



KOINè  
NUOVE EDIZIONI

**Nunzia Manicardi**

# Italiani da slegare

Contenzione la vergogna del silenzio



*Prefazione di Nicolino D'Autilia*  
*Postfazione di Francesco Miraglia*

*Storia e storie*  
collana diretta da Gianni Fara

*Nunzia Manicardi*  
Italiani da slegare

ISBN 978-88-89828-07-6  
©copyright by Koinè/nuove edizioni  
prima edizione gennaio 2010

**KOINÈ**  
NUOVE EDIZIONI

*Direzione, Redazione e Sede Legale*  
00144 Roma, Viale della Grande Muraglia 95  
tel. 06.52247979 fax 06.52244280  
email: [info@edizionikoine.it](mailto:info@edizionikoine.it)  
sito internet: [www.edizionikoine.it](http://www.edizionikoine.it)

*Coordinamento editoriale*  
Madrilena Lioi  
Simona Di Pancrazio

*Copertina*  
Federica Zambon

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati.

This book is Copyright and may not be reproduced in whole or in a part without the express permission of the publishers in writing.

**Nunzia Manicardi**

# **Italiani da slegare**

**Contenzione, la vergogna del silenzio**

*Prefazione di Nicolino D'Autilia*

*Postfazione di Francesco Miraglia*



*Con la collaborazione di:*

dr. Giorgio Antonucci

avv. Stefania Cerasoli

dr. Valter Fascio

dott.ssa Claudia Giovannelli

dr. Giuseppe Messina

dott.ssa Simona Valgimigli

AIOL (Associazione Infermieronline)

CCDU (Comitato Cittadini per i Diritti Umani)

e Altri

## Indice

9	<i>Prefazione</i> del dr. Nicolino D’Autilia
13	Alice è tornata
17	Nel buio della mente, nel silenzio dei nostri cuori
20	Sette giorni legato al letto, poi la morte
23	Che cos’è la contenzione
25	Il catalogo delle sofferenze
28	Manette di gomma, pasticche e pistole elettriche
36	È proprio necessario?
38	Si può dire di no?
41	La cortina del silenzio
43	T.S.O.!
45	Storie da letto (di contenzione)
46	I limiti legali
49	Le altre emergenze
50	T.S.O. per uno sfratto
51	Madre in T.S.O. perché le sottraggono il figlio
52	Il consenso informato
53	I parenti denunciano
55	Dal Sud al Nord sale la protesta
57	Non legacci ma legami
59	Il videoshock del CCDU
60	Estremi di reato
62	“Far finta di essere sani...”
64	Il campanello rotto
65	Alice era andata via
69	Ma quanti sono i “matti” italiani?
70	Reazione a catena
70	Le regole del gioco
71	Un secolo di divieti. Inutili?
73	Il testamento psichiatrico di Thomas Szasz
75	Istruzioni di autodifesa
79	E intanto, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
80	Storie dimenticate troppo in fretta
82	La falce di <i>Papa Rocco</i>
84	Il neo-manicomio
88	Che ne sarà di quella piccola grande donna

90	No alle ideologie!
93	Reclusione o assistenza?
98	Noi infermieri
100	“Stai lontano!”
104	I “nati per caso”
107	Spegnere il cellulare, ovvero: la comunicazione terapeutica
110	Le “cattive pratiche” sono solo quelle degli altri?
111	Paura, amore e voglia di vivere
126	La morte di Pan, la paura del “diverso”
128	Nel teatrino dell’urgenza
129	L’animale che è in noi
130	Il ciclo dell’aggressività
131	Scavare nel passato, scavare nel profondo
132	Evitare il conflitto
133	La paura dell’eroe
134	La paura nel ricordo
135	I matti hanno ragione?
141	Fiori di campo
142	Il luogo dell’urlo, ovvero: breve storia della contenzione
146	Terapia coniugale
147	Il Reparto Quattordici
151	Per un mondo migliore
154	Un vero matrimonio
157	<i>Postfazione</i> dell’avv. Francesco Miraglia
173	<i>Bibliografia e riferimenti</i>

*“La contenzione si presenta quando le persone, ancora prima dei pazienti,  
non sono trattate nel modo giusto, adeguato e conforme ai loro bisogni...”*

(Bruno Bettelheim)



## *Prefazione*

### **Una scelta di campo**

Dobbiamo con molta franchezza ammettere che ci vuole coraggio e decisione nell'affrontare temi come quelli della contenzione dei pazienti. O meglio dei cittadini, perché di questo si tratta. I valori in campo sui quali si gioca la partita della dignità delle persone e del rispetto delle regole sono di assoluto rilievo e vanno dai principi costituzionali alle norme etiche.

