

Rapporto al Governo italiano sulla visita periodica in Italia effettuata dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) dal 28 marzo all'8 aprile 2022.

Strasburgo, 24 marzo 2023

Nel corso della sua ottava visita periodica in Italia, la delegazione del CPT ha esaminato il trattamento e le condizioni di detenzione delle persone in quattro istituti penitenziari. Particolare attenzione è stata rivolta alle persone sottoposte a regimi restrittivi, all'impatto del sovraffollamento e alle restrizioni imposte nel contesto della pandemia di Covid-19, alla situazione delle detenute e al trattamento delle persone con disturbi mentali.

Inoltre, la delegazione ha esaminato il trattamento dei pazienti nei reparti psichiatrici di quattro ospedali civili (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura o SPDC) e degli anziani con limitata autonomia ospitati in due case di cura (Residenze sanitarie assistite o RSA). È stata prestata particolare attenzione all'uso di mezzi di contenzione e isolamento dei pazienti/residenti in queste strutture. La delegazione ha anche esaminato il trattamento delle persone private della libertà dalle forze dell'ordine.

Elenco delle strutture psichiatriche visitate dalla delegazione del CPT

- Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (unità SPDC), Milano
- Ospedale di Cinisello Balsamo (unità SPDC)
- Ospedale di Melegnano (Unità SPDC)
- Ospedale San Camillo (Unità SPDC), Roma

Strutture socio-assistenziali

- Casa di cura Pio Albergo Trivulzio (RSA), Milano
- Casa di cura Palazzolo (RSA), Milano

Organizzazioni non governative consultate dalla delegazione del CPT (pag. 90 del rapporto)

Amnesty International

Antigone

Diritti alla Follia

Felicità Associazione per i Diritti nelle RSA

Strutture psichiatriche

Nel corso della visita periodica del 2022, la delegazione del CPT ha visitato i seguenti quattro SPDC per valutare il trattamento dei pazienti e l'impatto delle riforme sopra citate:

- Il SPDC dell'Ospedale Niguarda di Milano, composto da due reparti identici (SPDC I e II), rispettivamente di 20 e 22 posti letto, è situato al primo piano del Padiglione 7. Al momento della visita, i due reparti ospitavano un totale di 37 pazienti (di cui 14 donne). Oltre al bacino d'utenza territoriale di 350.000 abitanti che copre la parte Nord-Est dell'area metropolitana di Milano, l'SPDC è la struttura di riferimento assegnata dall'Agenzia per la Tutela della Salute (ATS) dell'area metropolitana di Milano per il trattamento dei pazienti con disturbo mentale detenuti presso il carcere di Milano San Vittore, per i cittadini stranieri non regolarmente registrati

e per i pazienti positivi al test Covid-19. Al momento della visita, tre pazienti erano o erano stati recentemente sottoposti a una misura di TSO.

- L'SPDC di Cinisello Balsamo è un reparto di 14 posti letto situato al primo piano dell'Ospedale Bassani, che ha un bacino d'utenza di 300.000 abitanti nella zona nord di Milano. Al momento della visita, ospitava 13 pazienti con disturbi mentali, tra cui sette donne e un minore. Nessuno di loro era sottoposto a una misura di TSO.

- SPDC di Melegnano, costituito da una struttura di 15 posti letto al primo piano dell'Ospedale di Vizzolo Predabissi, che ha un bacino di utenza di 650.000 abitanti nella zona est e sud della provincia di Milano. Al momento della visita, ospitava 15 pazienti (tra cui sette donne), due dei quali sottoposti a misura di TSO.

- L'SPDC di Roma San Camillo è costituito da un reparto di 15 posti letto al piano terra del Padiglione Morgagni dell'Ospedale San Camillo-Forlanini, che ha un bacino di utenza di 400.000 abitanti nella zona ovest di Roma. Al momento della visita, ospitava nove pazienti con disturbi mentali (cinque uomini e quattro donne), di cui due sottoposti a misura di TSO e tre pazienti in regime di sicurezza forense in attesa di essere inseriti in una REMS (cfr. paragrafo 114). Ciò premesso, sul relativo display della sala medici dell'SPDC, era indicato che sei letti aggiuntivi potevano essere collocati nel corridoio dell'SPDC in caso di piena occupazione della struttura. Tale pratica era già stata criticata da parte del NPM (ndr : il Meccanismo preventivo nazionale (NPM) dell'Italia è costituito dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà) in un recente rapporto sulla sua visita alla struttura.

Il CPT raccomanda alle autorità italiane di garantire che la pratica di collocare i pazienti nel corridoio del SPDC di Roma San Camillo sia interrotta e che la capacità ufficiale della struttura sia limitata a 15 letti.

La delegazione ha parlato con tutti i pazienti ospitati negli SPDC visitati e non ha ricevuto accuse credibili di maltrattamenti fisici da parte del personale. Al contrario, ha riscontrato che il personale ha mostrato un approccio positivo e premuroso in tutte le strutture visitate. Alcuni reclami sono stati ricevuti dai pazienti degli SPDC di Milano Niguarda e Melegnano in relazione a sporadici episodi di offese verbali e commenti sprezzanti sul loro status da parte di infermieri e assistenti infermieristici (Operatori socio-sanitari o OSS). Il motivo di questi alterchi riguardava principalmente l'uso delle mascherine e la regolamentazione dell'uso dei telefoni cellulari in reparto.

Inoltre, il frequente ricorso alla contenzione meccanica prolungata dei pazienti e alla contenzione chimica descritta nei paragrafi successivi può costituire un maltrattamento.

Il CPT raccomanda che la direzione degli SPDC di Milano Niguarda e Melegnano eserciti una vigilanza continua e ricordi al personale, a intervalli regolari e frequenti, che i pazienti devono essere trattati con rispetto e che qualsiasi forma di abuso verbale non è accettabile e sarà sanzionata di conseguenza.

Gli episodi di violenza tra pazienti si sono verificati raramente negli SPDC visitati e sono stati confermati dal sistema di registrazione degli eventi a rischio in uso nella Regione Lombardia. (72) I casi in questione si riferivano a pazienti agitati che occasionalmente aggredivano fisicamente i loro compagni di stanza durante una fase acuta dei loro disturbi e cercavano di fuggire dall'SPDC attraverso la terrazza protetta. Il personale degli OSS sembra essere intervenuto prontamente e ha separato i pazienti, riuscendo a stemperare adeguatamente i conflitti.

