo comma dell'articolo 41 “*Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione*” così recita:

Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica **che non sia espressamente previsto dal regolamento** e, comunque, **non vi si può far ricorso a fini disciplinari**

Solennemente si esprime uno dei principi cardine esposti nel 1764 da Cesare Beccaria nel saggio ‘*Dei delitti e delle pene*’: in carcere nessun mezzo di coercizione fisica può essere usato e nemmeno vi si può far ricorso per i fini disciplinari propri dell'istituzione carceraria. Di nuovo, però, si prevedono eccezioni al principio enunciato: a meno ‘***che non sia espressamente previsto dal regolamento***’.

E cosa mai prevede il Regolamento Penitenziario?

Il “*Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*” (DPR n. 230/2000) all'articolo 82 “*Mezzi di coercizione fisica*”, oltre a dichiarare con un inopinato rimpallo “*che La coercizione fisica (è) consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'articolo 41 della legge*”, subito dopo candidamente dichiara che la medesima coercizione fisica:

si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche.

Nella sostanza l'ordinamento penitenziario italiano, pur ribadendo che in carcere nessun mezzo di coercizione fisica può essere usato per i fini disciplinari, dichiara al contempo che, nello stesso carcere, la coercizione fisica è tuttavia permessa qualora sia uguale, per filo e per segno, a quella in uso nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura – SPDC (*come dire: se lo fanno loro!*), ossia in carcere la coercizione fisica, vietata in linea di principio, è tuttavia permessa qualora avvenga sotto il controllo sanitario (*ovvero dello psichiatra*) e usando gli stessi mezzi coercitivi e le stesse finalità con i quali essa viene inflitta ai pazienti psichiatrici presso le istituzioni ospedaliere pubbliche (*ovvero presso gli SPDC*).

Nella storia passata dei penitenziari italiani, quando sorgeva la volontà di infliggere a un carcerato la particolare punizione della coercizione fisica, si trasferiva il reo, rinominato *reo-folle*, dal carcere al manicomio criminale, dove tali trattamenti punitivi erano la norma.

Nell'attuale epoca del dopo riforma psichiatrica e della retorica sul superamento dei manicomi civili e dei manicomi criminali, invece, sono le modalità coercitive *routinarie* proprie degli SPDC ad essere semplicemente trasferite armi e bagagli dentro le mura del carcere: e così, dopo oltre due secoli dalla fine dell'epoca del supplizio e della tortura giudiziarie, il tormento di legare mani e piedi delle persone detenute a un letto di contenzione è ritornato, formalmente e trionfalmente, all'interno delle mura del carcere.

Un ritorno formale e trionfale da far inorridire e rivoltare nella tomba il povero Cesare Beccaria.

Nell'anno 2000, alla soglia del terzo millennio, l'art. 82 del Regolamento penitenziario di fatto ha certificato il ruolo dell'SPDC come centro di sdoganamento, irradiazione e diffusione in altre istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie italiane del tormento manicomiale della coercizione fisica.

8.
LE CAMPAGNE CONTRO
IL RICORSO ALLA COERCIZIONE FISICA NEI LUOGHI DI CURA
SONO IMPOTENTI CONTRO
IL RICORSO ALLA COERCIZIONE FISICA NEI LUOGHI DI CURA

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 luglio 2010 ha approvato una relazione dal titolo: *“Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”*.

La relazione, con le 7 raccomandazioni alle regioni che vi sono contenute, nascono da un rapporto del 16 ottobre 2006 sui reparti psichiatrici in Italia redatto dal CPT-*“The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment”*, *“Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti”*, emanazione del Consiglio d’Europa che si occupa della prevenzione di maltrattamenti nei confronti di persone private della libertà.

La Conferenza in vari punti delle sue raccomandazioni cita a più riprese il capitolo *“Misure di contenzione negli Istituti Psichiatrici per adulti”* del documento del CTP:

“Il potenziale di abuso e di maltrattamento che l’uso di mezzi di contenzione comporta resta fonte di particolare preoccupazione per il CPT. Purtroppo sembra che in molti degli istituti visitati vi sia un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione”.

*Il documento stila una graduatoria delle modalità da mettere in atto per far fronte alla violenza del paziente e in essa figurano i mezzi psicologici (interazione verbale e convinzione) e il trattenere il paziente con le mani per breve tempo. **Tutto questo viene proposto in alternativa alla sedazione chimica e alla contenzione mediante cinghie.***

...
*Il documento stigmatizza l’uso della contenzione come punizione ... All’obiezione che è **la mancanza di personale** che spinge a un aumento del ricorso ai mezzi di contenzione risponde che è **proprio l’applicazione dei metodi meccanici, che voglia essere corretta e appropriata, a richiedere più personale medico e infermieristico di quanto abitualmente disponibile.***