Eppure la contenzione resta un argomento scomodo e per questo da evitare accuratamente. Salvo riapparire come d'incanto ogniqualevolta sulle prime pagine dei giornali scoppia "il caso". E allora la macchina mediatica si mette in moto con grande fragore e stritola chiunque si trovi sul proprio cammino, poi d'un tratto di nuovo si ferma. E di nuovo è silenzio, un silenzio che copre ogni cosa, ogni persona, ogni atto che si compie all'interno degli ospedali, delle strutture protette, delle case. Fino al nuovo "caso".

La contenzione resta un tema scomodo. Scomodo perché costringe le menti a ragionare e a valutare i rischi e i benefici, scomodo perché in campo ci sono valori come le libertà individuali, scomodo perché configge con le coscienze di quanti si occupano del paziente da limitare, da contenere appunto. Le percentuali che attengono alla fenomenologia della contenzione sono delle più disparate né potrebbe essere diversamente. Di certo negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento delle iniziative di aggiornamento prima e di formazione poi del personale sanitario e parasanitario su un tema così pregnante. Si sono moltiplicati i gruppi di lavoro costituiti dalle varie professionalità coinvolte e con l'obiettivo dichiarato di approfondire le criticità individuando linee guida di comportamento condivise. È uno sforzo che implica forte senso di responsabilità non disgiunto dalla consapevolezza di doversi mettere in gioco con le proprie certezze e soprattutto con le proprie abitudini.

Le cause di un fenomeno così difficilmente quantificabile sono numerose: la scarsa o nulla formazione universitaria e post-universitaria, l'incremento ormai esponenziale delle persone anziane, l'aumento degli anziani con deficit cognitivi, il tema della responsabilità medica sotto il profilo legale e assicurativo. Ma sullo sfondo, non dimentichiamolo, vi è la profonda crisi del modello sociale che ha retto il nucleo centrale della famiglia fino a pochi anni fa. Se gli anziani sempre più spesso vanno "ospiti" nelle strutture pro-

tette è semplicemente perché o sono rimasti soli o non esiste più un familiare di riferimento, un figlio ad esempio, che possa essere il naturale *care-giver*. Le difficoltà economiche fanno il resto.

L'approfondimento del tema della contenzione costituisce una scommessa in primo luogo con noi stessi e poi con la Società che nel bene e nel male rappresentiamo tutti. La raccolta di Nunzia Manicardi con i contributi e le "storie in libertà" – come le si potrebbe definire con un po' di fantasia – rappresenta un buon terreno di confronto e nel contempo di approfondimento per tematiche che purtroppo non hanno il dono della soluzione a portata di mano.

Quando otto anni fa si costituì a Modena, per iniziativa dell'Ordine dei Medici, un tavolo tecnico per affrontare questi problemi che ancora una volta avevano avuto l'onore delle prime pagine dei giornali locali, si individuaron ben presto numerosi filoni di interesse, non ultimo quello della scarsità del personale dedicato alle cure sanitarie degli anziani, ma non solo, sia negli ospedali che nelle strutture protette. E si sottolineò proprio come uno dei principi guida fosse che non si doveva ricorrere alla contenzione fisica dei pazienti come misura "alternativa" o comunque "suppletiva" di una carenza strutturale del servizio. Una tale impostazione valorizzava di conseguenza le responsabilità dei gestori della cosa pubblica sia sul versante sociale che su quello sanitario.

Ma la disamina delle problematiche in campo non sarebbe completa se non si facesse un sia pur minimo cenno a quella che io credo sia la vera contenzione, quella "farmacologica". In realtà la contenzione fisica è costantemente visualizzabile e per questo relazionabile per cui il suo impatto emotivo è indiscutibilmente maggiore, ma quante gocce e quanti sciroppi sono stati somministrati – spesso senza il necessario consenso – a ignari pazienti per limitarne comportamenti ritenuti lesivi per sé e per gli altri... La terapia farmacologica fa parte della routine di un ospedale e di una struttura protetta per anziani e qualche farmaco in più per sedare una specifica aggressività non costituisce motivo né di scandalo né di particolare preoccupazione etica. O no?

