

PROGETTO

"Superare le resistenze - partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri"

Cofinanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi della Legge 383/2000 - articolo 12, comma 3, Lettera F

LE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI

Fase 2 - Raccolta dati e condivisione esperienze

Attività 2 - Raccolta dati su legislazioni, criticità e buone prassi

In Italia, sono 13.203 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi al 31 dicembre 2014 (ultimo dato disponibile), per un totale di 399.626 posti letto. Dati in crescita rispetto a quelli registrati nel 2013 (pari 12.261 presidi, per un totale di 384.450 posti letto), ma in calo nel confronto con il 2009 (quando i presidi erano 13.207 per un totale di 429.220 posti disponibili).

Gli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono 386.072 (+5,1% rispetto all'anno precedente, ma in calo del 4,5% nel confronto con il 2009). In particolare, quasi 290 mila sono anziani con almeno 65 anni di età (il 75,1% degli ospiti complessivi); oltre 76 mila sono adulti con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni (il 19,7% del totale); quasi 20 mila sono minori (il 5,2% degli ospiti complessivi).

Al 31 dicembre 2014, **le persone con disabilità e non autosufficienza** presenti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari **sono 273.316**, pari al 70,8% del numero complessivo di ospiti. Anche in questo caso si manifesta un andamento simile a quello riscontrato per i precedenti indicatori, ossia un aumento del numero degli ospiti con disabilità e non autosufficienza nel confronto con il 2013 (+3,9%) e una riduzione rispetto al 2009 (-4,0%), ma in entrambi i casi l'entità di tali scostamenti risulta meno consistente rispetto a ciò che accade per il totale degli ospiti.

Delle 273.316 persone con disabilità e non autosufficienza: 3.147 sono minori con disabilità e disturbi mentali dell'età evolutiva; 51.593 sono adulti con disabilità e patologia psichiatrica; 218.576 sono anziani non autosufficienti. Dunque, **oltre l'83% degli ospiti con disabilità e non autosufficienza sono anziani non autosufficienti**.

Tab.1 – Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari totali e disabili e non autosufficienti per classe di età. Anni 2009-2014 (valori assoluti)

	Ospiti totali dei presidi	Ospiti totali disabili e non autosufficienti	Minori con disabilità e disturbi mentali dell'età evolutiva	Adulti 18-64 anni con disabilità e patologia psichiatrica	Anziani di 65 anni e più non autosufficienti
2009	404.170	284.775	3.718	55.875	225.182
2010	394.374	277.541	3.028	55.662	218.851
2011	369.523	264.378	2.842	51.591	209.945
2012	354.777	257.009	2.593	49.159	205.258
2013	367.485	263.048	2.658	49.536	210.854
2014	386.072	273.316	3.147	51.593	218.576

Fonte: elaborazione Condicio.it su dati ISTAT

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

Allo stesso modo, **il 93,2% dei 32.648 posti letto rivolti alle persone con disabilità** risultano collocati in strutture che **non riproducono l'ambiente della casa familiare**.

Mentre, un po' più bassa è la stessa percentuale calcolata sui posti letto per le **persone con patologie psichiatriche**, pari all'**84,6%** dei 18.046 posti letto dedicati.

Tab. 2 – Posti letto per disabili, patologie psichiatriche e anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per carattere della residenzialità. Anno 2014 (valori percentuali)

2014	Familiare	Comunitario	Non indicato	Totale
Disabili	6,5	93,2	0,3	100,0
Patologie psichiatriche	15,4	84,6	0,0	100,0
Anziani*	3,0	97,0	0,1	100,0

Fonte: elaborazione Condicio.it su dati ISTAT

* Sia autosufficienti che non autosufficienti

Parliamo quindi del **prevalere, nell'area della disabilità e della non autosufficienza, di un carattere della residenzialità** definito come **“comunitario”**, in alternativa a quello di tipo **“familiare”**.

Nello specifico le strutture residenziali vengono classificate, secondo l'organizzazione e la tipologia degli operatori, in:

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

Da un punto di vista territoriale, oltre il 60% del numero complessivo di ospiti adulti con disabilità e anziani non autosufficienti si concentra in quattro Regioni: Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna.

Come risulta evidente dal quadro finora esposto, la statistica ufficiale ci restituisce informazioni sia sull'offerta di strutture residenziali, in termini di numerosità e posti letto dedicati per tipologia di strutture esistenti, sia sul numero e le caratteristiche degli ospiti, nonché sulla loro distribuzione territoriale.

Ma cosa sappiamo di quello che avviene all'interno delle strutture residenziali? Di quali dati disponiamo in relazione agli aspetti qualitativi della vita in residenza? Quali elementi di conoscenza abbiamo per prevenire, individuare, contrastare condizioni di potenziale segregazione?