...
*Il percorso parte dall’esigenza, con un’adatta sorveglianza, di ridurre il rischio di abuso sempre in agguato quando si ha a che fare con prestazioni sanitarie senza il consenso del paziente. Si qualifica includendo la convinzione che, in ogni caso, la valutazione non possa essere solo sanitaria **trattandosi di una pratica, come ci ricorda il documento del CPT, con un alto potenziale di degradazione ed umiliazione per il paziente, in contrasto quindi con il principio del rispetto della dignità umana che dovrebbe vincolare l’esercizio della medicina.** L’argomentazione centrale porta a considerare la **contenzione fisica come un intervento antiterapeutico, che danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica,** e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica. In questa chiave, dando per scontato che con un di più di formazione, di organizzazione e di sorveglianza si riesca a **evitare la violenza superflua, quella che viene praticata per dare un esempio, realizzare una punizione, o “prevenire” una violenza attesa,** la tesi di questo documento è che si debba evitare la contenzione fisica in ogni situazione, attraverso una strategia che prevenga i comportamenti violenti in ambienti di cura.*

In Italia a più riprese si sono condotte e si conducono campagne nazionali per l’eliminazione della contenzione fisica nei luoghi di cura, a opera di comitati, associazioni, organizzazioni sindacali. Di solito queste campagne si ravvivano ogni qualvolta la notizia di una morte atroce di persone legate mani a piedi a un letto di contenzione riesce a superare l’impenetrabile muro di omertà che occulta in maniera plumbea la conoscenza di tutte le numerose morti e suicidi di pazienti ricoverati nei reparti di psichiatria.

La *‘strategia possibile di prevenzione della contenzione fisica in psichiatria’* invocata nel 2010 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e le numerose campagne per l’eliminazione della contenzione fisica nei luoghi di cura, tuttavia, non hanno scalfito affatto la

grande diffusione della tortura della coercizione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie italiane.

Potremmo chiederci allora quali possano essere le giustificazioni che di volta in volta vengono addotte per sostenere la necessità di infliggere la coercizione fisica o anche per sostenere l'impossibilità *'pratica'* di eliminarla.

9.

LE INAMMISSIBILI GIUSTIFICAZIONI A SOSTEGNO DEL RICORSO AL TORMENTO DELLA COERCIZIONE FISICA O A SOSTEGNO DELLA PRESUNTA IMPOSSIBILITÀ DI RINUNCIARE ALLA COERCIZIONE FISICA

Proviamo a elencare qui di seguito alcune delle più ricorrenti giustificazioni della coercizione fisica nei luoghi di cura; sia quelle che mirano a fornirle una parvenza di *'normalità'* sia quelle che la giudicano un male *'necessario'* e *'ineliminabile'*.

9.1.

PRIMA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA ABOMINEVOLE
***“La coercizione fisica, autorizzata da uno psichiatra,
è un trattamento ‘terapeutico’
ovvero un trattamento ‘curativo’ della malattia ‘della mente’.”***

Vi è poco da dire su questa giustificazione che non esitiamo a definire abominevole.

Vogliamo solo ricordare che anche la tortura inflitta dall'Inquisizione al corpo delle donne accusate di essere streghe aveva un significato *'terapeutico'*: la tortura colpiva duramente il loro corpo per permettere di risanare la loro anima.

In fondo basterebbe solo sostituire alla parola *'anima'* la parola *'mente'*.

9.2.

SECONDA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA INDECENTE
***“La coercizione fisica è un trattamento ‘sanzionatorio’ o ‘modificativo’ di un comportamento
percepito come scorretto”***

Questa giustificazione, che pur ci pare indecente, possiede tuttavia il pregio della sincerità: rivela senza false ipocrisie che la coercizione fisica è spesso solo una forma di punizione, una forma di punizione corporale, una crudele forma di punizione corporale.

Vorremmo suggerire, qualora venisse esibita una simile giustificazione, che nell'universo delle punizioni corporali, oltre al dolore e alla sofferenza causate dalla coercizione fisica, sono altrettanto efficienti, ma sicuramente di gran lunga più rapide nell'ottenere i fini prefissi, anche il dolore e la sofferenza causate dalla fustigazione della schiena con una verga di *rattan*.

9.3.

TERZA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA IPOCRITA

“La coercizione fisica è un trattamento ‘difensivo’

della sicurezza del personale sanitario nei confronti dei possibili atti di violenza del paziente contenuto”

Innanzitutto questa giustificazione, prima che ipocrita, non è fondata.

Basterebbe, infatti, che anche un solo SPDC in Italia, sui 321 esistenti, praticasse il *'no restraint'*, ossia la rinuncia completa alla contenzione, per smentire e dissolvere totalmente e definitivamente una simile giustificazione. E in Italia gli SPDC *'No restraint'* sono almeno due decine e non ci risulta affatto che quei *'pazienti'* psichiatrici, che sono ritenuti aggressivi e violenti e che risiedono nei territori di competenza di questi SPDC, se ne tengano accuratamente alla larga per correre a farsi internare a forza in qualcun altro degli altri 300 SPDC, quelli avvezzi, invece, alla coercizione fisica.

Questa giustificazione, inoltre è ipocrita, di una ipocrisia antica almeno quanto il manicomio: quella che induce a considerare i *malati* *'nella mente'* intrinsecamente *'aggressivi'* e *'pericolosi'*.