Ecco, questo per dire che la contenzione è come un mostro dalle mille teste e bisogna avere la pazienza di eliminarle tutte, una ad una, o comunque eliminarne il maggior numero possibile.

Il criterio ispiratore infatti non può non essere il rispetto della Vita e della Libertà dell'individuo sancito nella Costituzione Italiana e in numerose Convenzioni internazionali e Dichiarazioni di principi etici e bioetici. Anche

se poi, alla fine di ogni ragionamento anche il più sottile dal punto di vista intellettuale, resta al fondo di questo tema così distruttivo per le nostre coscienze una sola incontrovertibile verità: quando si “contiene” una persona bisogna sempre pensare che in quel momento si sta profondamente alterando un rapporto naturale, una relazione che è e resta tra Uomini con la U maiuscola.

Nicolino D’Autilia

Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena,  
past-president del Comitato Etico di Modena.

Da sei anni è componente del Comitato centrale FNOMCEO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e in questa veste rappresenta i medici italiani all’estero: Bruxelles, Medio Oriente, UE ecc.



## Alice è tornata

Nonostante il silenzio, e la barriera che lo circonda, ogni tanto qualche voce riesce a sfuggire e ad arrivare fino a noi prima che sia troppo tardi. Come quella di Alice, che si è fatta sentire anch'ella attraverso quel formidabile strumento di comunicazione che è internet, dal quale così si presenta: “Mi chiamo Alice Banfi, ho 28 anni e un diploma d'arte di illustratrice e designer, sono una pittrice e sono una paziente psichiatrica. Soffrivo di disturbo *borderline* di personalità, ora continuo a soffrirne ma cerco di conviverci. Vi spiego io che cos'è la contenzione... Io, che l'ho vissuta”.

“Circa un anno e mezzo fa ho fatto la mia prima testimonianza. Da quel momento in poi la consapevolezza di quanto segue e la mia voglia di lottare per la difesa dei diritti degli uomini e delle donne che soffrono di un disagio mentale è cresciuta.

Il primo ricovero a vent'anni: entrata nel reparto psichiatrico dell'ospedale, ho capito che ero all'inferno e che non mi sarei mai salvata; che l'unica via di fuga era la morte. Mi sentivo circondata da veri matti, i medici, che chiamavano cura le torture che m'infliggevano di continuo: contenzioni fisiche, psicologiche e farmacologiche.

Lì nessuno mi ha mai spiegato il perché, nessuno mi ha mai spiegato cos'avevo, nessuno mi ha mai spiegato veramente come guarire. Quello che loro mi dicevano era che la mia malattia era una malattia genetica scritta nel mio dna, dalla quale non si poteva guarire.

Quando ero in SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) combattevo con tutte le mie forze per trovare un'altra via di fuga che non si limitasse alla finestra lasciata aperta per sbaglio dall'insergente o a sgattaiolare dal passavivande della cucina. La mia arte era sicuramente il modo migliore per scappare, per protestare, per farmi sentire, ed anche per coinvolgere gli altri sofferenti come me. Passavo giornate intere a dipingere quel corridoio, e le persone a me care che lo abitavano. Addobbavo la mia stanza con fiori, pigne, disegni e figure. Una volta feci un meraviglioso collage, ci misi tre giorni e tre notti e lo appesi... Percorreva tutto il perimetro della mia stanza come una tappezzeria, vennero tutti a vederlo e sprigionava gioia. Venne anche il primario a vederlo... e a ordinare di toglierlo; ‘queste cose’ disse ‘in ospedale non si fanno’. La mia opera fu distrutta. Lo odiai. Tornai sull'idea che l'unica via di fuga era la morte e mi tagliai le vene. Mi salvarono, mi fecero una bella trasfusione e mi legarono al letto, per sicurezza, e per un tempo infinito...