Condizioni di vita dei pazienti

Gli SPDC di competenza della Regione Lombardia garantiscono un ambiente di vita soddisfacente e condizioni igieniche molto buone per i pazienti, soprattutto alla luce dei brevi periodi di permanenza in queste strutture.

Nel SPDC di Milano Niguarda, le 21 camere (73) risultavano spaziose, luminose e in buono stato igienico. Le stanze sono dotate di letti da degenza, comodini, armadi, tavoli e sedie. I servizi igienici separati (in linea di principio uno per due camere doppie) consistevano in un gabinetto, un lavandino e una doccia. Ogni reparto SPDC possiede anche sale comuni attrezzate con televisori, tavoli e sedie, che ospitano anche sessioni di terapia occupazionale di gruppo e il refettorio. Una terrazza separata e protetta, con sbarre metalliche rinforzate e uno schermo per impedire ai pazienti di fuggire all'esterno, dotata di sedie e panche, era l'unica possibilità per i pazienti di avere accesso all'aria fresca .

Presso l'SPDC di Cinisello Balsamo, le sei camere (per doppia e tripla degenza) presentavano un design e uno stato di manutenzione simili a quelli dell'SPDC di Niguarda, e ogni camera era dotata di un servizio igienico con wc e lavandino. Tuttavia, c'era solo una doccia comune funzionante, in grado di soddisfare le esigenze di un massimo di 5 pazienti. La struttura comune consisteva in un'ampia sala decorata con murales e piante e dotata di un televisore e di un calcio balilla. La sala fungeva anche da refettorio. Inoltre, uno spazio esterno con griglie metalliche rinforzate per evitare il rischio di fuga dei pazienti e attrezzato con sedie offriva ai pazienti l'unica possibilità di accedere all'aria fresca.

Note

72 Ad esempio, presso l'SPDC di Milano Niguarda sono stati registrati quattro episodi di questo tipo dal 2019 nel registro degli eventi critici e un episodio è stato registrato nello stesso database elettronico presso l'SPDC di Cinisello dal gennaio 2022. Inoltre, presso l'SPDC di Milano Niguarda sono stati registrati otto episodi di aggressioni fisiche dei pazienti contro il personale dal 2019.

73 Le camere erano in linea di massima a doppia occupazione, con l'eccezione di una camera tripla e una singola, quest'ultima generalmente utilizzata per la contenzione dei pazienti.

Nel SPDC di Melegnano, le condizioni delle sette camere doppie e triple erano piuttosto austere (per vetustà e arredamento) e anguste, in particolare nelle due camere triple (di circa 14 m²). Le uniche strutture comuni consistevano in una sala fumatori dotata di un sistema di estrazione dell'aria. I pazienti non avevano accesso alla televisione, a giochi da tavolo o a uno spazio esterno.

Nel SPDC di Roma San Camillo, le sei camere erano adeguatamente attrezzate con letti da degenza, comodini, armadi, tavoli e sedie e un servizio igienico in camera (composto da wc, lavabo e doccia). Le stanze dei pazienti erano spaziose e dotate di buona ventilazione e illuminazione. Tuttavia, la sala comune, che fungeva anche da refettorio, era in stato di abbandono con sedie di plastica fatiscenti, vetri rotti e un televisore non funzionante. Inoltre, l'intero SPDC era in uno stato di scarsa igiene, che il personale imputava alle scarse prestazioni dell'impresa di pulizia esternalizzata dall'Ospedale San Camillo-Forlanini.

Gli SPDC dovrebbero offrire un ambiente di vita terapeutico che favorisca la cura e il benessere dei pazienti. A questo proposito, nonostante il breve periodo medio di degenza in un SPDC, le camere e le strutture comuni dovrebbero essere sempre mantenute in uno stato di manutenzione e igiene soddisfacente e dovrebbero essere adeguatamente arredate. Inoltre, i pazienti dovrebbero preferibilmente disporre del giusto livello di privacy per consentire una rapida stabilizzazione.

Il CPT raccomanda che le autorità sanitarie nazionali e regionali italiane prendano le misure necessarie per garantire che:

- presso l'SPDC di Roma San Camillo le camere e le strutture comuni siano mantenute in uno stato igienico e di arredamento soddisfacente e che il televisore della struttura comune sia riparato;
- presso l'SPDC di Melegnano, le camere a tripla occupazione siano convertite in camere a doppia occupazione e l'arredamento delle camere sia sostituito e sia messa in funzione una struttura comune dotata di un televisore;

- presso l'SPDC di Cinisello, l'installazione di docce aggiuntive, in particolare alla luce del fatto che gli SPDC in Italia sono invariabilmente per generi misti.

Inoltre, il CPT raccomanda alle autorità italiane di garantire che nella progettazione di future costruzioni e ristrutturazioni di SPDC, o nella ristrutturazione di quelli esistenti, si presti attenzione alla creazione di camere singole.

Terapie

Come indicato nel paragrafo 170, il sistema italiano di salute mentale considera il ricovero in un SPDC (su base volontaria o involontaria) come una misura di extrema ratio, a cui ricorrere quando non sono possibili interventi terapeutici alternativi all'interno del servizio sanitario di riferimento o della struttura residenziale. A questo proposito, gli interventi terapeutici in un SPDC sono considerati un elemento di stabilizzazione per affrontare la fase acuta di un disturbo mentale prima del trasferimento del paziente in un centro di riabilitazione residenziale o della sua dimissione nella comunità. Pertanto, il personale dell'SPDC opera in simbiosi e come parte integrante del resto dei servizi del DSM.

Nei quattro SPDC visitati, la delegazione ha potuto constatare che questi principi guida si riflettono nell'approccio integrato e autenticamente individualizzato che opera all'interno di questi reparti, basato su un piano di trattamento personalizzato per ogni paziente.

Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, la delegazione non ha riscontrato alcun segno di ricorso sproporzionato ai farmaci in relazione alla natura e alla gravità dei disturbi mentali osservati. Inoltre, i farmaci prescritti ai pazienti presso gli SPDC visitati sono stati oggetto di rivalutazioni quotidiane e lo stato clinico dei pazienti è stato accuratamente monitorato per bilanciare la terapia in vista di una loro possibile dimissione.