L'asserzione che debba rendersi necessario attivare una prima coercizione fisica, quella ambientale, chiudendo a chiave un reparto psichiatrico ospedaliero, e che poi debba rendersi necessario attivare anche una seconda coercizione fisica, quella chimica, attraverso la somministrazione coatta di psicofarmaci neuro-paralizzanti, e che poi ancora debba rendersi necessario attivare anche una terza coercizione fisica, quella meccanica, attraverso il bloccaggio di mani e piedi a un letto di contenzione, e che dopo ancora, in alcuni casi particolarmente efferati, debba rendersi necessario attivare anche una quarta coercizione fisica, quella dello spallaccio, attraverso il bloccaggio anche di spalle e torace con un lenzuolo arrotolato, ebbene la narrazione sulla reale necessità di ricorrere a questo imponente armamentario coercitivo, con il fine di dimostrare che esso si renda indispensabile per riuscire a difendersi da possibili atti aggressivi e violenti di un ricoverato in psichiatria, rappresenta quantomeno una narrazione parziale, più precisamente una cronaca di parte.

In questa narrazione, infatti, non trova spazio alcuno l'altra metà della realtà che ci si propone di raccontare: manca il punto di vista *del malato* *'nella mente'* considerato *'violento'* e *'pericoloso'*.

Manca il punto di vista di colui che, ricoverato in un reparto psichiatrico, potrebbe essere assalito improvvisamente da almeno 5 infermieri robusti (come suggeriscono le *Linee Guida della 'Contenzione fisica in ospedale'*, ma vi sono stati casi in cui gli infermieri erano anche 6, o 7, o addirittura 8), viene sbattuto a terra, viene trascinato con forza sul pavimento fino alla stanza di contenzione, viene issato di peso sopra un letto di contenzione dove gli vengono legati i polsi e le caviglie, per essere, infine, *'steso'* con una dose massiccia di psicofarmaci neuro-paralizzanti (*in gergo: 'bomba'*).

Manca il punto di vista, di tutti coloro che subiscono lesioni fisiche, a volte gravi o gravissime, a causa della coercizione fisica.

Manca il punto di vista, per esempio, di coloro che, ricoverati in SPDC, hanno la grande sfortuna di essere di costituzione alta e robusta, e solo per questo incutono un ingiustificato timore di possibili loro reazioni violente: è facile che essi andranno incontro a una sicura contenzione fisica preventiva oltre che quella chimica. Francesco Mastrogiovanni, ribattezzato con affetto dai suoi scolari il *'Maestro gigante'*, è andato incontro a un destino atroce anche per il suo essere stato alto e robusto.

In questa narrazione manca qualsiasi riferimento al fatto che uno SPDC di solito è un reparto ospedaliero del tutto atipico e particolare, all'interno del quale è abituale l'uso della forza, qualche volta violento, contro ricoverati non consenzienti, di cui fanno fede le varie procedure coercitive in uso.

Manca qualsiasi riferimento al fatto che in uno SPDC permane spesso l'impostazione coercitiva, punitiva e muscolare propria del manicomio, ovvero propria di un apparato statale nel quale le norme interne di comportamento sono più affini a discipline di tipo *militare-carcerario* che non a quelle di tipo *assistenziale-sanitario*.

Si è mai ragionato su quanto possa essere violento il comportamento di un agente di polizia, un lettighiere, uno psichiatra, un infermiere pervasi dalla paura del *malato* 'nella mente'?

Ci si è mai soffermati sul fatto che spesso tale paura rappresenti un paradosso autoreferenziale, ovvero che la sua paura nei confronti del *malato* 'nella mente' 'violento' e 'pericoloso' sia un enunciato che trova le sue ragioni e giustificazioni in se stesso, che la sua paura trova giustificazione solo nella sua paura.

Per cercare di spiegare un tale paradosso si potrebbe ricorrere a un paragone inconsueto: quello tra l'uomo che ha paura dei cani e lo psichiatra (*ma potrebbe essere anche l'agente di polizia, il lettighiere, lo psichiatra, l'infermiere*) che ha paura dei *malati* 'nella mente'.

E non sembri troppo offensivo per gli utenti della psichiatria questo esempio: i cani sono essere viventi molto sensibili: essi hanno una grande capacità di 'sentire' i reali sentimenti degli umani, al di là delle loro finzioni, delle loro maschere, delle loro menzogne.

Di solito accade che un uomo che ha paura dei cani, ovvero che è pregiudizialmente convinto che i cani siano intrinsecamente pericolosi e aggressivi, riesca comunque, nel suo cammino per strada, a incontrare un cane che gli mostra ostilità e gli ringhia contro, riesca comunque ad avere piena conferma che la sua paura sia giustificata e che sia giusto prepararsi per tempo a difendersi con decisione da una possibile aggressione, magari con l'aiuto di un bastone o di un grosso sasso se li trovasse per strada.

(E se, per caso fortuito, l'uomo che ha paura dei cani s'imbattesse nella prova dell'infondatezza della sua paura, per esempio osservando che un altro uomo, che non ha paura dei cani, quando ne incontra uno gli si avvicina rilassato e lo accarezza sulla testa ricevendone in cambio un festoso scodinzolio della coda, ebbene, anche in questo caso probabilmente rimuoverà questa scoperta e continuerà imperturbato a tener fede al suo pregiudizio.)

Il cane, a sua volta, quando incontra un 'uomo che ha paura dei cani' sente la sua paura, sente la sua ostilità, e a nulla valgono gli sforzi dell'uomo di apparire calmo e controllato, perché della sua paura esso ne capta le vibrazioni.