Mi ritirarono tutti i fogli, i libri e i colori, che mi vennero restituiti quando

promisi che sarei stata brava e adeguata all'ospedale. Restituii tutte le lamette... o quasi... ed ebbi indietro il mio materiale. Dio, quanto li odiavo, perché dovevo fidarmi di loro? E poi le lamette mi servivano: a liberare i miei amici dalle fascette, perché tutti venivamo legati a rotazione per i motivi più disparati. E le fascette erano sempre lì, appese alle balaustre dei nostri letti, pronte per essere utilizzate. Come si incazzavano medici e infermieri quando le tagliavo via! Col risultato che il mio amico o la mia amica, finalmente libero, si poteva finalmente rannicchiare sul fianco; rimaneva però immobile nel letto con la paura di venir legato ancora una volta, se scoperto dal personale, cosa che accadeva quasi sempre. Io, come probabilmente altri, quando venivo contenuta, cioè legata mani e piedi, non mi arrendevo. Mi contorcevo, fino ad arrivare con la bocca alla fascetta della mano destra. Mordevo lo scotch che era fissato in molti giri attorno alla fascetta per renderla più stretta per il mio polso... mi liberavo... e con la destra liberavo la sinistra. In fine i piedi... che, essendo magra, riuscivo a sfilare, bagnandomi di saliva i talloni e forzando, tirando più che potevo. Ci mettevo ore a liberarmi. Gli infermieri sorpresi mi chiamavano Houdini; e ci mettevano 5 minuti a contenermi di nuovo, anche con lo spallaccio... Lo spallaccio è un lenzuolo arrotolato che viene passato dietro al collo, poi sotto le ascelle... in fine viene legato dietro e sotto la spalliera del letto da due infermieri. Il nodo del lenzuolo viene bagnato con un'intera bottiglia d'acqua, così che non si possa sciogliere. Il risultato è la totale immobilità. Gambe, braccia e busto fino alla testa... bloccate.

Quando mi trovavo così, inchiodata a quel materasso, non mi restavano che le urla, il pianto... poi il silenzio e l'attesa. Ma non mi arrendevo, facevo resistenza quando gli infermieri mi stringevano lo spallaccio... riuscivo ad allentarlo, poi a contorcermi nuovamente; riuscivo a far passare la testa sotto il lenzuolo, e di nuovo lavorare per liberarmi mani e piedi. Ci riuscivo, finalmente... ed ancora si riapriva quella porta... E più stretta, ogni volta, venivo rilegata.

Per sopravvivere lì dentro io continuavo a lottare, ad attingere dalle mie capacità. Facevo collanine colorate assieme agli altri amici del corridoio e ci mettevamo in quel salone gelato a coprire il rumore della ventola con un po' di musica e di chiacchiere, parlavamo, leggevamo e fumavamo a non finire. Una volta abbiamo sottratto un orribile quadro (l'unico) dalla sala mensa, che ci osservava ormai da mesi; rappresentava il volto di una donna triste, con una grossa lacrima che scendeva giù, giù, fino al mento. Straziante, in stile piccola fiammiferaia. E tutti in collaborazione lo abbiamo

tolto dalla cornice, abbiamo fatto un simpaticissimo collage provocatorio pieno di tette, culi e frasi ironiche. Insomma, il quadro della donna depressa era un insulto alla nostra intelligenza. E così, quatti quatti, l'abbiamo sostituito e riappeso in mensa. A voi fantasticare, sulle reazioni del personale. Noi ci siamo divertiti da matti! Insomma, la mia materia è l'arte ma tutte le persone che erano lì con me, se coinvolte, stimolate, erano piene di risorse.

Tornando a noi, abitanti del corridoio, quando gli sforzi per renderlo meno grigio e inumano diventavano troppo evidenti, subentravano le minacce di venir puniti: sedati e legati... uno bastava da esempio per tutti. E calavano le tenebre su di me, tornavo a voler sparire, a camminare avanti e indietro per il corridoio guardando quei due orologi con due ore diverse ed entrambe sbagliate, tanto per essere più confusa; e fumavo, fumavo, fumavo, perché almeno questo era concesso. Ma, tra una testata nel muro e una trasfusione, non ho mai smesso di lottare, di dipingere, di raccogliere fiori e regalarli, di ascoltare la musica e le persone.

Invece le mie risorse sono state del tutto messe da parte dai miei curanti in ospedale. Dopo 340 giorni continuativi in SPDC, di fughe, rientri, contenzioni, farmaci e disperazione, il primario del mio reparto fu chiaro con mia madre: 'Sua figlia è un caso terminale, o si ammazza lei o la uccidiamo noi con i farmaci; non c'è nessuna possibilità, potrebbe averne forse una su un milione, ma neanche, quindi è meglio che se la porti a casa, noi la dimettiamo'.

Il personale dell'ospedale disse a mia madre di prepararsi, di cominciare subito ad elaborare il lutto, che così sarebbe stato meno doloroso. Sembra assurdo, queste persone hanno fatto di tutto per evitare la mia cura e non offrirmi alternative.