La delegazione ha riscontrato che il trattamento offerto ai pazienti presso gli SPDC visitati si basava principalmente sulla farmacoterapia a causa della scarsità di attività riabilitative, ricreative e terapeutiche offerte e della durata limitata del ricovero. Con l'eccezione dell'SPDC di Milano Niguarda, dove veniva offerto ai pazienti un laboratorio artistico su base settimanale, nel resto degli SPDC visitati non erano previste attività terapeutiche di gruppo o individuali per i pazienti. La delegazione è stata informata che le restrizioni di Covid-19, persistenti e di lunga data, hanno limitato l'accesso del personale delle cooperative agli SPDC in questione. Inoltre, il personale degli SPDC di Roma San Camillo e Cinisello Balsamo non comprendeva un terapeuta per la riabilitazione psichiatrica (TERP, come menzionato nel paragrafo 194).

In linea di massima, gli interventi non farmacologici offerti negli SPDC visitati consistevano in un supporto psicologico individuale (allo scopo di assicurare la continuazione del trattamento dopo la dimissione), mentre il ruolo dei TERP consisteva nell'introdurre i pazienti alla loro futura struttura residenziale di assistenza psichiatrica. Nonostante la breve durata della permanenza media negli SPDC e la loro integrazione nell'interfaccia del DSM (in particolare in Lombardia), ciò non può essere considerato adeguato.

Nonostante il fatto che i pazienti di solito rimangano nel SPDC solo per periodi relativamente brevi, la gestione del SPDC dovrebbe sviluppare altre forme di trattamento (come terapie individuali e di gruppo). A tal fine, il personale infermieristico esistente dovrebbe ricevere una formazione supplementare e l'SPDC dovrebbe essere visitato regolarmente da uno psicologo e da un assistente sociale.

Il CPT raccomanda alle autorità regionali competenti di intervenire per diversificare il trattamento disponibile per i pazienti negli SPDC, alla luce delle osservazioni di cui sopra.

L'SPDC di Milano Niguarda è l'istituto di riferimento per il ricovero dei cittadini stranieri affetti da disturbi mentali nell'area metropolitana di Milano (compresi i migranti provenienti dal locale Centro di Accoglienza e

Rimpatrio di Milano, o CPR). A tal fine, dal 2000 il DSM offre un servizio di etnopsichiatria con équipe multidisciplinari specializzate composte da psichiatri, infermieri, OSS, psicologi, educatori e assistenti sociali, nonché mediatori culturali con il compito di fornire assistenza psicoterapeutica specialistica ai cittadini stranieri sia in ambito comunitario che ospedaliero.

Il Comitato accoglie con favore l'approccio del DSM di Milano Niguarda per quanto riguarda il suo servizio di etnopsichiatria e incoraggia le autorità italiane a estendere questo progetto ad altre aree metropolitane simili in Italia, dove vi è una forte presenza di cittadini stranieri non registrati.

Il SPDC di Roma San Camillo dispone di un cortile protetto con vegetazione, circondato da una recinzione metallica e dotato di panchine e rubinetto dell'acqua, ma temporaneamente inaccessibile ai pazienti a causa di recenti fughe. Nessuno degli SPDC visitati possedeva una struttura esterna operativa. Di conseguenza, l'unica possibilità di accesso all'aria aperta per i pazienti degli SPDC di Milano Niguarda e Cinisello consisteva in due terrazze esterne protette, attrezzate con sedie, circondate da una griglia metallica anti-uscita e da barriere di vetro. Negli SPDC di Melegnano e Roma San Camillo, ai pazienti non è stata offerta alcuna possibilità di accesso all'aria aperta, a parte sporadiche passeggiate nell'area esterna dell'ospedale accompagnati da un membro del personale. Presso l'SPDC di Milano Niguarda, il personale ha riferito alla delegazione che i pazienti erano stati spesso accompagnati a passeggiare fuori dall'SPDC all'interno del perimetro dell'ospedale, ma che queste passeggiate erano state sospese dall'inizio della pandemia di Covid-19 nel marzo 2020. Questa situazione è ancora più preoccupante se si considera che la stragrande maggioranza dei pazienti incontrati negli SPDC visitati era stata ricoverata su base volontaria.

Il Comitato riconosce che l'integrazione dei reparti SPDC nelle strutture ospedaliere civili esistenti rende difficile la creazione di un'area esterna adeguata e che la direzione degli SPDC è spesso costretta a improvvisare la sistemazione dei locali esistenti per consentire l'accesso all'aria aperta ai pazienti.

Il CPT ritiene che la possibilità per un paziente di stare all'aperto, preferibilmente in una zona piacevole del giardino, dovrebbe essere un diritto per ogni paziente. Inoltre, trascorrere del tempo all'aria aperta ha un impatto positivo sul benessere e sul recupero dei pazienti. Pertanto, l'accesso all'aria aperta dovrebbe essere promosso in modo proattivo. Il Comitato ritiene inoltre che si debbano adottare disposizioni alternative per consentire ai pazienti di accedere quotidianamente a un'area esterna. Ciò può richiedere, se necessario, di accompagnare i pazienti in brevi passeggiate fuori dal reparto in regime controllato.

Il CPT ritiene che tutti i pazienti ricoverati negli SPDC dovrebbero, salute permettendo, beneficiare di un accesso illimitato all'esercizio fisico all'aperto durante il giorno, a meno che le attività terapeutiche non richiedano la loro presenza in reparto in un ambiente ragionevolmente spazioso e sicuro, che dovrebbe anche offrire riparo dalle intemperie.

Alla luce di questi precetti, il CPT raccomanda di riflettere seriamente sulla necessità di progettare strutture all'aperto adeguatamente attrezzate in tutti gli SPDC e di consentire l'uso di quelle esistenti, come nel caso dell'SPDC di Roma San Camillo, sotto l'adeguata supervisione del personale.

Inoltre, dovrebbero essere adottate misure per aumentare l'accesso all'aria aperta per i pazienti ricoverati in tutti gli SPDC e, in particolare, riprendere la pratica di accompagnare i pazienti nelle strutture all'aperto presso l'SPDC di Milano Niguarda. Infine, il CPT raccomanda alle autorità italiane di garantire che, nella progettazione dei futuri SPDC o nella ristrutturazione di quelli esistenti, si presti attenzione alla creazione di strutture esterne adeguate e opportunamente attrezzate per i pazienti.