Il cane 'sa' che quella paura è molto pericolosa per lui (*lo sa dalla sua propria esperienza e da quella della sua specie, che in oltre 5.000 anni di convivenza con l'uomo, ha imparato a conoscere quanto sia pericolosa la violenza umana dettata dalla paura e qualche volta dal disprezzo*), 'sa' che l'uomo che ha paura dei cani è pronto a fare qualunque azione violenta contro di lui e perciò cerca di difendersi: ringhia, abbaia, morderebbe, persino, se l'uomo che ha paura dei cani si avvicinasse troppo.

Di solito accade che uno psichiatra che ha paura dei *malati* 'nella mente', ovvero che è pregiudizialmente convinto che i *malati* 'nella mente' siano intrinsecamente pericolosi e aggressivi, riesca comunque, nel suo lavoro, a incontrare un *malato* 'nella mente' che gli mostra ostilità e gli urla contro, riesca ad avere piena conferma, pertanto, che la sua paura sia giustificata e che sia giusto prepararsi per tempo a difendersi con decisione da una possibile aggressione, magari con l'aiuto di un drappello di infermieri di robusta costituzione (*da un minimo di 5 fino a un massimo di 8, se è il caso*) pronti a saltare improvvisamente addosso a quel ricoverato per legarlo mani e piedi a un letto di contenzione e per somministrargli una 'bomba' di neurolettici.

(E se, per caso fortuito, lo psichiatra che ha paura dei malati 'nella mente' s'imbattesse nella prova dell'infondatezza della sua paura, per esempio leggendo di SPDC 'no restraint', anche in questo caso probabilmente continuerà imperturbato a contenere le persone, per pigrizia o malcelato disprezzo.)

Il ricoverato in un reparto psichiatrico, a sua volta, quando incontra uno 'psichiatra che ha paura dei *malati* 'nella mente' percepisce la sua paura, percepisce la sua guardinga ostilità, e a nulla

valgono gli sforzi dello psichiatra di apparire calmo e controllato, perché della sua paura esso ne capta le vibrazioni.

Il ricoverato sa che quella paura è molto pericolosa per lui, lo sa dalla sua esperienza personale perché ha sperimentato sulla propria pelle cosa significhi lo ‘*stigma*’ psichiatrico (*ovvero la paura, il disprezzo, a volte l’odio che da oltre 200 anni la nostra società riserva a coloro che ritiene malati ‘nella mente’*), egli sa che lo ‘*psichiatra che ha paura dei malati ‘nella mente’* potrebbe organizzare un’azione violenta contro di lui, e, qualche volta, egli si ribella.

E quando si ribellerà pagherà poi molto caro questo suo atto di ribellione.

Nella narrazione del *malato* ‘nella mente’ ‘pericoloso’ e ‘violento’ manca del tutto il fine difensivo, del tutto fallimentare e controproducente, dei suoi atti di violenza.

9.4.

QUARTA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA DISSENNATA

“La coercizione fisica è un trattamento ‘difensivo’ della sicurezza del paziente nei confronti dei possibili atti di violenza auto-aggressivi”

Quando il trattamento di un paziente di SPDC, ricoverato per essere inaspettatamente sopravvissuto a un serio tentativo di suicidio, si limita a somministrargli una dose massiccia di farmaci neuro-paralizzanti e a tenerlo legato mani e piedi a un letto di contenzione, ci si può, forse, meravigliare se, appena egli viene slegato per permettergli di cenare, toglie i lacci dai suoi scarponi, li lega insieme e si precipita in bagno per impiccarsi con essi?

È evidente che quando si sottopone un paziente ad atti di violenza *etero-aggressivi* al fine di difenderlo da possibili atti di violenza *auto-aggressivi*, molto semplicemente si rinuncia in maniera assoluta a qualsiasi tentativo di entrare in relazione con il vissuto di quel paziente, si sancisce, molto semplicemente, l’irrimediabile e totale estraneità della psichiatria coercitiva con la psicologia, con qualsiasi tipo di psicologia; oltre che con la ragione, naturalmente.

9.5.

QUINTA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA INFONDATA

“La coercizione fisica dei ricoverati nelle case di riposo è un trattamento ‘necessario’ per prevenire le cadute del paziente

In merito a questa necessità ripetiamo quanto già citato dalle linee guida dell’ospedale Niguarda “*La contenzione fisica in ospedale*”

L’uso della contenzione per i residenti delle case di riposo è stato associato ad un certo numero di esiti avversi, quali:

- *il declino del comportamento sociale e cognitivo e della mobilitazione*
- *un aumento del disorientamento*
- *lo sviluppo di lesioni da decubito*
- *l’incontinenza urinaria e intestinale.*

Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute:

- ***i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta rispetto ai residenti non contenuti.***

Inoltre le lesioni gravi correlate alle cadute

- ***sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione.***

Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente:

- ***il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione a intervalli, è più elevato.***

Per concludere, sembra che **la sospensione della contenzione riduca il rischio di lesioni correlate alle cadute.**

L'istituto internazionale di *evidence based nursing* (assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia scientificamente più fondate) Joanna Briggs Institute, in "Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review" (Contenzione fisica – Parte 1: revisione sistematica dell'uso in strutture residenziali e per acuti per quanto riguarda i benefici della contenzione fisica, dichiara:

“Non esistono prove documentate che l'uso della contenzione fisica riduca l'incidenza di cadute o diminuisca il livello d'agitazione del paziente.