Non esistono, oggi, in Italia dati sistematici e ricerche periodiche cui attingere per rispondere a tali domande. Non è possibile, attualmente, confrontare le diverse soluzioni organizzative adottate, con i relativi impatti ottenuti, in termini di salute, qualità della vita e benessere delle persone che sono ospiti delle strutture residenziali.

È possibile, tuttavia, estrarre alcune informazioni da studi mirati, ricerche e relazioni che affrontano il tema della residenzialità e/o di alcuni aspetti ad essa connessi.

L'analisi che segue sarà articolata per singoli temi affrontati nelle varie pubblicazioni disponibili, nell'ambito del più complesso sistema di item che è stato costruito dal gruppo di ricerca per tentate di definire e misurare la segregazione: gli stessi item che sono stati impiegati nella conduzione dei focus group realizzati sui territori.

Ovviamente non tutti i temi considerati sono stati trattati o individuati negli studi e nelle relazioni selezionate dal gruppo di ricerca, si è voluto tuttavia compiere tale sforzo per avere un quadro di ciò che sappiamo della realtà quotidiana delle persone ospiti di residenze, evidenziare le lacune informative, disporre di dati di ricerca da mettere in relazione con gli esiti dei focus group.

Elementi di qualità: la carta dei servizi

La Carta dei Servizi è il documento attraverso il quale ogni ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza riguardo i servizi che intende erogare, le modalità e gli standard di qualità che si impegna ad assicurare, le forme di tutela previste. È uno strumento di informazione rispetto agli impegni organizzativi e di processo che l'ente si assume per soddisfare i bisogni dei propri utenti e dei loro familiari, con l'intento di assicurare, monitorare e migliorare la qualità del servizio offerto.

Nell'*Indagine sulle RSA in Italia* del 2012, l'Auser rileva che la quasi totalità delle strutture analizzate risultano dotate di una Carta dei Servizi (88%) e che il 70% di esse dispone di un regolamento interno. Tuttavia, dall'analisi delle Carte dei Servizi esistenti e dalle risposte ai questionari proposti alle RSA ad integrazione dei dati disponibili, emerge come in larga misura esse svolgano il ruolo *primario di mero adempimento normativo e burocratico: uno strumento descrittivo quindi, piuttosto che operativo*. Le Carte dei Servizi disciplinano soprattutto gli aspetti generali del funzionamento delle strutture residenziali, e non svolgono invece un ruolo cruciale nell'orientare l'attività dei servizi e nel tutelare i diritti degli ospiti delle strutture. Oltre agli impegni assunti "teoricamente" dall'ente erogatore, mancano gli strumenti operativi per misurare i livelli di servizio dichiarati e quindi per programmare, e riprogrammare sulla base delle valutazioni condotte, gli obiettivi di miglioramento, su cui coinvolgere gli stessi operatori delle strutture.

Contatti e relazioni con il territorio

Secondo l'analisi delle Carte dei Servizi compiuta dall'Auser, *agli ospiti è garantita in genere un'ampia gamma di servizi, tuttavia dai dati emerge come circa la metà delle RSA (35%) non consentano agli utenti di utilizzare i servizi del territorio*. Si evidenzia quindi da parte delle strutture residenziali una resistenza alla costruzione di relazioni e contatti con il contesto locale, con soggetti e servizi esterni. Un orientamento che in letteratura è dimostrato essere determinante per la creazione e il rafforzamento di processi di ghettizzazione e isolamento fisico e relazionale degli ospiti delle strutture, non solo di carattere residenziale.

Come rileva il Censis nella ricerca *L'eccellenza sostenibile nel nuovo welfare. Modelli di risposta top standard ai bisogni delle persone non autosufficienti*, pubblicata nel 2015, sono 4,7 milioni gli anziani che sarebbero favorevoli alla residenzialità per persone autosufficienti e/o non autosufficienti, purché la sua qualità migliori rispetto a quella attuale. E, nello specifico, per "migliore qualità" si intende *non solo un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne a cominciare da quelle limitrofe, piattaforme in grado di valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate*.

La dimensione territoriale viene valorizzata anche nella *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)*. Il fatto che molte persone vengano dimesse dalle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) viene infatti interpretato come un segnale positivo dell'apertura all'esterno di queste strutture che, contrariamente agli OPG,

non prevedono una presenza senza fine, con quella tragica pratica che era definita come ergastolo bianco. Impatti quindi positivi, che, insieme allo scarso numero di reingressi comunicati dai Responsabili delle REMS, rappresentano, secondo la Relazione, il frutto del lavoro svolto dagli operatori delle residenze in stretta collaborazione con i servizi territoriali. Non è un caso che il Commissario abbia sempre sostenuto la necessità di rispettare il principio di territorialità¹ per effettuare assegnazioni e trasferimenti, con il risultato dichiarato che nei sei mesi oggetto della Relazione il numero delle persone fuori regione si è molto ridimensionato e rapidamente potrà essere azzerato.