L'integrazione degli SPDC nel tessuto degli ospedali civili esistenti ha garantito un'attenzione pronta e completa ai bisogni di assistenza sanitaria somatica dei pazienti in ciascuno dei quattro SPDC visitati. A questo proposito, le cartelle cliniche dei pazienti hanno mostrato che il livello di assistenza fornito loro era buono e i registri medici hanno testimoniato le frequenti visite dei pazienti da parte di specialisti di altre branche

mediche all'interno dello stesso ospedale. (si veda anche il paragrafo 220 in relazione al trattamento dei pazienti con un disturbo mentale affetto da Covid-19). Questo è positivo.

Personale

Il livello generale del personale sanitario all'interno degli SPDC visitati è risultato soddisfacente in relazione al numero di posti letto e di pazienti, tenendo presente che gli SPDC operano nell'ambito del relativo DSM. Il rapporto e la presenza di personale è stato il seguente negli SPDC visitati:

- Nel SPDC di Milano Niguarda era in servizio un'équipe di 11 psichiatri su 12 posti preventivati, 40 infermieri (tra cui una caposala), 10 assistenti infermieristici (OSS), due terapisti della riabilitazione psichiatrica (TERP), un assistente sociale e uno psicologo part-time in entrambi i reparti, per un massimo di 44 pazienti.
- Il reparto SPDC di Cinisello Balsamo aveva un organico sanitario di quattro psichiatri, 12 infermieri, tre OSS e uno psicologo, per un massimo di 15 pazienti.
- Il SPDC di Melegnano disponeva di un organico di quattro psichiatri (tra cui il direttore del SPDC), 19 infermieri (tra cui un caposala), tre OSS e un TERP, per un massimo di 15 pazienti.
- Il personale sanitario del reparto SPDC di Roma San Camillo era composto da quattro psichiatri, 19 infermieri (tra cui un caposala), un OSS, due psicologi e un assistente sociale, per un massimo di 15 pazienti.

Tale organico assicurava una copertura adeguata durante i tre turni di lavoro giornalieri. In linea di massima, nei quattro SPDC visitati erano presenti da tre a quattro infermieri e uno psichiatra era sempre in servizio in loco o su chiamata durante i turni di notte e nei fine settimana.

La delegazione è stata informata che esistono alcuni posti vacanti in diversi SPDC della Lombardia, in particolare per quanto riguarda la difficoltà di reclutare psichiatri disposti a lavorare al di fuori delle principali aree urbane. Ad esempio, dieci dei 25 posti di psichiatra previsti dal budget presso il DSM di Melegnano-Martesana erano vacanti, il che aveva portato alla chiusura dell'SPDC di Melzo. Inoltre, presso l'SPDC di Cinisello Balsamo, la direzione del DSM ha avuto difficoltà ad attrarre candidati per i tre posti vacanti di infermiere.

Il CPT vorrebbe essere informato dalle autorità sanitarie della Regione Lombardia sull'esito dei concorsi in corso per i posti vacanti negli SPDC di Melegnano e Cinisello.

Come indicato nel paragrafo 172, ogni SPDC opera in piena simbiosi con il resto della componente del DSM. Questo è stato particolarmente evidente ed è stato un buon esempio di condivisione degli impegni tra colleghi all'Ospedale Niguarda di Milano, dove 31 dei 39 psichiatri del DSM lavoravano, a rotazione, presso la sezione psichiatrica dell'unità di emergenza dell'ospedale.

Negli SPDC di Milano Niguarda, Melegnano e Cinisello, il personale ha beneficiato di un'ampia offerta di attività formative proposte dalla Regione Lombardia, come la valutazione del rischio dei pazienti e le misure di de-escalation e il lavoro di squadra nell'affrontare casi psichiatrici complessi. Gli eventi formativi in questione si sono svolti sotto forma di webinar dall'inizio della pandemia di Covid-19, con l'acquisizione di crediti per il mantenimento dell'abilitazione. Presso l'SPDC di Roma San Camillo, al personale sono state recentemente erogate attività formative mirate sulla standardizzazione della cartella clinica psichiatrica personale e sulla gestione del reparto.

Uso dei mezzi di contenzione

Nel 16° Rapporto generale sulle sue attività, il CPT ha auspicato il rafforzamento e l'applicazione uniforme di chiare salvaguardie relative al ricorso a mezzi di contenzione nei confronti di pazienti con disturbi mentali. Secondo il Comitato, l'obiettivo dovrebbe essere la graduale e progressiva riduzione del ricorso a tale misura e l'applicazione di metodi alternativi per contenere i pazienti agitati. Di conseguenza, il CPT si è espresso a favore di questo approccio negli SPDC. La contenzione meccanica dei pazienti con disturbi mentali non è ancora chiaramente regolamentata nella legislazione italiana, il che pone prima facie dei dubbi sulla sua compatibilità con l'articolo 13 della Costituzione.

In pratica, la contenzione meccanica di pazienti con disturbi mentali in un SPDC è generalmente applicata sulla base della valutazione del medico di una norma sullo stato di necessità contenuta nell'articolo 54 del CC, che in linea di principio è piuttosto restrittiva e prevede una nozione di esenzione della responsabilità penale. Alcune regioni italiane (tra cui le Regioni Lombardia e Lazio) hanno adottato protocolli sull'applicazione dei mezzi di contenzione nei confronti dei pazienti in ambiente sanitario, in linea con le linee guida del 2008 emanate dalla Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, l'Azienda Ospedaliera Metropolitana di Niguarda ha sviluppato una politica specifica e completa sull'uso della contenzione, anche nei confronti dei pazienti ricoverati in un reparto di assistenza sanitaria di tipo somatico.

Nel corso del 2021, il Ministero della Salute si è impegnato a ridurre e abolire il ricorso alla contenzione meccanica, proponendo alle autorità sanitarie regionali una serie di attività quali la valutazione del rischio del comportamento aggressivo del paziente e la limitazione della sua libertà, la formazione mirata del personale, la rendicontazione e l'analisi dei dati sull'applicazione della contenzione, il rafforzamento delle tutele legali e dei diritti fondamentali dei pazienti con disturbo mentale e la garanzia di una maggiore integrazione tra i centri di salute di comunità e gli SPDC. Il Ministero ha anche condizionato l'assegnazione di importanti finanziamenti previsti dal Piano di ripresa e resilienza dell'UE per i DSM all'attuazione dei principi sopra citati (cfr. paragrafo 173).

