



Breve guida per porre fine alla coercizione e agli strumenti di contenimento nei servizi di salute mentale

BENVENUTI!

INTRODUZIONE

Questa è la quarta pubblicazione della nostra serie di guide brevi dal momento che fa seguito alle precedenti [“Breve Guida agli psicofarmaci”](#), [“Breve Guida al recovery personale nella salute mentale”](#), e [“Breve Guida alla diagnosi psichiatrica”](#)

Questa guida mira ad aiutare le persone che entrano in contatto con il sistema di salute mentale, sia come utenti dei servizi o indirettamente come amici o familiari degli utenti, al fine di analizzare, comprendere ed essere partecipanti attivi, piuttosto che destinatari passivi, delle cure.

Per molte persone, l'esperienza di diventare un paziente psichiatrico può essere solitaria, umiliante e spaventosa. Questa percezione può peggiorare se il processo è vissuto come involontario o coercitivo, provocando ulteriore angoscia e persino un trauma duraturo.

Sfortunatamente, la maggior parte dei paesi permette ancora qualche forma di coercizione e costrizione nei servizi di salute mentale. Questi sistemi sono ritenuti giustificati quando la persona è considerata un pericolo per sé stessa o per gli altri.

Al giorno d'oggi, le misure coercitive tendono a essere inquadrare come di “ultima istanza”, includendo linee guida e formazione obbligatoria, ma il loro utilizzo come risposta primaria o di emergenza continua a essere diffuso e persino in aumento nei servizi sotto pressione.

Questa breve guida mira a suggerire dei metodi con cui, sia le persone che hanno vissuto crisi di salute mentale che i loro sostenitori, possano essere in grado di far sentire la propria voce e le proprie opinioni, prendendo il controllo dei propri corpi e delle proprie vite.

1. Quali forme assumono la coercizione e la costrizione?

Nella pratica della salute mentale, la coercizione e la costrizione hanno una storia lunga e, decisamente, oscura. La costrizione può comportare:

X Strumenti di contenimento fisico: il trattenere manualmente una persona per impedirne o limitarne il movimento.

X Strumenti di contenimento meccanico: l'uso di dispositivi (ad esempio, cinghie, cinture, letti a gabbia, ecc.) per impedire o ostacolare il movimento di una persona.

X Strumenti di contenimento chimico o farmacologico: l'uso di farmaci sedativi per controllare od ostacolare il comportamento di una persona (per esempio, usando tranquillanti rapidi).

X Reclusione: confinamento in una stanza o in una zona isolata da cui una persona non può uscire liberamente.



LA COERCIZIONE SI RIFERISCE AI METODI CON CUI IL NORMALE PRINCIPIO MEDICO DI RICHIESTA DI UN CONSENSO PIENAMENTE INFORMATO AL TRATTAMENTO VIENE VIOLATO O AGGIRATO.

Questo può essere fatto attraverso la minaccia di conseguenze per mancata conformità, come la riammissione forzata in ospedale o attraverso qualsiasi altro metodo con cui s'ignorano i desideri espressi dalla persona che riceve il trattamento (per esempio, attuando iniezioni forzate o ordini di trattamento comunitario).



2. Ci sono alternative all'uso della coercizione e della costrizione?

Nel 2017, Mental Health Europe (MHE) ha adottato una posizione sull'articolo 12 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UN CRPD), a sostegno della transizione di tutti i servizi di salute mentale e della legislazione verso pratiche totalmente consensuali, libere dalla coercizione e dal processo decisionale sostitutivo. Due anni dopo, abbiamo prodotto un rapporto sulle **pratiche promettenti nella prevenzione, riduzione ed eliminazione della coercizione in Europa**.

Questo rapporto ha prodotto una lista di alternative attualmente utilizzate nei paesi europei raccolte dai membri e dai partner di MHE. Alcuni esempi sono inclusi nella nostra guida, al fine di illustrare i principi su cui sono permeati.

ITALIA

Unità psichiatriche degli ospedali generali SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)

Gli SPDC sono stati istituiti in Italia nel 1978 durante il processo di de-istituzionalizzazione di una legge che disponeva la chiusura degli ospedali psichiatrici a livello nazionale. Questo dette un forte messaggio per traslare il baricentro dei servizi dall'ospedale verso la comunità e per proporre un paradigma sociale piuttosto che medico. Gli SPDC sono unità psichiatriche degli ospedali generali destinati a ospitare persone in condizioni critiche, sia volontariamente che non, quando il supporto dei servizi comunitari non ha successo.