Partecipazione attiva della persona

Emerge, dunque, dagli studi selezionati il valore decisivo della relazionalità quale elemento di qualità dei servizi residenziali e non solo. Il Censis evidenzia, in particolare, come le esperienze di altri Paesi, in primis quella olandese, confermino quanto emerge dalle buone prassi italiane in tema di assistenza agli anziani non autosufficienti. Ossia il fatto che *occorre allentare il dominio della sanità sulla vita dei longevi e promuovere contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni, in cui ci sia un set ampio di attività, iniziative, progetti in cui le persone possono coinvolgersi e a partire dalle quali sviluppare rapporti con gli altri.* Contesti, quindi, che tengano vive le reti di relazioni, contrastino l'isolamento e la solitudine, facciano perno sulla valorizzazione delle abilità, permettano alla persona di realizzare i propri progetti e le proprie aspettative, di essere protagonista attiva della propria vita e della vita della comunità nella quale si trova a vivere. E ciò con il risultato non solo di migliorare la qualità della vita delle persone, siano esse in residenza o meno, ma anche, secondo il Censis, di promuovere soluzioni assistenziali che siano sostenibili.

Qualifica professionale

Se la relazionalità, congiuntamente all'esigenza di allentare il dominio della sanità, viene identificata come un elemento distintivo della qualità dei servizi e un perno imprescindibile della qualità della vita delle persone, una certa attenzione deve essere riservata alla qualifica e alla formazione professionale del personale operante nelle strutture.

Secondo l'Auser il dato che desta maggiori perplessità, nell'ambito dell'indagine condotta sulle RSA, riguarda *l'insoddisfacente applicazione degli inquadramenti professionali, che si può ripercuotere negativamente sulla tutela dei diritti e sulla professionalità degli addetti nonché sulla qualità delle prestazioni rese agli utenti.*

Ciò che emerge è innanzitutto il sottodimensionamento delle figure professionali dedicate all'assistenza sociale e sociosanitaria (Tabella 3).

¹ Principio espressamente previsto nell'articolo 3-ter, comma 3, lettera c) del Decreto-Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211.*

Tab. 3 – Figure professionali presenti nell’organico del personale delle RSA per area geografica. Anno 2012 (valori percentuali)

	Personale assistenza diretta	OSS	Personale servizi generali e amministrativi	Coordinatore responsabile servizi	Assistente sociale	Personale animatore	Totale
Nord	56,9	3,2	32,9	2,4	0,5	4,1	100,0
Centro	53,0	3,0	35,8	2,9	0,8	4,5	100,0
Sud	49,4	2,4	40,2	1,9	0,3	5,8	100,0
Italia	54,8	2,9	35,0	2,3	0,6	4,4	100,0

Fonte: Montemurro Francesco (a cura di), *Indagine sulle RSA in Italia*, Auser, novembre 2012

Accanto alla questione della dotazione di organico, si riscontra anche un problema di involuzione delle condizioni lavorative. Nel 5° *Rapporto del Network Non Autosufficienza*, pubblicato nel 2015, è stato somministrato un questionario a domande aperte ad un panel di esperti di politiche e servizi per gli anziani non autosufficienti. Fra le criticità indicate dagli intervistati, rispetto al tema del lavoro nei servizi, si segnalano l’aumento dei carichi di lavoro, il minor rispetto delle regole di turnazione, il largo uso del lavoro precario, la riduzione degli stipendi e ritardi anche molto consistenti nel pagamento degli operatori (Calabria, Sardegna).

Nello specifico dei servizi residenziali, l’indagine rileva situazioni differenziate: alcune più stabili, in cui non viene riferito un peggioramento delle condizioni lavorative (Lombardia e Friuli Venezia Giulia) e altre in tendenziale aggravamento.

Un elemento messo in rilievo da diversi esperti riguarda *l’aggravarsi delle condizioni di salute degli anziani, che si riflette sul lavoro degli operatori, chiamati a svolgere attività più complesse e continue*. Ciò, in considerazione del “problema tempo”, rischia di determinare uno schiacciamento dell’assistenza sui bisogni primari, laddove come evidenziato anche in altre indagini sarebbe necessario instaurare relazioni di cura che tengano conto della complessità e peculiarità delle condizioni di ogni singola persona.

Alcuni intervistati hanno sottolineato, infine, *l’aumento del rischio di burn-out degli operatori*, che si starebbe inasprendo in modo allarmante.