Inoltre, va ricordato che la questione della contenzione meccanica dei pazienti con disturbo mentale ha acquisito una certa visibilità negli ultimi anni alla luce della morte di diversi pazienti durante l'applicazione di tale misura in vari SPDC, che sono stati di conseguenza oggetto di indagini penali. Inoltre, in una decisione storica emessa nel 2018 in relazione al decesso di un paziente psichiatrico avvenuto nel 2008 dopo un periodo di contenzione di 87 ore presso l'SPDC di Vallo della Lucania, la Corte di Cassazione ha stabilito che la contenzione meccanica di un paziente psichiatrico "rappresenta il massimo livello di privazione della libertà personale che può e deve essere disposta dal personale sanitario solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario dopo aver esercitato la massima vigilanza sul paziente". Inoltre, nel 2015, il Comitato Italiano per la Bioetica ha emesso un parere consultivo in cui invitava le autorità a "sviluppare programmi volti a interrompere l'uso della contenzione per promuovere una cultura generale di cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale" e "promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano servizi e strutture senza contenzione".

Nel corso della visita, la delegazione ha esaminato l'applicazione dei mezzi di contenzione nei quattro SPDC visitati, in particolare alla luce del sistema di monitoraggio, analisi e registrazione dei dati in vigore in Lombardia dal 2010 e dei relativi protocolli regionali. Inoltre, la delegazione ha visitato l'SPDC di Melegnano, che fa parte della rete di 21 strutture psichiatriche che si sono impegnate ad adottare una "politica di non contenzione" con l'obiettivo di limitarne l'uso e applicare invece misure alternative per contenere i pazienti, come il contenimento manuale e le misure di de-escalation.

I risultati della delegazione hanno mostrato che i pazienti ricoverati nei rispettivi dipartimenti di emergenza in grave stato di agitazione, con il rischio di nuocere a se stessi o ad altri, sono stati spesso sottoposti a contenzione meccanica negli SPDC di Milano Niguarda, Cinisello e Roma San Camillo per periodi che vanno da poche ore a nove giorni. (96)

Inoltre, non era raro che i pazienti venissero sottoposti alla misura più volte nel corso dello stesso ricovero, senza che il loro status giuridico venisse modificato. (97)

La misura di contenzione consisteva nell'applicazione di cinghie di tela a ciascuno dei quattro arti per fissare il paziente in posizione supina a un letto. (98) La misura veniva normalmente attuata in una stanza con un letto singolo, ma poteva avvenire anche in stanze con due letti o addirittura in un corridoio, come nel caso del SPDC di Roma San Camillo. Il ricorso alla contenzione meccanica veniva disposto da uno psichiatra, invocando l'articolo 54 del CC, e veniva applicato ugualmente a pazienti volontari e non volontari, senza che ciò comportasse l'avvio di un TSO. (99) Le autorità italiane hanno chiarito in passato che non esiste un nesso consequenziale, oggettivo e causale tra l'imposizione di un TSO, data la sua pura natura terapeutica, e la contenzione meccanica di un paziente psichiatrico.

In genere, un braccio del paziente veniva temporaneamente liberato per la somministrazione di cibo e, nel caso in cui i pazienti avessero bisogno di urinare, venivano utilizzate bottiglie di plastica per orinatoi o assorbenti monouso.

La misura veniva monitorata da un'infermiera ogni 15 minuti o un'ora e da uno psichiatra ogni due o quattro ore, e parametri come lo stato di agitazione, (100) la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e il livello di pulsossimetria venivano accuratamente monitorati e registrati nelle relative cartelle. I pazienti bloccati potevano essere sottoposti a iniezioni coatte di farmaci sedativi. Inoltre, i protocolli della Lombardia e del Lazio prevedevano la somministrazione di una terapia anticoagulante dopo 12 ore di contenzione e l'approvazione scritta del direttore dell'SPDC per ogni estensione oltre le 24 ore. Presso gli SPDC di Milano Niguarda, Melegnano e Roma San Camillo (101) esistevano registri dedicati alla contenzione, mentre non esisteva alcun registro presso l'SPDC di Cinisello Balsamo.

Per quanto riguarda gli eventi critici verificatisi durante un periodo di contenzione meccanica, i registri consultati dalla delegazione non segnalavano in genere alcun allarme specifico. Tuttavia, un paziente di nazionalità tunisina era stato sottoposto a contenzione meccanica per un periodo di cinque giorni dal momento del ricovero presso il SPDC di Ostia, il 23 novembre 2021, fino al decesso, dovuto a una presunta insufficienza cardio-respiratoria, il 28 novembre 2021 presso il SPDC di Roma San Camillo. Al momento della visita del 2022, era in corso un'indagine giudiziaria. Il Direttore del SPDC di Roma San Camillo ha informato la delegazione che il paziente era stato costantemente monitorato dal personale.

Note

96 Ad esempio, nel SPDC di Milano Niguarda si è fatto ricorso alla contenzione meccanica 308 volte nel corso del 2021 e 58 volte fino a marzo 2022. Dall'esame dei registri è emerso che in 19 casi la misura aveva superato la durata di 40 ore. Presso l'SPDC di Roma San Camillo, dove un registro dedicato era stato introdotto solo nei mesi precedenti la visita del CPT, la contenzione meccanica era stata utilizzata 24 volte per 14 pazienti nei primi tre mesi del 2022 per periodi che andavano da 4,5 a 89 ore.

97 Ad esempio, un cittadino tunisino ricoverato presso l'SPDC di Milano Niguarda è stato sottoposto a contenzione sette volte nel corso del mese di marzo 2022 per periodi che andavano dalle 20 alle 67 ore. Il suo status di paziente volontario ricoverato non era mai stato rivisto.

98 Tutti i letti dell'ospedale erano attrezzati per l'applicazione di cinghie con chiusura a velcro.

99 Se si trattava di un paziente volontario.

100 In conformità con la scala di violenza Broset, che è una lista di controllo a 6 voci che aiuta a prevedere l'imminente comportamento violento di una persona.

101 Dal gennaio 2022 è stato introdotto un registro dedicato alla contenzione meccanica a seguito di una raccomandazione dell'NPM.

Come già accennato, le autorità sanitarie lombarde sono tra le regioni (102) che assicurano un monitoraggio accurato, la registrazione e l'analisi qualitativa dei dati sulla contenzione dei pazienti con disturbo mentale che, insieme alle attività di formazione mirata del personale, indicano un reale impegno verso un approccio di tipo riduttivo. I dati hanno mostrato una leggera riduzione progressiva negli ultimi anni. Ad esempio, il numero di pazienti sottoposti a contenzione meccanica a livello regionale era diminuito da 1 156 nel 2018 a 914 nel 2021, mentre il numero di misure di contenzione era diminuito solo da 2 557 a 2 406. Tuttavia, la percentuale complessiva di pazienti sottoposti a contenzione rispetto al numero complessivo di ricoveri è rimasta stabile all'8% e il numero medio di misure per ogni paziente sottoposto a contenzione è aumentato da 2,2 a 2,6 nello stesso periodo di tempo.