Dopo la dimissione dall'SPDC e nessuna indicazione per il futuro e visto il permanere della mia malattia, un familiare ci consigliò la strada della comunità, dove trovare protezione e cura. Comunità che mia madre ha ottenuto per me scavalcando tutto e tutti, lottando con ogni forza che aveva, per mesi, perché nessuno voleva darmi questa possibilità.

Dopo due anni e mezzo di comunità terapeutica che mi ha permesso di superare i momenti più critici della malattia, venni dimessa e mi ritrovai di nuovo davanti: i servizi, il reparto psichiatrico, un'altra comunità, o il nulla.

Era estate e in attesa di prendere una decisione andai a Camogli. A Camogli scoprii di poter avere delle relazioni con gli altri, di poter confrontarmi con la realtà, di poter vivere... ma non sapevo ancora come... Facilmente ricascavo nel vuoto e mi ritrovavo a dover fare i conti con tutti i miei sintomi all'enne-

sima potenza.

Ora ci vivo a Camogli, dove lavoro come pittrice ed ho una mia galleria. Grazie anche a chi ha creduto in me sognando con me: i miei amici di reparto, gli amici e gli operatori della comunità, la mia famiglia, mia madre e altri ancora, il mio psichiatra attuale... Insomma, chi mi ha riconosciuto come persona, sofferente certo, ma con delle capacità.

Con il tempo ho deciso di rispondere io alle mie domande. Tra una seduta e l'altra dallo psichiatra di fiducia studio su libri di psichiatria e neuroscienze di autori come Clarkin, Kernberg, Millon e altri. Libri che dovrebbero insegnare a medici specializzati come curare i loro pazienti, quali sono le terapie più adatte, quali le diverse fasi, come curare una persona come me. Perché nessuno lo fa?

Io ora metto in pratica ciò che imparo, studio e cerco di capire a fondo la mia malattia... posso aiutare me stessa e gli altri. Gli psichiatri che pensavano io non fossi all'altezza di capire, sono certa, non sono loro alla mia altezza, all'altezza di curarmi e di curare nessuno.

Ogni paziente è all'altezza di avere una cura adeguata. Perché questa cura non c'è? Perché i reparti psichiatrici degli ospedali sono i peggiori, i più negletti e non funzionano mai? Perché vogliono ospedalizzarci, cronicizzarci, toglierci ogni speranza? E, per finire, perché le persone a cui mi sono rivolta, non hanno mai risposto alle mie domande, e continuano a non rispondere?

Grazie, Alice Banfi”

oknotizie.alice.it

Raider 11.04.2008 ora: 22:52

## Nel buio della mente, nel silenzio dei nostri cuori

È notte. Notte fonda o notte appena iniziata? O forse è giorno. Mezzogiorno? Le due del pomeriggio? Le otto del mattino? Chi lo sa... Ogni ora può essere quella buona. Quella in cui un essere umano dà in escandescenze, decide di dare “fuori di testa”: di mettersi ad urlare, di spaccare tutto quello che gli capita a tiro, di scagliare il primo oggetto che ha sotto mano in testa al primo che passa. Crisi di aggressività violenta. Si chiama il 113: “Correte, c’è uno che dà i numeri! Presto!”.

Breve descrizione dei fatti, comunicazione dell’indirizzo – via, numero civico, dati di chi chiama – e dopo pochi minuti (o molti, a seconda delle circostanze) arriva l’ambulanza. Il “pazzo” viene caricato sul mezzo, dopo altrettanto violenta colluttazione, e portato in ospedale. Non ha importanza il perché, che siano l’infanzia, le condizioni sociali, le provocazioni, le malattie, le ingiustizie, i fallimenti, le delusioni, gli amori finiti, i tradimenti, l’alcool, la cocaina, il vicino di casa... Tutto rimane, almeno per ora e spesso anche per sempre, dietro le quinte. Il “pazzo”, a sirene spiegate, viene portato là dove sarà posto nell’impossibilità di nuocere agli altri e anche a se stesso.

