



## Contributo per Sessione n. 4: I trattamenti necessari e gli abusi, cattive e buone pratiche LA CONTENZIONE È GIÀ VIETATA

di *Lorenzo Toresini ó presidente club SPDC NO RESTRAINT*

### **Non è necessario vietare la contenzione.**

Prendo spunto dall'intervento di qualcuno che mi ha preceduto e che sosteneva che la contenzione dovrebbe essere in qualche modo vietata. In realtà la contenzione, ed è importante che ciò sia ben chiaro a tutti, è già vietata.

Mi riferisco al fatto che quando venne varata la legge 180 / 833 del 1978 venne abolita la legge del 14 febbraio 1904 n. 36: "Sui Manicomi e sugli Alienati". La legge che regolamentava la contenzione, ed in tal modo implicitamente, quanto espressamente, la autorizzava, era il regolamento del 1909. Ma quest'ultimo in realtà era unicamente un decreto delegato della legge 1904. Ora, ogni giurista sa che, una volta abolita una legge, ogni legge o decreto delegato che da detta legge derivi, viene automaticamente quanto contestualmente abolita. Ora ciò significa che allo stato attuale non esiste alcuna legge che autorizzi quella violenza che è la contenzione fisica del paziente. Le uniche leggi che permanono sono l'art. 605 "Sequestro di persona" e 610 "Violenza privata" del Codice Penale. Molte USL hanno nel frattempo varato dei regolamenti, oppure delle "linee guida" sulla contenzione, che in realtà non si appoggiano su nessuna legge che autorizzi l'uso della violenza. Perché di questo si tratta. La legge sullo "Stato di necessità", articolo 54 del c.penale ("*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.*") a sua volta qui non è applicabile semplicemente per due motivi:

- 1) uno stato di necessità può implicare una situazione di difficoltà o di pericolo, nella quale sia necessario esercitare una violenza su una persona per impedire più gravi conseguenze. Caso tipico può essere quello di un individuo che intenda gettarsi da un ponte o da una finestra. Se per salvarlo gli viene sferrato un pugno, o l'individuo viene stretto in una morsa, chi effettua questa operazione compie ovviamente un reato, che giustizialmente verrà però condonato, in base al citato "stato di necessità". Questo non può essere il caso in un SPDC, tra quattro mura, con un soffitto e un pavimento, e con tre o quattro persone che affrontano e si confrontano con il soggetto in questione.
- 2) Si cita sempre la prima parte dell'art. 54 del CP, ma non si cita mai la seconda. Questa recita: "**La disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo**". È evidente che questa frase si applica ai professionisti della psichiatria che si trovano in SPDC ad accogliere un paziente agitato.

### **Denunciare chi lega**

I pazienti che sono stati legati, o i loro familiari, dovrebbero, in conseguenza di quanto sin qui sopra scritto, denunciare sul piano penalistico, con richiesta di risarcimento civilistico, chi ha realizzato la violenza di una contenzione. Sul piano civilistico si dovrebbe effettuare

una Consulenza Tecnica di Parte sul danno biologico - esistenziale/morale da contenzione. La persona che è stata contenuta infatti si crea una opinione di se stessa assolutamente negativa. Si tratta di una gravissima "squalifica ontologica", in cui il paziente internalizza (a scopo autodifensivo) l'opinione e l'immagine di se stesso di "folle", e cioè di persona così gravemente deviante-invalida-ammalata da dovere essere legata. Si tratta di una costruzione della propria identità negativa di sé, da cui la persona che ha subito il trauma ben difficilmente riuscirà a prendere le distanze negli anni futuri.

Qualora si arrivasse a delle condanne di risarcimento, l'Azienda Sanitaria, che con tutta probabilità non sarà assicurata su una tale fattispecie, oltretutto di carattere doloso, certamente non colposo, dovrà provvedere al risarcimento a partire dal suo proprio budget. Se questo iniziasse ad avvenire, i Direttori Generali si porrebbero in prima linea nel contrastare ogni possibilità di contenzione da parte di medici e infermieri dipendenti dalle rispettive ASL.

Ci auguriamo che i pazienti che hanno subito una contenzione, i loro familiari, con le relative associazioni oggi esistenti sul territorio nazionale, inizino a dare atto a tali azioni giudiziarie. Prima o poi giustizia sarà fatta. E se si tratterà dell'ambito risarcitorio certamente cambierebbero i punti di vista oggi tuttora vigenti in gran parte dei Servizi di Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Paese.

### **Ridurre le contenzioni su base annua fino al raggiungimento dell'azzeramento totale.**

L'associazione "Club degli SPDC no restraint" che in questi ultimi quindici-diciotto anni si è fatta sentire, sostenendo la non necessità di contenere, per cui se si vuole si può, ma se si può poi si deve, ha favorito la crescita nel Paese di esperienze di SPDC in cui le contenzioni si sono viepiù azzerate, o almeno in cui le contenzioni si stanno riducendo annualmente, con l'obiettivo di raggiungere le contenzioni zero. Si ritiene di segnalare il numero crescente di SPDC in cui le contenzioni, pur non essendo totalmente azzerate, si stanno annualmente riducendo. Tali situazioni riecheggiano la frase di Lessing in "Nathan il Saggio", che così recita: "Se dio mi desse nelle due mani, nell'una la verità e nell'altra la via per arrivare alla verità, io sceglierei la seconda". Il percorso verso l'azzeramento rappresenta un'acquisizione di coscienza dal significato profondamente riabilitativo e terapeutico per tutti: pazienti, operatori e cittadinanza.

Trascuriamo l'informazione, che da varie parti perviene, che a volte il personale in servizio notturno in SPDC lega i pazienti per potere dormire. Laddove ciò avvenga, si ritiene di segnalare la corresponsabilità delle Direzioni infermieristiche che non effettuano controlli a sorpresa nella notte negli SPDC.

### **Il senso dei sintomi.**

Alla fine ciò che sta alla base del superamento delle contenzioni è la constatazione e l'ammissione del fatto che i sintomi hanno un senso.

### **Il paradigma dell'ultimo.**

Ultimo ma non ultimo il concetto, storico in Psichiatria Democratica, del "paradigma dell'ultimo". Finché l'ultimo di una collettività, di una società, di un condominio, di una classe di una scuola, oppure di una famiglia, non sarà liberato, nessuno sarà veramente libero.