In proposito si rammenta come raramente venga menzionata l’importanza del clima organizzativo all’interno delle strutture residenziali e la generale scarsa attenzione rivolta alle politiche di gestione del personale intese come attività di prevenzione dello stress e del burn-out dei lavoratori. Al contrario, quest’ultimo viene spesso menzionato in letteratura come un determinante della qualità dei servizi residenziali, rappresentando, ad esempio, un fattore di rischio per situazioni di abuso fisico, verbale e psicologico degli ospiti.

A ciò fa da contraltare quanto emerge invece dalla *Relazione semestrale sull’attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 febbraio - 19 agosto)*. Nell’osservare il funzionamento delle REMS ciò che colpisce, scrive il Commissario Corleone, è soprattutto l’impegno del personale che lavora in queste nuove strutture: *addirittura si percepisce un entusiasmo legato alla consapevolezza di partecipare a una rivoluzione*

copernicana. Il centro non è la malattia ma la persona. C'è uno sforzo per tradurre in una dimensione nuova il motto per cui la libertà è terapeutica.

L'unico aspetto di regolamentazione della "qualità" e non solo della "quantità" delle risorse umane impiegate nei servizi è quello relativo ai requisiti di formazione del personale, fattore sicuramente necessario, ma non sufficiente, a garantire la qualità complessiva dell'assistenza e della vita delle persone nelle strutture.

In proposito, nella pubblicazione *Le demenze. La cura e le cure* del 2016, si evidenzia come nei programmi di studio e formazione delle diverse figure professionali che operano all'interno delle RSA pochissimo spazio venga dedicato allo studio delle problematiche assistenziali legate alle demenze e alle possibili strategie da adottare. Pertanto, si legge nel testo, *dobbiamo presumere di avere personale che, in assenza di specifici corsi di aggiornamento, è poco competente nella funzione assistenziale principale che gli viene affidata*

Si rileva, peraltro, che i requisiti di autorizzazione e accreditamento non dicono molto rispetto a questi temi, lasciando ai gestori la decisione sui protocolli assistenziali da adottare. Si esortano quindi le famiglie e le associazioni di tutela e rappresentanza ad esercitare una funzione di stimolo e di controllo. E si auspica che i sistemi di accreditamento affrontino questi temi, prevedendo per le strutture specifici requisiti strutturali e organizzativi, dotazione di personale appositamente formato e applicazione di protocolli di assistenza validati specifici per queste tipologie di utenza.

Valutazione e appropriatezza

Quanto finora rilevato in tema di qualifica del personale, condizioni di lavoro e formazione professionale non esaurisce in sé il tema della valutazione degli impatti che le scelte operate producono sulla qualità della vita degli ospiti in strutture. Si è, infatti, già evidenziato in precedenza come non si disponga di ricerche che permettano di confrontare le diverse soluzioni adottate e sapere, ad esempio, se la previsione nell'organico delle strutture di determinate competenze e figure professionali, o al contrario la loro assenza, si rifletta o meno su una migliore assistenza per gli ospiti e/o produca un miglioramento della qualità della vita. Questo tipo di correlazioni può essere effettuata indirettamente, come si suggerisce nel 4° *Rapporto* del Network Non Autosufficienza (2013), grazie alla vasta letteratura internazionale, che dimostra *l'effetto positivo di un maggiore minutaggio di staff nelle strutture sulla qualità dell'assistenza erogata*. Tuttavia tali informazioni e dati sono del tutto mancanti nel contesto italiano.

La presenza, rilevata nel Rapporto, di 38 tipologie di strutture in 10 sole Regioni (36 se si escludono i moduli per stati vegetativi) nell'area dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e l'impiego di quattro diversi strumenti di valutazione degli ospiti (VAOR/RUG, SVAMA, SOSIA e AGED) testimoniano l'eterogeneità territoriale e costituiscono una barriera rilevante all'impiego di strumenti di programmazione e controllo del settore a livello centrale. Mentre, infatti, in ambito ospedaliero è possibile, *ad esempio, individuare le prestazioni erogate in maniera inappropriata [...] e svolgere pratiche di benchmarking tra strutture e sistemi regionali [...], nell'ambito della residenzialità non è possibile ancora oggi neanche la conoscenza delle caratteristiche condizioni degli ospiti.*

Contenzione

Una riflessione simile sulla mancata centralizzazione delle attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni erogate e della loro appropriatezza è presente in un recente studio di A Buon Diritto sulla contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (*Quaderni 1/2017*).