*“È opportuno provvedere alla preparazione del letto con fascette di contenzione morbide, in numero adeguato alla tipologia del soggetto: tenendo conto che tutti e quattro gli arti devono essere fissati ai montanti del letto, è possibile fissare gli arti inferiori con una fascetta a due manette in corda di nylon. Da alcune “linee guida” americane è però ritenuto opportuno che le gambe del paziente restino divaricate; inoltre, mentre un braccio deve essere fermato lungo il fianco del paziente, l’altro deve fissarsi sopra la sua testa. Ciò però aumenta il rischio di lesioni del plesso brachiale e per l’articolazione del cingolo scapolo-omerale. Le cinghie di cuoio sono invece ritenute le più sicure. È bene assicurarsi che il punto d’inserzione delle fascette di contenzione non possa scorrere lungo le strutture e i montanti del letto. La lunghezza delle fascette varia secondo la tipologia del paziente: più si accorciano e meno libertà di movimento avrà il soggetto. Fascette troppo lasse aumentano la possibilità che il collo della persona contenuta si infili sotto il braccio o sotto la fascetta con ovvi rischi di lesioni e/o soffocamento. (...)*

*È necessario avvicinare il soggetto con un numero adeguato di operatori e con prestanza fisica sufficiente. Il gruppo dovrebbe essere composto da*

*un minimo di tre operatori ad un massimo di sei. (...)*

*È meglio dare un'ultima possibilità al soggetto, ordinandogli di raggiungere il suo letto spontaneamente prima di effettuare l'intervento di coercizione fisica. È preferibile immobilizzare il soggetto quando questi è già in prossimità del letto, evitando il pericolo e lo sforzo insiti nel trascinamento. Al segnale convenuto ogni operatore si occuperà di bloccare un arto impedendone i movimenti articolari trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno specifico operatore ne tratterrà il capo avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate o morsicature e per sottrarre stabilità al soggetto. A volte è preferibile sdraiare in terra il soggetto per ottenere la sua resa prima di sdraiarlo sul letto. La presa al collo, di rara necessità ma doverosamente prevedibile, dovrà essere eseguita da un operatore con provata esperienza, perché delicata. Essa deve prevedere in ogni caso la normale respirazione del soggetto ed essere flessibile, adeguandosi ai movimenti repentini ed imprevedibili del gruppo e del paziente. (...)*

*Una volta sul letto, il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto. Secondo il soggetto e le possibilità di manovra si potranno contenere prima gli arti inferiori o prima gli arti superiori: in ogni caso, prima si termina e meglio sarà per tutti.”*

Ciò che stiamo così crudamente descrivendo è la pratica della contenzione fisica e meccanica utilizzata nelle urgenze psichiatriche così come descritta nel sito [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano – D.S.M., D.I.T.R.A., M.C.Q (linee-guida elaborate il 10 gennaio 2006 e revisionate il 10 gennaio 2008 dal gruppo di lavoro costituito dai dottori Domenico Gulizia, Franco Lugo, Angelo Cocchi e Alberto Zanobio e dagli infermieri Angelo Brezzo, Giovanni Lauretta, Omar Mattia C., Riccardo Chiappa, Stefania Dal Fratello e Vincenzo Adamo con il coordinamento e sotto la supervisione metodologica dei dottori Giovanna Bollini e Luciana Bevilacqua). La descrizione continua ancora:

*“(…) Nel caso in cui la crisi d'agitazione sia irrefrenabile, può rendersi necessario fissare il paziente supino; ciò si ottiene per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro la testata dello stesso. Questa posizione deve ritenersi una misura provvisoria, nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria*

*sedazione. Può rendersi necessario fissare intorno ai polsi o alle caviglie degli inserti di tessuto morbido o di cotone allo scopo di evitare al soggetto fastidiose irritazioni. La presa dei polsi conserva tuttavia al paziente la libertà di movimento controllata dagli operatori, ma non obbligata, con una presa in chiave articolare del braccio. Le mani libere degli operatori sono strette a pugno per evitare dolorose prese e torsioni alle dita oppure morsi. Gli operatori devono preoccuparsi di stabilizzare la testa del soggetto impedendone movimenti che potrebbero sfociare in morsicature o testate. (... )”*

La contenzione fisica e meccanica in psichiatria è il tema del presente libro. Esso, come si vede fin da queste battute iniziali con il riferimento al materiale pubblicato in un sito internet, è una sorta di “libro collettivo” incentrato sulla tutela e salvaguardia dei diritti umani. Fa seguito ad altri miei due libri basati su tematiche analoghe: *Casi da pazzi* (Koinè Nuove Edizioni, Roma 2008, prefazione di Francesco Bruno) e *I figli di Togliatti* (Koinè Nuove Edizioni, Roma 2002). Li segnalo al lettore per dovere di completezza e di informazione rispetto al senso del lavoro che sto svolgendo.