Ci sono SPDC che hanno reparti completamente aperti e che hanno abbandonato l'uso di strumenti di contenimento da molti anni ('no restraint SPDC'), mentre altri SPDC mantengono ancora reparti chiusi e al contempo mirano a ridurre o eliminare progressivamente la contenimento. Gli SPDC senza strumenti di contenimento si basano su una politica di porte aperte e sul rispetto dei diritti, della libertà e della dignità delle persone. Il programma si basa sul dialogo e sullo stimolare le persone ad assumersi la responsabilità del proprio recovery.

Diventare un SPDC senza restrizioni è un processo lungo, che richiede istruzione e acquisizione di nuove competenze da parte dei professionisti della salute mentale, ma anche nuovi atteggiamenti collettivi nei confronti delle persone con problemi di salute mentale. Sono essenziali l'apertura, la fiducia e la cooperazione sia all'interno che all'esterno dell'ospedale. L'SPDC "no re-

straint" coinvolge una vasta rete di organizzazioni e servizi sia a livello di ospedale che di comunità, ad esempio, le organizzazioni di utenti e familiari, le autorità locali e i sistemi di polizia e giustizia. Quanto meglio sono organizzati e coordinati i servizi locali, tanto meno sarà necessaria l'ospedalizzazione.

FINLANDIA

Approccio di dialogo aperto alla psicosi acuta

Si tratta di un modello originariamente sviluppato in Finlandia in cui le decisioni di cura sono prese con il contributo personale dell'individuo interessato, insieme a una rete di individui più ampia, da lui selezionata. Il modello di dialogo aperto è stato inizialmente progettato come un trattamento alternativo per evitare l'ospedalizzazione. Come tale, c'è minore possibilità di usare la coercizione, comprese la reclusione e la costrizione.

Open Dialogue si basa sul sostegno di persone nelle case e nelle comunità. I fornitori del servizio mirano a facilitare regolari "incontri di rete" tra la persona interessata e una rete immediata di amici, assistenti o familiari da lei scelti, insieme a diversi partecipanti attivi della squadra sanitaria. Una forte enfasi è posta sul ruolo dell'ascolto equo di tutte le voci e prospettive come mezzo e come obiettivo del trattamento stesso. L'enfasi è posta sulla trasparenza con la persona, empatia e considerazione positiva.

Non c'è ancora stata una valutazione onnicomprensiva sull'impatto diretto di Open Dialogue sull'uso della coercizione, ma in Lapponia, il modello ha interamente sostituito il trattamento medico d'emergenza. I benefici complessivi, dopo due anni di ricerca, sono stati una minore ospedalizzazione, maggiori incontri con le famiglie, minore utilizzo di farmaci, minori ricadute e una migliore condizione lavorativa.



REGNO UNITO (UK)

L'iniziativa No Force First

Questa iniziativa mira a traslare la cultura dei reparti dal contenimento al recovery fino a creare ambienti privi di coercizione. Questo approccio, nato negli Stati Uniti, è stato adottato da alcuni Trust di salute mentale del Regno Unito. L'idea di fondo è che "non esiste un recovery forzato". La politica 'No Force First' mira a creare ambienti privi di coercizione attraverso le seguenti iniziative:

- ✓ promuovere la collaborazione tra utenti e membri dello staff per rendere i reparti più incentrati sul recovery;
- ✓ sviluppare programmi di formazione in collaborazione con gli utenti e promuovere la formazione per tecniche di de-escalation;
- ✓ sviluppare una cultura cooperativa, piuttosto che una cultura restrittiva, per ridurre gli incidenti di aggressione, autolesionismo e intervento fisico;