9.6.

SESTA GIUSTIFICAZIONE: QUELLA OSCENA **“il ricorso alla coercizione fisica si rende ‘necessario’ a causa della carenza di personale sanitario”**

Nell'ottava relazione generale sull'esercizio 1997, il CPT ha affrontato la questione del ricovero involontario in istituti psichiatrici per adulti. In merito alle restrizioni fisiche si dichiara:

*In molti istituti psichiatrici visitati dal CPT, l'applicazione delle restrizioni è utilizzata come mezzo di praticità per il personale; messa in sicurezza di pazienti difficili mentre vengono eseguite altre attività. **La solita giustificazione fornita al CPT è che la mancanza di personale richiede un aumento del ricorso a mezzi di contenzione.***

Questo ragionamento non è fondato. L'applicazione dei mezzi di contenimento nel modo corretto e nell'ambiente adeguato richiede un numero maggiore, non inferiore, di personale medico, poiché ogni caso di contenzione richiede che un membro del personale fornisca una supervisione diretta, personale e continua.

Pur non essendo del tutto d'accordo sulla moderazione con la quale si definisce solo 'infondata' la giustificazione della 'carenza di personale', tuttavia questo passo della relazione del CTP smaschera in maniera definitiva l'evidente falsità di una simile giustificazione.

Innanzitutto vi è da rilevare che ci sembra davvero paradossale che debba essere il 'Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti' a dover spiegare, a coloro che sono abituati a mettere in atto la coercizione fisica, che la stessa sia un trattamento particolarmente pericoloso, che necessita di un controllo sanitario diretto, personale e continuo, che necessiterebbe, piuttosto, di un consistente aumento del personale per garantire i livelli minimi di sicurezza per il ricoverato contenuto.

Per accorgersi di queste ineludibili necessità di controllo, infatti, basterebbe limitarsi a leggere un protocollo della contenzione fisica in ospedale (come ad esempio quello in uso presso l'Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, stilato in accordo con il protocollo in uso presso l'Ospedale Niguarda di Milano, che a sua volta è stato redatto in accordo con i protocolli messi a punto negli stati più attenti ai danni causati dalla contenzione fisica) per apprendere che:

- la decisione di procedere alla contenzione fisica è assunta dal medico e motivata in cartella
- **ad intervalli di massimo 1-2 ore, si esegue la rivalutazione medica**, avente come oggetto l'evoluzione della condizione psichica e comportamentale, l'andamento della contenzione al fine di individuare le situazioni che consentano tempestivamente di interrompere il provvedimento (Nelle rivalutazioni il medico e l'infermiere devono accertare l'eventuale insorgenza di lesioni traumatiche (**ematomi, ecchimosi, ferite, lacerazioni, etc.**) non presenti prima della contenzione
- durante il trattamento, anche in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica presenti, si raccomanda un livello di intervento che spazia dalla **osservazione diretta e continua** (one-on-one viewing) **fino al controllo ogni 15 minuti**

- se le condizioni del paziente lo consentono, durante il periodo di contenzione si garantisce la mobilità (**libera escursione articolare di un arto alla volta**) del paziente **per almeno 10 minuti, ogni 2 ore**
- **oltre le 12 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda**
- **se il provvedimento supera le 12 ore è necessaria la controfirma di una figura clinica apicale.**

La prescrizione di un'assistenza infermieristica *diretta e continua*, oppure in alternativa la prescrizione di *controlli ripetuti ogni 15 minuti*, la prescrizione di visite mediche *ripetute ogni 1-2 ore*, la prescrizione di garantire la libera movimentazione degli arti *per almeno 10 minuti ripetuta ogni 2 ore*, la prescrizione di applicare oltre le 12 ore di contenzione *le linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda*, la prescrizione di fare controfirmare la contenzione che si protrae oltre le 12 ore *dal responsabile sanitario della struttura*, sono prescrizioni così numerose e stringenti che non possono non rivelare che la coercizione fisica sia un trattamento fisico particolarmente cruento e pericoloso, da porlo del tutto al di fuori da qualsiasi ordinario trattamento sanitario (*e non potrebbe essere altrimenti, verrebbe da aggiungere, trattandosi di fatto di una vera e propria tortura inflitta a pazienti ricoverati in un luogo di cura*).

Chiunque, a meno che non abbia la mente obnubilata dal pregiudizio psichiatrico, comprenderebbe che qualora per una qualsiasi ragione si decidesse di infliggere a un ricoverato un trattamento di contenzione fisica, con tali ineludibili prescrizioni lo si dovrebbe poi interrompere quanto prima, perché un paziente legato mani e piedi a un letto di contenzione

è un paziente che è stato posto in gravi condizioni di impedimento dei movimenti, e che, quindi, necessita di cure, di monitoraggio e di supporto continui, allo scopo di mantenere sotto controllo e nella norma le sue funzioni vitali.

Se all'interno dei reparti ospedalieri volessimo trovare un esempio paragonabile a questo per consistenza e intensità di impegno sanitario, sicuramente indicheremmo il reparto di Terapia Intensiva, ovvero il reparto riservato al ricovero

di pazienti che si trovano in gravi condizioni di salute, e che, quindi, necessitano di cure, monitoraggio e supporto continui, allo scopo di mantenere sotto controllo e nella norma le loro funzioni vitali.