“Libro collettivo” significa che mi sono messa al servizio dell’argomento con l’animo e lo spirito del “raccoltore di prove”: non tanto, quindi, per vantare un qualche diritto o merito di primogenitura o valore letterario o culturale quanto, piuttosto, per dar voce e spazio ai numerosi contributi sparsi qua e là (internet soprattutto, ma anche libri, riviste, volantini, articoli di giornale) che quest’opera unitaria può forse contribuire a reciprocamente divulgare e, di conseguenza, rafforzare. Il tutto nell’interesse, prioritariamente, di quei diritti umani che il mondo, compreso naturalmente anche il nostro Paese, sembra ancora non sufficientemente considerare.

Tra i diritti umani violati quello attivato dalla contenzione è senz’altro uno dei più sottaciuti e difficili da portare a galla, in quanto veicola delle necessità sanitarie e di ordine pubblico – spesso, per altro, più apparenti e strumentali che non reali – che finiscono con il relegare sempre in secondo piano l’individuo e il suo fondamentale diritto alla propria libertà fisica e spirituale. Per rimanere in tema di “libro collettivo”, voglio ricordare questo problema con le parole di Leonardo Grassi e Fabrizio Ramacciotti che in internet hanno fatto circolare un loro bellissimo intervento dedicato appunto alla contenzione (in [www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/contenzione.htm](http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/contenzione.htm) e anche in [www.filodiritto.com/diritto/privato/civile/contenzio-](http://www.filodiritto.com/diritto/privato/civile/contenzio-)

[negrassi.htm](#)).

“Il più elementare dei diritti di libertà solennemente garantiti dalla Costituzione – scrivono Grassi e Ramacciotti – è il diritto alla libertà del proprio corpo, il diritto a non essere contenuti, a non essere legati. Quello di potersi muovere liberamente è il diritto primario, al quale conseguono tutti gli altri diritti. Tale diritto spetta a chiunque. Anche gli autori dei più gravi reati hanno la libertà di muoversi, seppur entro i limiti del carcere e delle sue regole. È qualcosa di ancora più forte di un diritto, è la condizione necessaria per una vita umana. Eppure basta una malattia, una perturbazione della mente, uno stato di dipendenza da droghe o da alcool, oppure semplicemente la vecchiaia, perché questo fondamentale diritto venga messo in discussione”.

Nelle pagine che seguono vedremo quante parole (“Eppure basta una malattia, una perturbazione della mente, uno stato di dipendenza da droghe o da alcool, oppure semplicemente la vecchiaia, perché questo fondamentale diritto venga messo in discussione”) siano la verità... Cominceremo con la morte di Giuseppe Casu.

### **Sette giorni legato al letto, poi la morte**

Di contenzione, tanto per cominciare, si può anche morire. È quello che è successo in Sardegna dove, il 22 giugno 2006, il signor Giuseppe Casu muore per tromboembolia polmonare sopraggiunta dopo aver trascorso una settimana, sedato e costretto fisicamente, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale Santissima Trinità di Cagliari a seguito di un'ordinanza di Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) disposta dal Sindaco di Quartu S. Elena.

Sulla morte di Casu viene presentata, un anno dopo, un'interrogazione parlamentare dal deputato Bulgarelli. L'atto (di Sindacato Ispettivo, n. 4-02128, pubblicato il 12 giugno 2007, seduta n. 165, [www.senato.it](http://www.senato.it)), è rivolto ai Ministri dell'Interno e della Salute.

L'onorevole Bulgarelli, che aveva già presentato un'interrogazione a risposta scritta sulla morte di Giuseppe Casu, scrive che, dalla copia da lui visionata dell'indagine di accertamento tecnico sanitario sulla vicenda commissionata dalla Direzione sanitaria Azienda U.S.L. n. 8 di Cagliari, emerge fin dall'inizio che: “Non risulta dagli atti che durante tutto il periodo di de-

genza sia mai stato disposto o tentato l'abbandono della contenzione”.