In ambito medico-psichiatrico la contenzione può essere definita come l'insieme di quei mezzi fisici-chimici-ambientali che si applicano coercitivamente al paziente allo scopo di limitare la sua capacità di movimento volontario. In particolare, è possibile distinguere tra:

- 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.

Lo studio *“Contenere” la contenzione meccanica in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC* si è concentrato specificatamente sugli usi della contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Cionondimeno si riconosce che essi non rappresentano gli unici luoghi nei quali si ricorre alla contenzione meccanica: *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.*

A fronte di ricerche in campo internazionale, soprattutto negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e in Nord Europa, che hanno indagato il fenomeno e ne hanno diagnosticato la consistenza, le caratteristiche, gli eventi avversi e gli abusi, il Rapporto evidenzia invece la carenza di studi scientifici italiani. Fatti salvi alcuni scritti di denuncia a carattere divulgativo e le iniziative realizzate dai SPDC *no restraint* (21 SPDC che non fanno uso di contenzione meccanica e tengono aperte le porte dei reparti), 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. Per il resto *la conoscenza del fenomeno è prevalentemente affidata ad 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.

Secondo la ricerca 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. E ancora, secondo 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. Tuttavia, sottolinea il Rapporto, 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.*

Peraltro, nel documento *Contenzioni in psichiatria: una strategia possibile per prevenire*, approvato nel 2010 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, che definisce sette raccomandazioni con l'obiettivo finale di *portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di salute mentale*, si evidenzia proprio il fatto che la pratica della contenzione meccanica risulta diffusa e poco conosciuta sul territorio italiano.

Ricostruendo il dibattito scientifico nazionale e internazionale sul tema, il Rapporto rileva posizioni controverse. Da una parte c'è chi assimila la contenzione meccanica a una pratica, da utilizzare in stato di necessità, in assenza della quale si configurerebbe un rischio di abbandono di incapace. Dall'altra parte si rileva molto diffusa la posizione alternativa, che sostiene l'illegittimità etica e giuridico-costituzionale di tale strumento, ne nega la valenza medica o terapeutica e considera il suo (ab)uso come passibile di integrare il delitto di sequestro di persona e, secondo le circostanze, di violenza privata e maltrattamenti.

Dalle interviste condotte a testimoni privilegiati di diversa area di competenza, risulta avvalorata l'ipotesi, formulata dai ricercatori di A Buon Diritto con l'Università di Roma La Sapienza, 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.*

E il fatto che la contenzione non sia una pratica terapeutica ma uno strumento di puro e violento controllo viene confermato dalle biografie, raccolte e analizzate, di persone che sono state sottoposte a pratiche contenitive nell'ambito di trattamenti medico-psichiatrici.

Il luogo offerto alla gestione delle crisi e l'organizzazione degli spazi vengono identificati come variabili capaci di prevenire quelle situazioni di rischio che vengono spesso invocate come legittimazione alla contenzione meccanica. Si tratta, come già richiamato anche in precedenza, *di personalizzare, di garantire una relazione*. Ma anche di operare in strutture aperte e in stretta connessione con il territorio, assicurando il pieno coinvolgimento della persona, dei familiari, dei volontari, della rete dei servizi locali.

Organizzazione degli spazi

Una specifica attenzione agli spazi interni delle strutture residenziali viene riservata nella pubblicazione *Le demenze. La cura e le cure*. Qui si denuncia la mancanza di misurazione della qualità della vita delle persone e il fatto che le strutture vengano valutate solo in termini di posti letto e di rispetto degli standard di legge. *Probabilmente* – si legge nello studio - *gli anziani mangeranno per 360 giorni all'anno con davanti la stessa persona, faranno fatica a capire il correre del tempo, non avranno facilitazioni per orientarsi all'interno e per ritrovare la propria stanza: avranno come unica garanzia di sicurezza un letto e la stessa poltrona in soggiorno. Siamo ancora a questo punto.*

Ci si pone quindi l'interrogativo se effettivamente, oggi, per realizzare una nuova struttura sanitaria o residenziale ci si interessi di adottare strategie ambientali capaci di migliorare la qualità della vita dei fruitori.

Nella maggioranza dei casi le strutture per l'assistenza non sono altro che copie più o meno riuscite di cliniche e ospedali: luoghi piuttosto lontani dalle abitudini e dai desideri degli ospiti, che non riproducono minimamente gli ambienti di vita domestici e familiari. E ciò, se in un ospedale è compensato dai tempi contenuti del ricovero, in una struttura residenziale diventa invece poco sostenibile essendo essa il luogo di vita di una persona. Si rileva, in particolare, come sia in sanità che in assistenza non vi sia quasi mai collegamento estetico tra le aree del giorno (la cucina, la sala da pranzo e il soggiorno) e gli ambienti di casa.