Nella loro risposta alle osservazioni preliminari della delegazione, le autorità sanitarie regionali lombarde hanno ribadito il loro impegno a ridurre il ricorso alla contenzione. Hanno inoltre sottolineato che le numerose e prolungate misure di contenzione registrate presso il SPDC di Milano Niguarda sono dovute alla popolazione difficile e variegata in termini di profilo sociale dei pazienti di una specifica area metropolitana come Milano.

Per quanto riguarda l'SPDC di Melegnano, che ha adottato una politica di "non contenzione" privilegiando le misure di de-escalation e di cooling off per diminuire la necessità di ricorrere alla contenzione, la delegazione ha riscontrato un ricorso alla misura della contenzione significativamente inferiore rispetto agli SDPC vicini, nonostante coprano un bacino d'utenza più ampio. (103) Tale risultato è in parte dovuto all'applicazione di misure di de-escalation e alla valutazione del livello di aggressività dei pazienti sulla base di specifiche tabelle di valutazione del rischio di contenzione.

Ciononostante, la delegazione ha osservato una pratica che consisteva nella somministrazione di un forte sedativo a pazienti in grave stato di agitazione, equivalente alla contenzione chimica, presso l'unità di emergenza dello stesso ospedale. La contenzione chimica in questione veniva decisa dal medico di turno e veniva somministrata e monitorata da un anestesista in un'apposita shock room del dipartimento di emergenza. (104) Al risveglio, i pazienti venivano normalmente trasferiti all'SPDC. Alcuni pazienti incontrati dalla delegazione presso l'SPDC di Melegnano e sottoposti alla suddetta contenzione chimica negli ultimi mesi hanno dichiarato di ritenere questa pratica non meno intrusiva e traumatica della contenzione meccanica.

Il Comitato nutre serie preoccupazioni riguardo alla pratica di somministrare forti sedativi a pazienti agitati nella shock room del pronto soccorso dell'Ospedale di Melegnano-Predabissi e ritiene che tale contenzione chimica, somministrata per ridurre il livello di agitazione e contenere il paziente in questione, richieda un monitoraggio rigoroso e una registrazione accurata.

Il CPT desidera ricevere informazioni dalle autorità sanitarie regionali della Lombardia sul protocollo di contenzione chimica dei pazienti in vigore a Melegnano, compreso il monitoraggio e la supervisione precisi della misura, nonché le statistiche sulla sua applicazione nei confronti dei pazienti con disturbo mentale ricoverati nell'unità di emergenza.

Note

102 Un approccio simile era stato adottato dalle autorità sanitarie delle Regioni Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento.

103 Nel corso del 2022 non è stata applicata alcuna contenzione meccanica, mentre nel corso del 2021 ne sono state effettuate cinque nei confronti di tre pazienti per una durata massima di 64 ore. La delegazione ha potuto verificare che la registrazione e il monitoraggio della misura erano accurati e le ragioni della sua applicazione erano giustificate nelle relative cartelle dei pazienti.

104 La contenzione chimica in questione consisteva in Propofol e Midazolam.

Presso l'SPDC di Melegnano la delegazione è stata informata che in caso di prolungati e ripetuti comportamenti auto ed etero-aggressivi dei pazienti o del loro rifiuto di accettare interventi terapeutici se sottoposti a TSO, il personale sanitario ricorreva occasionalmente (105) alla chiamata di una pattuglia dei Carabinieri in quanto riteneva che la semplice presenza di agenti di polizia in divisa nel reparto avesse un effetto benefico sul comportamento dei pazienti (cioè di de-escalation delle tensioni). Tali interventi sono stati registrati solo nel registro giornaliero degli infermieri del reparto SPDC.

Il CPT non contesta il fatto che, in casi del tutto eccezionali, l'assistenza delle forze dell'ordine possa essere necessaria in un reparto SPDC per prevenire gravi disordini e minacce all'integrità personale dei pazienti e del personale. (106) Detto questo, nel caso in esame, mette in dubbio il ricorso alla presenza delle forze dell'ordine presso l'SPDC allo scopo di calmare i pazienti, poiché tali agenti non sono addestrati a gestire pazienti agitati e il loro intervento ha un elevato rischio di intimidire i pazienti presenti nel reparto. Inoltre, non è stata effettuata una registrazione accurata di tali interventi.

Il Comitato raccomanda di riconsiderare la prassi di invitare una pattuglia di Carabinieri presso l'SPDC allo scopo di calmare i pazienti agitati, subordinandola all'adozione di un protocollo di cooperazione tra il DSM e le forze dell'ordine competenti. Il protocollo in questione dovrebbe, tra l'altro, regolamentare l'accurata registrazione nei relativi registri e le circostanze eccezionali di tali interventi.

I risultati della visita del 2022 evidenziano la necessità di un nuovo impulso da parte delle autorità nazionali e regionali per mantenere il loro impegno a ridurre gradualmente e in modo coerente, fino ad eliminare, il ricorso alle misure di contenzione dei pazienti negli SPDC. A questo proposito, vanno riconosciute positivamente le misure adottate da alcune autorità sanitarie regionali come la Lombardia in termini di monitoraggio, registrazione, formazione del personale e adozione di protocolli completi sulla contenzione. Tuttavia, negli SPDC visitati sono stati riscontrati ancora troppi episodi prolungati e ripetuti di contenzione dei pazienti.

Il Comitato esprime preoccupazione per il vuoto giuridico di fatto in cui viene applicata una misura così invasiva, che solleva dubbi sulla sua conformità con l'articolo 13 della Costituzione, in particolare alla luce dell'assenza di un controllo giudiziario. Inoltre, il Comitato ritiene che l'ampio ricorso all'articolo 54 del CC, (107) che è una norma di salvaguardia per l'esenzione della responsabilità penale del personale, sia applicato senza una valutazione rigorosa dei criteri di pericolo imminente, proporzionalità e residualità, come stabilito dall'articolo 54.