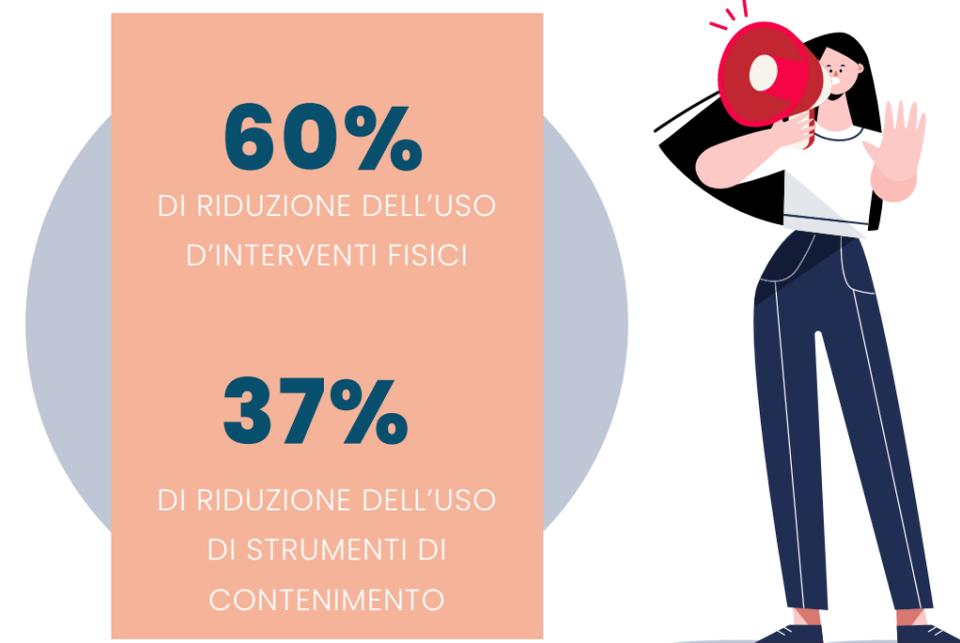
✓ sviluppare una comprensione più profonda degli utenti per comprendere le loro esperienze e traumi in modo empatico, e lavorare insieme per affermare la loro resilienza;

✓ includere le esperienze degli utenti dei servizi e impegnarsi in un lavoro di coproduzione;

✓ sensibilizzare gli utenti e i loro parenti;

✓ registrare dati sull'uso della coercizione e avviare analisi immediate dopo gli incidenti.

Il Mersey Care NHS Foundation Trust britannico ha utilizzato la politica "No Force First" insieme ad altre iniziative e nel corso dei primi due anni d'implementazione ha registrato una riduzione di circa il 60% dell'uso d'interventi fisici. L'approccio è stato poi implementato in tutti i reparti del Trust e, tra aprile 2016 e agosto 2017, c'è stata una riduzione del 37% nell'uso di strumenti di contenimento, così come una riduzione delle assenze per malattia e di sostituzione del personale.



3. Sostenere la scelta e il consenso informato

I programmi descritti precedentemente riguardano un cambiamento della cultura dei servizi di salute mentale e, nel caso dei primi due, un cambiamento della cultura dell'intera comunità e delle istituzioni in cui sono incorporati i suoi servizi.

Tuttavia, permane la necessità che l'individuo sia supportato nel rendere note e attuate le proprie preferenze e scelte quando la cultura non è così accomodante. Avere una persona fidata, un peer advocate, o una direttiva avanzata per sostenere queste preferenze e scelte può essere un grande aiuto, come evidenziano i seguenti programmi.

SVEZIA

Il programma svedese del difensore civico personale

Il programma 'Personligt Ombud Skane' o 'PO' è stato avviato nel 1995 da persone con disabilità psicosociali, come un "Servizio controllato dagli utenti con agenti personali". L'obiettivo era facilitare il processo decisionale delle persone con disabilità psicosociali e, in situazioni vulnerabili, di ricevere il sostegno necessario da parte delle autorità pubbliche e dai servizi sociali. L'Ombudsman, di solito rappresentato da un avvocato o da un assistente sociale, è una figura professionale, altamente qualificata, che lavora esclusivamente per il proprio cliente e non in alleanza con i servizi psichiatrici o sociali o qualsiasi altra autorità, né con i parenti del cliente o qualsiasi altra persona.

L'Ombudsman dedica cura e tempo alla costruzione di un rapporto di fiducia e all'assicurarsi che le persone ricevano l'aiuto e i servizi a cui hanno diritto e di cui necessitano. È considerato dal Comitato delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un modello appropriato al decision-making, in quanto l'Ombudsman permette alle persone di prendere e comunicare decisioni riguardanti questioni personali o legali. Come tale, l'Ombudsman personale è una via per limitare le pratiche coercitive e per ridurre il numero di crisi di salute mentale.

Dal 2000, il sistema OP è stato esteso a tutto il paese. Anche se non ci sono ancora prove tangibili del suo impatto sulla coercizione, una valutazione quinquennale da parte del governo relativa al programma ha dimostrato che il sistema è meno costoso in termini socioeconomici, poiché gli individui, grazie al supporto dell'OP, diventano rapidamente meno dipendenti dai servizi psichiatrici, hanno più controllo sulla propria vita e migliorano la propria situazione psicosociale. Di conseguenza, il National Board of Health and Welfare ha iniziato a promuovere l'OP come una nuova professione sociale, e nel 2013 è entrato in vigore un nuovo regolamento che ha stabilito un finanziamento permanente per il sistema PO.