Con la consapevolezza, però, che, mentre la gravità delle condizioni fisiche dei pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva deriva dall'imponderabile avvento di patologie, la gravità, invece, delle condizioni fisiche di un ricoverato contenuto deriva **solo ed esclusivamente** dalla decisione dei responsabili di tali istituzioni di infliggergli il trattamento della coercizione fisica.

A noi pare, pertanto, che la giustificazione della 'carenza di personale' addotta per motivare il ricorso alla coercizione fisica più che infondata sia soprattutto falsa, sia una giustificazione impudentemente falsa.

Non è affatto vero che:

*“il ricorso alla contenzione fisica è **dovuta** alla carenza di personale sanitario”.*

È indecentemente vero, invece, che:

*il ricorso alla contenzione fisica **permette** la riduzione di personale sanitario, indirizzandolo verso altri compiti assistenziali!*

Come testimonia il CTP, la coercizione fisica è anche un mezzo pratico per distogliere personale sanitario dai pazienti difficili, 'messi in sicurezza con la contenzione fisica' (*laddove, naturalmente,*

questa presunta sicurezza non riguarda certo quella fisica e psichica del paziente legato!), in modo da far eseguire a questo personale, così 'liberato' da tali incombenze, forse ritenute secondarie, lo svolgimento di altre, più importanti, attività! Oppure che sia anche un mezzo pratico per ridurre al minimo l'assistenza infermieristica notturna, quando la coercizione fisica viene frequentemente messa in atto in ore notturne!

Un 'mezzo pratico', 'comodo' e poco costoso per chi lo mette in pratica, che possiede il 'pregio' di permettere un deciso risparmio dei costi economici del personale, un risparmio molto gradito naturalmente agli amministratori delle istituzioni di cura pubbliche e private aduse a ricorrere con frequenza alla coercizione fisica dei ricoverati.

Questa giustificazione relativa alla 'carenza di personale', che giudichiamo sconcertante quando, forse inconsapevolmente, se ne sottovaluta la palese oscenità, l'abbiamo trovata persino tra i commenti sull'atroce avvenimento di Bergamo: abbiamo letto su di un giornale le dichiarazioni di un rappresentante sindacale, che, a proposito del tragico evento, parla di una:

“carenza di personale che si trascina ormai da tempo. L'assenza di monitoraggio dei pazienti della Torre 7 si inserisce in una realtà fatta di blocco del turnover e mancanza strutturale di medici, dato che molti vanno in pensione e non vengono sostituiti, oltre all'impossibilità di implementare il personale educativo infermieristico.”

Ovvero, la carenza di personale avrebbe impedito il 'monitoraggio dei pazienti della Torre 7', e quindi anche quello riguardante il necessario controllo continuo e incessante di Elena Casetto, completamente isolata e abbandonata a se stessa con le mani e i piedi legati a un letto di contenzione in una stanza dell'SPDC dell'Ospedale di Bergamo!

Quanta assurda inconsapevolezza nella dichiarazione di questo esponente sindacale, ma potremmo aggiungere anche di numerosi altri esponenti sindacali quando si entra nel merito della contenzione fisica nei luoghi di cura! A essi vorremmo dare due consigli:

- innanzitutto di andare a leggere attentamente le linee guida internazionali sulla coercizione fisica in ospedale;
- e poi, qualora non se la sentissero di chiedere il divieto radicale di questo trattamento fisico in tutti i luoghi di cura italiani, che provassero almeno a chiedere con forza ai responsabili delle istituzioni in cui è abitudinario un simile trattamento, di avere la decenza umana e professionale di aumentare la presenza continua e attiva del personale sanitario delegato al controllo e al monitoraggio dalla coercizione fisica, con lo stesso impegno e con la stessa solerzia con la quale di solito si provvede alle impellenti necessità sanitarie delle unità di terapia intensiva.

Crediamo, infatti, che sia del tutto inaccettabile il comportamento di una istituzione sanitaria o assistenziale, che da una parte si arroga il potere coercitivo di legare mani e piedi di un proprio paziente a un letto di contenzione senza alcuna giustificazione medica fondata, e dall'altra parte, però, disattende colpevolmente le stringenti e imprescindibili prescrizioni che regolano e controllano l'inflizione di questo anomalo trattamento fisico al fine di prevenire possibili lesioni organiche.

Crediamo, inoltre, che se sia doveroso difendere la dignità umana della persona sottoposta alla contenzione fisica, sia altrettanto doveroso difendere la dignità del lavoro del personale sanitario al quale viene ordinato di attuare la contenzione fisica.

Nel dicembre 2008, sul Corriere della Sera, Margherita De Bac chiede a Lorenzo Toresini, presidente del Club “SPDC a porte aperte «no restraint»”, come mai a 30 anni dalla 180 nella grande maggioranza dei 321 SPDC nazionali si legano ancora i ricoverati. La risposta di Toresini è questa:

«Alla base di questi comportamenti c'è l'ideologia. La contenzione viene considerata un atto medico. Inaccettabile. La legge italiana non nega specificamente le cinghie ai malati di mente. Ma la violenza privata è punita dal Codice penale. La maggior parte degli operatori preferiscono legare piuttosto che parlare con il paziente ... I problemi strutturali e di carenza di organico sono un pretesto. E' una questione di dignità. Legare non è professionalmente dignitoso».