In qualsiasi ospedale o struttura per anziani tutto è molto simile, i piani spesso si confondono tra loro, gli arredi risultano uniformi e c'è difficoltà nell'individuazione dei diversi spazi, dei singoli nuclei o dei reparti. Laddove invece *questo è uno degli aspetti che, anche in demenza, distingue una buona struttura da un "istituto". L'istituzionalizzazione è anche inserire una persona in un edificio tutto uguale, dove tutto, anche la personalità, volutamente o inconsciamente si impastano, trasformando questo "tutto" in qualcosa di piatto, impersonale e sgradevole.*

Al contrario un individuo ha bisogno di poter decidere: *distinguendo il suo nucleo di pertinenza dal resto dell'edificio gli sarà consentito scegliere tra restare nel suo ambito o "uscire".* Soluzioni, quindi, che non sono secondarie o marginali, ma che investono la qualità del vivere, e non solo di chi è ospite di una struttura, ma anche di chi lavora quotidianamente al suo interno.

Questione di genere

L'aspetto delle differenze di genere, nell'ambito delle pubblicazioni considerate, viene toccato unicamente dalla *Seconda Relazione Semestrale* del Commissario unico per il superamento degli OPG, in cui si evidenzia come la componente femminile rappresenti meno del 10% delle presenze nelle REMS. Qui l'aspetto da evidenziare non è tanto nei numeri, quanto nell'avvertenza posta dal Commissario di poter incorrere nel rischio di marginalità e annullamento delle differenze di genere. Occorre quindi porre una particolare attenzione a questo tema, valorizzando tempi, spazi e attività corrispondenti alle esigenze e agli interessi delle donne.

Maltrattamenti

In materia di contrasto ai maltrattamenti e agli abusi possiamo far riferimento alle slide presentate dai carabinieri dei NAS il 3 agosto 2016 (*L'Arma dei Carabinieri a tutela degli anziani*). Secondo i dati riportati, nel periodo 2014-2016 sono stati effettuati 6.187 controlli in strutture sanitarie, socio-assistenziali e in centri di riabilitazione neuro-psicomotoria.

Da tali controlli sono state rilevate 1.877 non conformità (pari al 28% dei controlli eseguiti). 1.622 persone sono state segnalate all'Autorità Amministrativa. Sono stati effettuati 68 arresti. 1.397 persone sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria. Sono state comminate 3.177 sanzioni penali e 2.167 sanzioni amministrative per 1.297.586,00 euro. 176 strutture sono state sottoposte a sequestro/chiusura.

Soffermandoci sui dati relativi al 2016, tra le violazioni penali più frequenti si registrano 114 casi di maltrattamenti, 68 di abbandono d'incapaci, 16 di lesioni personali e 16 di sequestro di persona. In 260 casi sono state registrate inadeguatezze strutturali, assistenziali e autorizzative; in 109 l'esercizio abusivo della professione sanitaria; in 124 carenze igienico-strutturali nei locali destinati alla manipolazione e allo stoccaggio degli alimenti; in 27 l'omessa notifica delle persone alloggiate alle autorità di pubblica sicurezza; in 21 l'assenza di autorizzazione e in 15 la detenzione di farmaci scaduti.

Sempre in riferimento alle violenze perpetrate ai danni delle persone con disabilità, nella ricerca *Stop ai crimini d'odio contro le persone con disabilità* si denuncia come spesso contesti che dovrebbero essere sicuri, poiché rivolti alla cura e alla tutela, come istituti e scuole, divengono invece luoghi di abusi e maltrattamenti. E proprio per questo si ritiene *indispensabile promuovere processi di empowerment e di de-istituzionalizzazione* delle persone con disabilità.

RASSEGNA STAMPA SULLA SEGREGAZIONE

Accanto all'attività di raccolta e analisi degli studi e delle pubblicazioni inerenti il tema della residenzialità e/o di alcuni aspetti ad essa connessi, che ha permesso di ricomporre i dati quali-quantitativi esistenti frutto di specifiche iniziative di ricerca, il gruppo di lavoro del Progetto "Superare le resistenze" ha portato avanti un'ulteriore azione di indagine, consistente nel monitoraggio delle notizie giornalistiche relative ai casi di segregazione.

La **Rassegna stampa su segregazione e disabilità** (<http://www.fishonlus.it/segregazione/>) si propone di raccogliere, indicizzare e rendere visibili in un unico contenitore i casi di cronaca connessi all'istituzionalizzazione delle persone con disabilità, gli episodi di segregazione e di isolamento, le notizie di maltrattamenti, violenze e abusi, le iniziative di contrasto intraprese in ambito nazionale e/o regionale, e le pubblicazioni sul tema.