Secondo il CPT, tali criteri difficilmente possono essere applicati a pazienti che vengono trattenuti per giorni e giorni e che appaiono stabili e collaborativi con il personale, come dimostrano le relative tabelle di monitoraggio esaminate dalla delegazione. (108) Inoltre, il Comitato è preoccupato per il fatto che non vi sia un approccio uniforme né una comprensione da parte delle autorità italiane della necessità di avviare una procedura di TSO in caso di contenzione di un paziente ricoverato volontariamente.

Note

105 Quattro o cinque volte all'anno.

106 Ad esempio, nell'ambito della procedura per l'applicazione di una misura di TSO, diversi DSM a livello nazionale hanno stipulato un protocollo di collaborazione con le forze dell'ordine competenti in vista del loro intervento in caso di gravi disagi causati da pazienti in grave stato di agitazione, sia nel dipartimento di emergenza che in un reparto SPDC di un ospedale.

107 Una percentuale di circa 2.400 contenzioni in Lombardia nel corso del 2021 suggerisce una ragione di circa 13.600 misure all'anno a livello nazionale (la Lombardia ha infatti rappresentato il 17,57% di tutti i ricoveri in un SPDC nel corso del 2020).

108 A questo proposito, si veda anche la decisione della Corte europea dei diritti dell'uomo nel caso Aggerholm vs. Danimarca del 15 dicembre 2020, che nasce da un reclamo di un paziente con disturbi mentali trattenuto in un letto per motivi ingiustificati. La Corte ha concluso che un pericolo potenziale non può essere equiparato a un pericolo immediato o imminente in termini di decisione di immobilizzare un paziente in un letto.

Il CPT raccomanda che le autorità italiane, nel contesto dei loro sforzi per la progressiva riduzione del ricorso alla contenzione meccanica dei pazienti con disturbi mentali, adottino linee guida uniformi e obbligatorie a livello nazionale, tenendo conto dei precetti sopra citati. Si dovrebbe prestare attenzione all'esplorazione di alternative valide alla contenzione, al chiarimento delle garanzie giuridiche applicabili in termini di supervisione giudiziaria e di durata massima della misura, e a un'interpretazione più rigorosa dell'articolo 54 del Codice Penale.

Inoltre, il CPT ribadisce la raccomandazione che, ogni volta che viene imposta la contenzione meccanica a un paziente ricoverato volontariamente, venga avviata di conseguenza la procedura per l'imposizione di un TSO. Ciò dovrebbe garantire le necessarie tutele legali previste dalla Legge n. 833 del 1978 e anche il controllo giudiziario della misura che è, tra l'altro, richiesto dall'articolo 13 della Costituzione.

Garanzie

All'inizio della visita, la delegazione è stata informata che il numero complessivo di TSO era in diminuzione e ammontava a 5.398 nel 2020 (pari al 7% del numero totale di ricoveri negli SPDC). A questo proposito, il Ministero della Salute aveva incaricato il gruppo di lavoro di elaborare una serie di misure per ottenere una più uniforme applicazione delle procedure di TSO, al fine di evitare squilibri regionali e rafforzare le tutele per i pazienti (cfr. paragrafo 171).

La situazione in relazione alla procedura applicata e alle garanzie giuridiche riguardanti l'applicazione di un TSO a un paziente psichiatrico presso gli SPDC visitati non è cambiata rispetto alla visita del 2016 del CPT. In particolare, la richiesta di attivazione di un TSO e la sua convalida vengono firmate da psichiatri dello stesso DSM e contengono, in linea di massima, una descrizione accurata dello stato del paziente e delle circostanze che hanno portato alla sua attivazione. (113) Tuttavia, sia l'ordinanza emanata dal Sindaco entro 48 ore dall'avvio della procedura sia la convalida del giudice tutelare hanno continuato a consistere in un formato standardizzato e ripetitivo, senza alcuna indicazione di una reale valutazione individuale di ciascun caso. In particolare, i giudici tutelari non si sono mai recati in visita agli SPDC per incontrare personalmente il paziente, né hanno tenuto alcuna udienza con loro. Inoltre, i provvedimenti del giudice tutelare non venivano sempre inserite nelle cartelle cliniche dei pazienti.

Inoltre, tutti i pazienti incontrati dalla delegazione del CPT che erano o erano stati recentemente sottoposti a un TSO hanno dichiarato di non essere stati informati dell'imposizione della misura, della sua cessazione o di eventuali rinnovi, né di aver ricevuto alcuna documentazione in merito. Tutti loro non erano a conoscenza delle possibili procedure di reclamo o di come contestare le decisioni giudiziarie dei loro TSO. (114) Inoltre, la delegazione ha riscontrato che solo presso l'SDPC di Melegnano esisteva un registro apposito dei provvedimenti di TSO.

Il CPT invita le autorità italiane ad agire (anche a livello legislativo) per garantire che, nel contesto di una procedura iniziale di TSO e in relazione a qualsiasi proroga del provvedimento:

- i pazienti siano prontamente informati del loro status giuridico (compresa la cessazione del TSO o il suo rinnovo), dei diritti fondamentali e delle possibilità di presentare reclami in conformità con le disposizioni della legge n. 833 del 1978;
- i pazienti vengono di norma ascoltati personalmente dal giudice tutelare competente, preferibilmente nei locali dell'ospedale;
- le cartelle cliniche dei pazienti contengano la documentazione completa relativa alla procedura di imposizione di un TSO (ovvero, certificato medico iniziale, convalida del secondo medico, ordinanza del Sindaco, convalida del giudice tutelare);
- un registro specifico delle imposizioni di TSO avviate in ambito ospedaliero sia creato e conservato presso ciascun SPDC a livello nazionale.

La delegazione ha preso atto con soddisfazione della presenza di opuscoli informativi (che illustrano le regole interne che disciplinano la vita negli SPDC) presso gli SPDC di Melegnano e Cinisello. (115) Gli opuscoli informativi sono stati distribuiti ai pazienti e controfirmati dagli stessi al momento del ricovero, sia in regime di TSO che di ricovero volontario. Detto questo, le schede non contenevano informazioni sui diritti fondamentali dei pazienti previsti dalla legislazione per quanto riguarda questioni quali le vie di reclamo contro la procedura di TSO, lo status giuridico del paziente o il consenso alle cure. Negli SPDC di Milano Niguarda e Roma San Camillo non erano presenti schede informative e i pazienti sembravano non essere informati sulle regole della struttura, sul loro status giuridico, sull'avvio o la cessazione della misura di TSO o su eventuali vie di reclamo.