NON È AFFATTO VERO CHE L'OSSERVAZIONE PEDISSEQUA DELLE LINEE GUIDA
DELLA CONTENZIONE FISICA IN OSPEDALE
POSSA RENDERE ACCETTABILE
LA CONTENZIONE FISICA IN OSPEDALE

Molti sono convinti che quando una contenzione fisica sia conforme alle stringenti prescrizioni delle relative linee guida e protocolli, soprattutto quando questi protocolli provengono da paesi (*non certo l'Italia*) che hanno indagato a fondo le lesioni fisiche e i danni psicologici che la coercizione provoca, allora la medesima contenzione fisica potrebbe essere considerata *'accettabile'*, *'legittima'*. Naturalmente anche in questa generosa auto-assoluzione continua a mancare del tutto il punto di vista e il consenso della persona contenuta.

Vorremmo far presente a questo proposito che la coercizione fisica anche quando è conforme alle relative linee guida, rimane pur sempre un tormento inaccettabile, una tortura *'posizionale'*.

Nell'universo delle torture moderne accanto alla figura del torturatore vero e proprio sono apparse anche altre figure professionali; tra queste è da annoverare quella del medico (*anche se nella dichiarazione di Tokio del 1975 l'Associazione Medica Mondiale ha proibito ai medici professionisti di "affiancare, permettere o partecipare a pratiche di tortura o altre forme di procedure crudeli, inumane o degradanti"*). In queste torture moderne, a partire da quelle messe in atto nelle dittature del Centro e Sud America nella seconda metà del '900 fino a quelle messe in atto contro il terrorismo, quando l'obiettivo primario di esse è la confessione del prigioniero o la rivelazione di informazioni, diventa importante che il torturato rimanga in vita e non si corra il rischio di perdere un potenziale informatore a causa di un eccesso di tortura. Ecco allora che diventa importante l'opera di un medico che, con un continuo controllo e monitoraggio, sappia valutare il limite di resistenza del prigioniero, in modo da poter intervenire in tempo affinché tale limite non venga irrimediabilmente superato. Quest'opera fiancheggiatrice, naturalmente, ha prodotto la messa a punto di protocolli e linee guida e prescrizioni da osservarsi a seconda del tipo di tortura, per esempio il *waterboarding*, la cosiddetta *'tortura dell'acqua'*, e della capacità di resistenza fisica del torturato.

Secondo il nostro parere affermare che la coercizione fisica nei luoghi di cura sia *'accettabile'* se osserva le apposite prescrizioni delle *'Linee guida della contenzione in ospedale'*, equivale ad affermare che il *waterboarding* sia accettabile se osserva i particolari protocolli medici delle *'Tecniche di interrogatorio rafforzato con l'acqua'*.

Se qualcuno dovesse scandalizzarsi per una simile analogia basta osservare che sia nella *'coercizione fisica'* sia nel *'waterboarding'* l'attento controllo medico mira soprattutto a evitare gli effetti avversi non voluti dei due trattamenti, le lesioni fisiche nel primo e la morte del prigioniero nel secondo, in modo che i due trattamenti possano svolgere senza intoppi il loro ruolo primario: *'la restrizione prolungata dei movimenti con il posizionamento forzato'* nella *'coercizione fisica'* e la confessione del prigioniero nel *'waterboarding'*.

Secondo il nostro parere sia la *'coercizione fisica'* che il *'waterboarding'* sono entrambe forme inaccettabili di tortura e trattamenti inumani e degradanti.

11.

PERCHÉ È UN **DOVERE CIVILE** CHIEDERE

LA CHIUSURA

DEL REPARTO DI PSICHIATRIA DELL'OSPEDALE GIOVANNI XXIII DI BERGAMO NEL
QUALE ELENA CASETTO È MORTA BRUCIATA VIVA
LEGATA MANI E PIEDI A UN LETTO DI CONTENZIONE

In questa società che a volte sembra avere totalmente smarrito il senso e il significato letterale di società civile e umana, che assiste inerte alla diffusione scellerata, abnorme e insensata della tortura 'posizionale' della coercizione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e penitenziarie, che occulta un tale diffuso orrore dietro una insensibile e colpevole indifferenza, che continua a rinnovare il ricorso a simili trattamenti odiosi, in voga nelle epoche passate, contro persone in stato di minorata difesa, che a volte sembra intenzionata a sovvertire e capovolgere, di fatto, le finalità stesse di assistenza sanitaria e sociosanitaria in alcune importanti istituzioni assistenziali pubbliche e private, secondo una impostazione prettamente manicomiale mai venuta meno, ebbene in un paese siffatto diventa imprescindibile e necessario dare un segnale molto forte per cercare di frenare un tale incivile e occultato degrado umano.

La morte di Elena Casetto avvenuta in uno dei due reparti di psichiatra dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo deve avere una risposta che sia all'altezza della sua enorme e tragica atrocità, del suo essere il simbolo più crudele della vergogna civile della coercizione fisica nelle istituzioni pubbliche e private italiane, una forte risposta civile che deve essere del tutto indipendente dai procedimenti giudiziari in corso.