Il tentativo è quello di raggruppare le fonti con un'indicizzazione efficace per la ricerca delle notizie, basata su 6 categorie: Segregazione; Isolamento; Abusi e Violenze; Suicidi/Omicidi; Iniziative; Pubblicazioni.

Oltre alle categorie fisse, è inoltre previsto un sistema di tag per rendere ancora più agevole la ricerca, tra cui in primo luogo quello relativo al Comune e/o Provincia e/o Regione in cui ha avuto luogo il fatto di cronaca.

Gli articoli selezionati provengono dalle maggiori testate giornalistiche (sono stati esclusi dall'inserimento gli articoli presenti in blog e siti di dubbia fama o cosiddetti acchiappa like). Una stessa notizia può essere trattata da più testate (quindi saranno disponibili più articoli relativi allo stesso caso e a volte con la stessa data) e/o può essere trattata in periodi diversi (ad es. al momento dell'accaduto, durante il processo, in fase di giudizio).

Questo sistema consente quindi di leggere in senso longitudinale una stessa storia (dalla denuncia alla condanna), ma consente anche di fissare i fatti in modo trasversale per tema e/o per territorio.

Ad oggi sono stati inseriti nel data base 233 articoli, indicizzati dal 13 marzo al 14 giugno 2017, che coprono un lasso temporale che va dal 1 luglio 2000 al 7 giugno 2017.

Il lavoro di ricerca e indicizzazione degli episodi di cronaca è stato condotto quotidianamente, e potrà avere vita autonoma anche oltre la fine del progetto. In proposito il sito prevede anche un modulo specifico "Segnala una notizia", che consente a chiunque di inviare indicazioni e comunicazioni in merito ai casi di cronaca che investono le persone con disabilità.

Ciascun articolo è inserito nel sistema in forma integrale, con un link finale che rimanda alla pagina sorgente, ossia all'articolo originale. E sotto al titolo è riportata la data di pubblicazione della fonte (e non quella dell'inserimento on line).

La raccolta dei casi è avvenuta esclusivamente sul web, utilizzando i maggiori motori di ricerca (come Google) e i siti di rassegna stampa dedicati alla disabilità (Redattore sociale, Superando, eccetera).

Ogni ricerca online è stata condotta inserendo, come parole chiave, i termini che identificano le categorie in cui è articolato il sistema di archiviazione (abusi, violenze,

maltrattamenti, segregazione, omicidi, suicidi, isolamento) in connessione con la parola “disabilità”.

Le categorie con cui vengono indicizzati i casi di cronaca individuati dal gruppo di ricerca risultano così definite:

Abusi e violenze: In questa area sono raccolte le notizie relative ai casi di maltrattamento, abuso, violenza fisica e/o psicologica perpetrati a danno delle persone con disabilità nel contesto familiare, nella scuola, nei servizi, negli istituti residenziali o semiresidenziali. Non sono, invece, inclusi in questa area i casi di discriminazione che non risultino connessi a violenze fisiche e/o psicologiche.

Segregazione: In questa area sono raccolte le notizie relative ai casi di segregazione perpetrati da soggetti pubblici o privati nell’ambito di strutture residenziali o semiresidenziali. Non sono, invece, inclusi i casi di sequestro e di segregazione ad opera di familiari, operatori o conoscenti compiuti nell’ambito dell’abitazione della vittima o di altra abitazione privata. Non rientrano in tale area neanche le notizie di segregazione imputabili all’assenza di supporti e/o alla presenza di barriere architettoniche che impediscono alla persona di uscire dalla propria abitazione.

Isolamento: In questa area sono raccolte le notizie relative ai casi di sequestro e di segregazione ad opera di familiari, operatori o conoscenti compiuti nell’ambito dell’abitazione della vittima o di altra abitazione privata. Rientrano inoltre in tale area le notizie di segregazione imputabili all’assenza di supporti e/o alla presenza di barriere architettoniche che impediscono alla persona di uscire dalla propria abitazione. Non sono, invece, inclusi in questa area i casi di segregazione perpetrati da soggetti pubblici o privati nell’ambito di strutture residenziali o semiresidenziali.

Suicidi/Omicidi: In questa area sono raccolte le notizie relative ai casi di omicidio di persone con disabilità, e/o di suicidio di familiari e/o caregiver di persone con disabilità, che sono connessi alla condizione stessa di disabilità, ossia alla mancanza di supporti, alla presenza di ostacoli e barriere, a situazioni di povertà economica e/o relazionale, alla carenza di servizi.

Iniziative: In questa area sono raccolte le notizie relative ad iniziative di contrasto e prevenzione della segregazione e dell’isolamento, dei fenomeni di maltrattamento, abuso e violenza a danno delle persone con disabilità. Ne sono un esempio i provvedimenti normativi approvati o proposti, le iniziative pubbliche di incontro e discussione.