Il sistema ha ricevuto ampio sostegno e ha ispirato i servizi di prossimità in altri paesi.

Pianificazione anticipata

La Pianificazione anticipata, attraverso direttive anticipate o dichiarazioni anticipate, prevede che una persona prenda decisioni progettate in anticipo per sé stessa o per dirigere altri, in particolare durante i momenti di crisi. La pianificazione anticipata può riguardare le preferenze di trattamento, le informazioni sulle reazioni avverse ai farmaci precedentemente usati e qualsiasi altra informazione, come chi contattare o non contattare. Può aiutare a rispettare la volontà e le preferenze della persona.

Un tipo formale di pianificazione anticipata è l'accordo di rappresentanza, attraverso cui, in caso di una crisi futura, una persona ne nomina un'altra per assisterla. Un tipo informale di pianificazione anticipata è il piano di crisi congiunto, che consiste in un piano formulato dall'utente, congiuntamente a operatori sanitari, una persona fidata, amici o parenti, se desiderato o richiesto. Il piano contiene dichiarazioni anticipate di preferenze per le cure in caso di una futura ricaduta.

LA PIANIFICAZIONE ANTICIPATA È ATTA A RIDURRE L'AMMISSIONE OBBLIGATORIA E IL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO. GLI UTENTI SI SENTONO IN CONTROLLO E RESPONSABILIZZATI, PIÙ A LORO AGIO COL FUTURO E COL RISPETTO DEI LORO BISOGNI.

Dato che le professioni sanitarie spesso non tengono conto dei desideri dei clienti/pazienti nel loro "migliore interesse", le direttive anticipate non sono sempre attuate. Tuttavia, è importante ricordare che gli utenti dei servizi hanno il medesimo diritto di cambiare idea di chiunque altro e che questo non deve essere usato come una scusa per privarli delle misure di pianificazione anticipata, che a seconda del paese, potrebbero essere applicabili per legge e devono essere rispettate dai professionisti della salute.

Sostegno intenzionale tra pari

Il sostegno intenzionale tra pari è un modo di pensare e di costruire relazioni di potere reciproche, esplorative e consapevoli. I pari si riuniscono intorno a esperienze

condivise e, spesso, al desiderio di cambiare le proprie vite. Imparano a sfruttare le relazioni per vedere eventi da nuove angolazioni, sviluppano una maggiore consapevolezza dei modelli personali e relazionali, e si sostengono a vicenda nel fare nuove esperienze.

Il Supporto Pari Intenzionale promuove un modo di relazionarsi informato sul trauma: invece di chiedere "Cosa c'è che non va in te?", la domanda è "Cosa ti è successo?". Il Supporto Pari Intenzionale fornisce un quadro potente per creare relazioni in cui le persone imparano e crescono insieme. Così, vengono offerte opportunità di trovare e creare nuovi significati attraverso le relazioni e le conversazioni, che portano a nuovi modi di comprendere le crisi. La mutualità e il potere condiviso sono proposti come contributi alla prevenzione degli interventi coercitivi.

L'Intentional Peer Support è stato sviluppato come alternativa alle pratiche tradizionali di supporto tra pari all'interno dei servizi di salute mentale. È stato avanzato dal Centro per i Diritti Umani degli Utenti e dei Sopravvissuti alla Psichiatria e dalla Rete Europea degli (ex)Utenti e Sopravvissuti alla Psichiatria come una buona pratica sul "Processo decisionale supportato e alternative alla coercizione".

4. Cosa è necessario per ridurre o eliminare la coercizione e la costrizione?

L'utilizzo della coercizione e della costrizione è incorporato nella cultura e nelle procedure dei servizi di salute mentale e di comunità. Tuttavia, non passa inosservato. Nel 2019, l'ex relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto alla salute fisica e mentale, Dainius Puras, ha fatto la proposta innovativa di un **approccio Rights-first**, per contrastare la crescente dipendenza dal trattamento forzato in tutto il mondo.

IL PRIMO PASSO VERSO IL CAMBIAMENTO È IL RICONOSCIMENTO COLLETTIVO CHE IL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO È SBAGLIATO E PROMUOVERE UN IMPEGNO A LIVELLO DI LEADERSHIP PER ELIMINARE TUTTE LE FORME DI COERCIZIONE E COSTRIZIONE.