Note

113 Oltre alla natura del disturbo mentale, gli psichiatri hanno descritto in generale le circostanze del suo insorgere e l'assenza di un'alternativa disponibile.

114 I pazienti sottoposti a procedura di TSO possono presentare reclamo al tribunale competente contro l'ordinanza del sindaco, nonché contro la decisione del giudice tutelare ai sensi dell'articolo 35 della legge n. 833 del 1978.

115 A Cinisello SPDC tali moduli erano disponibili in diverse lingue straniere.

Il CPT raccomanda di redigere e distribuire a tutti i pazienti al momento del ricovero, nonché ai loro familiari, un opuscolo informativo, disponibile in diverse lingue, che illustri la routine della struttura e i diritti dei pazienti, comprese le informazioni sull'assistenza legale, la possibilità di riesaminare il proprio ricovero (e il diritto del paziente di contestarlo), il consenso al trattamento e le procedure di reclamo. I pazienti non in grado di comprendere questo opuscolo dovrebbero ricevere un'assistenza adeguata e il contenuto dovrebbe essere adeguatamente adattato a una categoria di pazienti così vulnerabile. Ulteriori sforzi dovrebbero essere fatti per fornire ai pazienti stranieri informazioni sul loro trattamento e sulla loro situazione in una lingua a loro comprensibile.

Per quanto riguarda il consenso alle cure, i moduli standard che descrivono il consenso libero e informato alle cure e agli interventi terapeutici, firmati dai pazienti o dai loro tutori/amministratori di sostegno, erano presenti nelle cartelle cliniche dei pazienti degli SPDC visitati e, in linea di principio, venivano forniti loro al momento del ricovero.

Altri aspetti

Ricoveri prolungati

Presso il SPDC di Roma San Camillo, quattro dei nove pazienti erano stati ricoverati per periodi indefiniti in condizioni che alla delegazione sono apparse inadeguate, in quanto chiaramente non in linea con la vocazione e il profilo terapeutico di questo tipo di struttura per acuti. Tre di loro erano pazienti forensi sottoposti a una misura di sicurezza ai sensi dell'articolo 216 del CC ed erano detenuti temporaneamente nell'SPDC in attesa dell'apertura di un posto in una REMS. Al momento della visita, erano stati ricoverati nell'SPDC per periodi rispettivamente di nove, sette e quattro mesi. I pazienti in questione si trovavano in condizioni stabilizzate dopo gli episodi acuti iniziali dei loro disturbi, ricevevano esclusivamente farmacoterapia e non ricevevano alcun tipo di attività riabilitativa né di consulenza individuale e non avevano accesso all'esercizio fisico all'aperto da diversi mesi.

Il CPT rimanda alle osservazioni e alle raccomandazioni formulate nei paragrafi 116-118 in merito al rapido trasferimento dei pazienti con disturbi mentali sottoposti alla misura di sicurezza del collocamento in REMS. Inoltre, alla luce delle limitate cure disponibili nell'SPDC, il CPT raccomanda che vengano prese misure per trasferire rapidamente questi pazienti in una REMS e che nel frattempo venga loro offerto l'accesso all'esercizio fisico all'aperto su base giornaliera.

Un altro paziente, affetto da una forma grave e resistente al trattamento di schizofrenia paranoide, era stato ricoverato in SPDC per 14 anni, con diversi intervalli di collocazione in comunità di cura residenziali. Il suo nuovo collocamento in una comunità di cura residenziale protetta era stato rifiutato a causa del suo comportamento aggressivo e non collaborativo. Il paziente riceveva assistenza quotidiana, 24 ore su 24, da un team di personale di una cooperativa che lo aiutava nelle sue attività quotidiane e lo accompagnava spesso a fare passeggiate nelle strutture esterne dell'ospedale. La direzione dell'SPDC riteneva che, alla luce del suo stato di degrado, il paziente non potesse più beneficiare esclusivamente di cure farmacologiche, come quelle offerte dall'SPDC, e avesse bisogno di interventi terapeutici più complessi e adattati.

Il CPT raccomanda che le autorità italiane e regionali del Lazio si attivino per trasferire questo paziente in un'adeguata struttura residenziale protetta, dove venga elaborato un programma terapeutico individuale di assistenza e riabilitazione per le sue specifiche esigenze e diagnosi psichiatriche.

Contatto con l'esterno

In tutti gli SPDC visitati, i pazienti hanno avuto accesso ai loro telefoni cellulari per periodi prolungati durante il giorno e le strutture telefoniche erano disponibili anche nelle stanze comuni.

I pazienti avevano il diritto di ricevere quotidianamente le visite dei loro familiari, a condizione che fossero in possesso della necessaria certificazione Covid-19 e indossassero maschere facciali. Nel SPDC di Milano Niguarda, i visitatori erano ammessi in una delle stanze comuni, mentre negli altri tre SPDC le visite si svolgevano davanti alla porta d'ingresso protetta del reparto attraverso una finestra aperta, con il paziente e i visitatori che dovevano rimanere in posizione eretta.

Il CPT raccomanda che, alla luce del graduale e progressivo allentamento delle restrizioni legate alla Covid-19, le modalità di visita presso gli SPDC siano riviste per consentire l'accesso ai visitatori che indossano una protezione adeguata ai locali comuni della struttura su base giornaliera.

Procedure di reclamo e di ispezione

I pazienti con disturbi psichici hanno lo stesso diritto di presentare reclami in relazione al loro trattamento presso l'SPDC, alla luce della legislazione, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) del rispettivo ospedale,

come qualsiasi altro paziente. La delegazione del CPT ha esaminato una serie di reclami e ha accertato che sono stati adeguatamente trattati dall'URP entro 30 giorni e che il feedback è stato fornito ai pazienti per iscritto.

Dal 2017 l'NPM effettua visite regolari agli SPDC e ad oggi rimane l'unico organo di controllo indipendente che effettua ispezioni. In diversi rapporti di visita, l'NPM ha riscontrato problemi di accesso alle strutture in varie regioni a causa della scarsa conoscenza del suo mandato da parte della direzione. Inoltre, l'NPM ha richiesto la creazione di uno speciale sistema di notifica di ogni TSO imposto a livello nazionale, al fine di monitorarne l'esecuzione.

Il CPT desidera essere informato sullo stato di attuazione della raccomandazione dell'NPM sulla creazione di un registro/database dei TSO a livello nazionale per consentirne il monitoraggio.