Per questo noi riteniamo che sia ragionevole, sia umano, sia un atto di rispetto nei confronti delle innumerevoli persone che continuano a soffrire legate mai e piedi a un letto di contenzione, sia un atto di profondo e commosso rispetto nei confronti delle numerose persone che continuano a morire in silenzio e in solitudine in un letto di contenzione, sia un dovere civile proclamare con forza che il reparto di psichiatria dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo nel quale Elena Casetto è morta bruciata viva, legata mani e piedi a un letto di contenzione

SIA DEFINITIVAMENTE CHIUSO!

12.

PERCHÉ È UN **DOVERE CIVILE** CHIEDERE

CHE SIA BANDITA PER SEMPRE E SENZA ALCUNA ECCEZIONE

LA TORTURA 'POSIZIONALE' DELLA COERCIZIONE FISICA
NELLE ISTITUZIONI SANITARIE, ASSISTENZIALI E PENITENZIARIE ITALIANE

I protocolli nazionali e internazionali della contenzione fisica in ospedale, il codice deontologico dei medici, il codice deontologico degli infermieri, all'unisono prescrivono che

*il ricorso alla contenzione fisica deve essere **limitato a circostanze eccezionali**.*

Pienamente convinti, insieme al CTP, che la contenzione fisica nei luoghi di cura sia comunque una "pratica con un alto potenziale di degradazione e umiliazione per il paziente, in contrasto quindi con il principio del rispetto della dignità umana che dovrebbe vincolare l'esercizio della medicina", non siamo affatto d'accordo con questa prescrizione.

Innanzitutto perché spesso, quando un'indecente comodità e una deprecabile facilità permettono di potersi servire, senza alcuna remora morale e soprattutto senza alcun timore di sanzioni penali, di

uno strumento manicomiale che, pur essendo odioso e violento, permette tuttavia notevoli vantaggi economici e operativi (*vantaggi raggiunti al costo di concreti e immediati danni psico-fisici alle persone legate, naturalmente: ma rappresentando queste persone una sorta di scarti, di scorie, di reietti dell'umanità, del tutto privati del diritto al consenso, tale circostanza sembra perdere di importanza*), le invocate 'circostanze eccezionali' tendono a diventare 'circostanze abituali'.

E, in secondo luogo, perché è proprio questa indecente comodità che impedisce di ricercare, caso per caso, possibili soluzioni alternative al ricorso all'*incatenamento* umano con le cinghie.

Una lotta seria e credibile per lo sradicamento della coercizione fisica nei luoghi di cura deve ignorare del tutto il sostantivo 'eccezione', l'aggettivo 'eccezionale', l'avverbio 'eccezionalmente'.

Noi pensiamo che le associazioni, le organizzazioni sindacali, le organizzazioni politiche, i comitati, i collettivi, i semplici cittadini, che in questi anni si sono battuti contro la coercizione fisica nei luoghi di cura, perché fermamente convinti che i '*pazienti*' psichiatrici, gli anziani ricoverati in una casa di cura e i detenuti ricoverati nell'infermeria di un carcere, siano riconosciuti, al pari di qualsiasi altro essere umano, come pienamente titolari dei diritti della persona, del diritto alla dignità umana, del diritto all'integrità fisica, del diritto al consenso, non possano non richiedere con forza

**L'eradicazione completa e senza alcuna eccezione,
della tortura '*posizionale*' della coercizione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e
penitenziarie italiane,**

in nome della salvaguardia e della tutela dei diritti umani dei '*pazienti*' psichiatrici, degli anziani ricoverati in una casa di cura e dei detenuti ricoverati nell'infermeria di un carcere, così come sono sancite dalla Costituzione Italiana.

Noi pensiamo che coloro che governano lo stato, coloro che governano le regioni, coloro che governano i comuni, coloro che sono stati eletti nel parlamento, coloro che sono stati eletti nelle regioni, coloro che sono stati eletti nei comuni, coloro che amministrano le istituzioni sanitarie, coloro che amministrano le istituzioni assistenziali, coloro che amministrano le istituzioni per l'assistenza agli anziani, coloro che amministrano le carceri, debbano decidere con urgenza

**L'eradicazione completa e senza alcuna eccezione,
della tortura '*posizionale*', della coercizione fisica nelle istituzioni sanitarie, assistenziali e
penitenziarie italiane.**

E se qualcuno, o anche molti di questi governanti, di questi eletti e di questi amministratori fossero convinti che la limitazione dei diritti umani dei '*pazienti*' psichiatrici, degli anziani ricoverati in una casa di cura e dei detenuti ricoverati nell'infermeria di un carcere possa considerarsi una limitazione *ammissibile*, ebbene allora che questa urgente decisione la prendano almeno in nome della piena estensione, anche ai '*pazienti*' psichiatrici, agli anziani ricoverati in una casa di cura e ai detenuti ricoverati nell'infermeria di un carcere, della salvaguardia e della tutela dei diritti degli animali, così come sono sancite dalla '*Convenzione europea per la protezione degli animali da compagnia*' e dalla legge n. 189/ 2004 sul divieto di maltrattamento degli animali.

Milano, dicembre 2019

Giorgio Pompa
Dalle Ande agli Appennini