Le azioni includeranno:

ATTENZIONE AGLI UTENTI DEL SERVIZIO

concentrarsi sulle preferenze degli utenti dei servizi, dedicare più tempo e coinvolgere nelle iniziative il personale e i pari

COSTRUIRE LA CAPACITÀ DEL PERSONALE E DEI FUNZIONARI PUBBLICI

formazione del personale, ma anche delle forze di polizia e di altri funzionari pubblici, con il coinvolgimento di esperti per esperienza

MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE CON GLI UTENTI

dedicare tempo per migliorare la comunicazione con gli utenti nel contesto delle loro famiglie e delle reti sociali e concentrarsi sulla collaborazione con un approccio basato sul recovery

L'AMBIENTE FISICO CONTA

migliorare gli ambienti fisici

ASSICURARE LA COLLABORAZIONE TRA LE AGENZIE

implementare una maggiore efficacia a livello di comunità locale e una collaborazione tra diversi servizi (per esempio, servizi sociali, autorità sanitarie, servizi per l'occupazione, opportunità locali per il tempo libero)

CONTROLLARE L'USO DELLA COERCIZIONE

monitoraggio e raccolta di dati sull'uso della coercizione e revisione congiunta degli incidenti per vedere cosa si può imparare.

5. Cosa possiamo fare come utenti dei servizi o come sostenitori?

TROVARE ALLEATI

Ricerca e unirsi a gruppi locali e/o nazionali, specialmente se guidati da persone che hanno vissuto esperienze e se permeati su un approccio basato sui diritti umani per alleviare il disagio mentale.

RACCOGLIERE STORIE

Niente parla più forte dell'esperienza. Condividere le esperienze andate male e indicare gli esempi in cui un approccio diverso può funzionare, sono entrambi potenti motori di cambiamento. L'ascesa dei social media fornisce gli strumenti necessari per raccogliere e diffondere informazioni e idee.

RACCOGLIERE DATI

Molti paesi richiedono ai servizi di raccogliere e pubblicare dati sull'utilizzo della coercizione nelle sue varie forme. Riuscire a scoprire cosa sta accadendo fornisce una linea di base rispetto alla quale è possibile misurare i progressi.

IDENTIFICARE E PARLARE CON PERSONE CON RUOLI DI LEADERSHIP NELLA PROPRIA LOCALITÀ

È necessario scoprire chi è interessato a fare dei cambiamenti. Potrebbero esserci degli alleati che si impegnano attivamente, tra cui organizzazioni di professionisti della salute, avvocati, enti per i diritti umani e politici. A nessuno piace usare la forza, dato che oltre a essere incredibilmente dannosa per chi la riceve, è anche una causa di stress significativo per chi sente di doverla usare. La filosofia «No Force First» non solo ha migliorato drasticamente l'esperienza dei pazienti, ma è stata anche positiva per il personale.

L'uso continuo della contenzione forzata e del trattamento obbligatorio costituisce uno scandalo internazionale. Esistono sempre alternative possibili, e ogni caso costituisce un'opportunità per comprendere cosa possiamo pianificare o migliorare. Unisciti a noi per cambiare la nostra cultura in una in cui non sia più accettabile ignorare il principio del consenso informato al trattamento e in cui firmare l'UNCRPD costituisce un impegno a rispettare i diritti delle persone con disabilità in ogni momento e specialmente nei momenti di crisi.

Mental Health Europe si impegna a ridurre ed eliminare ogni forma di coercizione nella salute mentale, sia monitorando l'uso della coercizione che incoraggiando la sperimentazione di metodi alternativi.

UNITEVI A NOI PER CAMBIARE LA NOSTRA CULTURA IN UNA IN CUI NON SIA PIÙ ACCETTABILE IGNORARE IL PRINCIPIO DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO.





SU MENTAL HEALTH EUROPE (MHE)

Con più di 70 organizzazioni in più di 30 paesi, MHE è la più grande rete indipendente che opera per sostenere la salute e il benessere mentale positivo e per proteggere i diritti delle persone con malattie mentali. Sosteniamo continuamente l'inclusione sociale, la de-istituzionalizzazione e il rispetto dei diritti umani delle persone con disabilità psicosociali. Aumentiamo la consapevolezza per porre fine alla stigmatizzazione della salute mentale in tutta Europa.

Per ulteriori informazioni, si prega di vedere:



Il lavoro di Mental Health Europe è sostenuto dalla Commissione Europea attraverso il Programma Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza. Le informazioni contenute in questo documento non riflettono necessariamente la posizione o parere della Commissione europea.

Il lavoro di Mental Health Europe è sostenuto in parte da una sovvenzione del Foundations Open Society Institute in collaborazione con il Public Health Program della Open Society Foundations.