Pubblicazioni: In questa area sono raccolte le notizie relative alla pubblicazione di studi, ricerche, dati, opinioni sui temi della segregazione e dell’isolamento, dell’abuso e della violenza a danno delle persone con disabilità.

Nel complesso dei 233 articoli inseriti, 133 sono indicizzati sotto la categoria Abusi e Violenze, 51 in Segregazione, 46 in Suicidi/Omicidi, 38 in Iniziative, 23 in Isolamento e 16 in Pubblicazioni. La somma degli articoli per categoria non corrisponde al totale degli articoli presenti nel data base, e ciò perché ciascuno articolo, nel rispetto del contenuto prevalente, può essere riferito a una sola o a più categorie. Il tema della segregazione, ad esempio, non compare mai da solo, ma è sempre connesso a casi di maltrattamenti, abusi, violenze, omicidi. In particolare, per ciò che concerne lo specifico di questo Progetto, in 112 casi gli articoli raccolti e indicizzati fanno riferimento a strutture residenziali (visualizzabili sotto il tag "Istituti").

Osservando l'occorrenza con cui compaiono alcune parole all'interno degli articoli presenti nel data base, dopo quelle riferibili alla disabilità² che com'era normale aspettarsi si registrano nel numero più alto di volte (744), troviamo quelle afferenti ad abusi, violenze e maltrattamenti³ che si contano 661 volte. Il riferimento esplicito alla segregazione⁴ compare 94 volte nel complesso degli articoli considerati.

Interessante notare che nella comunicazione giornalistica le parole strettamente riconducibili alla sfera sanitaria⁵ compaiono 367 volte (di cui 202 per le parole paziente/pazienti). E in 60 occorrenze si fa riferimento ai termini relativi ad invalidità e handicap⁶. Mentre, al contrario, quelle più direttamente connesse alla dimensione dell'interazione negativa tra la persona e l'ambiente si contano un numero limitato di volte: appena 12 per gli ostacoli e le barriere⁷.

² Disabile, disabili, disabilità.

³ Maltrattamento, maltrattamenti (286); violenza, violenze (245); abuso, abusi (130).

⁴ Segregazione, segregare, segregato, segregata, segregati, segregate, segregante, segreganti.

⁵ Salute, paziente, pazienti, malato, malati, malata, malate, malattia.

⁶ Handicap, invalido, invalidi, invalida, invalide, invalidità.

⁷ Ostacolo, ostacoli, barriera, barriere.

BIBLIOGRAFIA

Carabinieri NAS, *L'Arma dei Carabinieri a tutela degli anziani*, Slide 3 agosto 2016

Censis, *L'eccellenza sostenibile nel nuovo welfare. Modelli di risposta top standard ai bisogni delle persone non autosufficienti. Sintesi dei risultati*, febbraio 2015

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, *Resoconto stenografico dell'audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute*, 13 marzo 2012

Corleone Franco, *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017*, febbraio 2017

Corleone Franco, *Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 19 febbraio - 19 agosto*, agosto 2016

Cutrera Silvia (a cura di), *Stop ai crimini d'odio contro le persone con disabilità*, Cesv e Avionlus, 2016

Del Favero Angelo Lino (a cura di), *Secondo Rapporto sulla Non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, novembre 2011

Falasca Claudio (a cura di), *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo*, Auser, 2017

Gori Cristiano (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti - Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, ottobre 2010

Guaita Antonio e Trabucchi Marco (a cura di), *Le demenze. La cura e le cure*, Maggioli, 2016

ISTAT, *dati.istat.it*, aggiornamento a maggio 2017

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2013*, dicembre 2015

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2012*, dicembre 2014

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2011*, dicembre 2013

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2010*, dicembre 2012

ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2009*, febbraio 2012

Mauceri Sergio (a cura di), *"Contenere" la contenzione meccanica in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC*, A Buon Diritto, Quaderni, n.1, gennaio 2017

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*, febbraio 2011

Montemurro Francesco (a cura di), *Indagine sulle RSA in Italia*, Auser, novembre 2012

Network Non Autosufficienza(a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Maggioli, novembre 2015

Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli, 2013

Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° Rapporto. Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, Maggioli, 2011

Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Maggioli, 2010

Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, 2009

StopOPG, *Viaggio attraverso le Rems*, Redattore sociale, 23 febbraio 2017

<http://www.redattoresociale.it/Notiziario/Articolo/528301/StopOpg-viaggio-nelle-Rems-Forti-differenze-territoriali-manca-una-regia?UA-11580724-2>

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=6jupavDta3c&feature=youtu.be>