La stessa indagine, ricorda sempre Bulgarelli, conclude che la contenzione fisica, cui il signor Casu era stato sottoposto per l'intero periodo di degenza presso il Servizio psichiatrico, “non deve in alcun caso essere considerata una pratica terapeutica” e che “la limitazione della libertà dell'individuo può determinarsi solo nelle condizioni definite dall'art. 54 del codice penale, come stato di necessità (...) quindi da attuarsi limitatamente a quello stato e al superamento delle condizioni che lo hanno determinato”. Nel caso del signor Casu invece, come accertato dall'indagine dell'Azienda U.S.L., “la contenzione fisica è stata effettuata per un periodo eccezionalmente lungo (...) anche in presenza di contenzione farmacologica, quindi anche quando il paziente era sedato”.

Dal diario clinico del 16 giugno 2006, prosegue Bulgarelli, che è stato utilizzato dalla Commissione per valutare la vicenda clinica di Casu, si rileva che il paziente “presentava tumefazione alla mano destra (ha colpito un muro con un pugno)”, e dunque “veniva pertanto richiesta una consulenza ortopedica; lo specialista, nel sospettare una frattura del polso, confezionava un apparecchio gessato provvisorio e richiedeva un esame radiografico”.

L'indagine giunge alle seguenti conclusioni: “Seppur la contenzione fisica potesse essere giustificata come rimedio d'urgenza e pertanto momentaneo (art. 54 del codice penale), non già è giustificata per un periodo così lungo e sommata ad una contenzione farmacologica. Questa Commissione ritiene non accettabile, e pertanto censurabile sotto il profilo clinico oltre che etico, un così prolungato provvedimento di contenzione fisica in paziente spesso sedato, senza tentativi finalizzati all'interruzione della stessa. Deve essere infine precisato che appare insufficiente anche l'approccio clinico somatico in considerazione del fatto che non si rilevano in cartella delle obiettività e/o richieste di accertamenti specialistici rivolti ad una valutazione somatica generale del paziente”.

L'onorevole Bulgarelli ricorda poi che “i familiari e gli amici del sig. Casu, che dopo la sua morte si sono attivati subito per appurarne le cause, non accettano l'esito della frettolosa autopsia effettuata dai medici dello stesso ospedale il giorno successivo al decesso e, pur con grandi difficoltà, sono riusciti a far riaprire il caso, sul quale attualmente indaga la Procura di Cagliari, sollecitando in particolare la riesumazione della salma per effettuare una nuova e più approfondita autopsia”. Dopo di che domanda al Governo di sapere quale sia stata l'esatta dinamica degli avvenimenti che hanno portato al ricovero coatto e per quali motivi i medici abbiano proposto il T.S.O.

e il sindaco di Quartu S. Elena lo abbia disposto.

Un anno dopo l'interrogazione del deputato Bulgarelli, il 20 maggio 2008 (cioè 2 anni dopo la morte di Giuseppe Casu), sulla stampa appare la notizia che i vertici dell'Asl di Cagliari hanno fatto partire la lettera di sospensione dal lavoro per A. M., il primario di Anatomia Patologica dell'Ospedale Santissima Trinità arrestato la notte del venerdì precedente dagli uomini della Guardia di Finanza e poi messo ai domiciliari. Risulta indagato, assieme al coordinatore del reparto (in stato di libertà), con l'accusa di soppressione di parti di cadavere, favoreggiamento e falso, all'interno dell'inchiesta-bis coordinata dal pubblico ministero Giangiacomo Pilia. Già erano stati rinviati a giudizio, con l'accusa di omicidio colposo, il primario del reparto psichiatrico e la psichiatra che aveva avuto in cura Casu durante il ricovero.

Si legge dalla cronaca giornalistica a firma di Francesco Pinna: "A mettere nei guai il dirigente di Anatomia Patologica del Santissima Trinità finito ai domiciliari è stata la scoperta di una misteriosa sostituzione dei reperti anatomici prelevati durante l'autopsia dell'ambulante (tale era il mestiere esercitato dal sig. Casu, *n.d.A.*). Quando il contenitore con i reperti è stato consegnato in Procura, i periti hanno capito che si trattava di quelli di un altro paziente morto sempre per una tromboembolia, così come accertato per Casu, ma legata a un tumore e non al lungo periodo di contenzione e a cure sbagliate (come invece ipotizza l'accusa, che ha chiesto e ottenuto il rinvio a giudizio dei due psichiatri per omicidio colposo). Questa mattina, intanto, il manager della Asl cagliaritano ha di fatto sospeso il primario finito agli arresti, così come ha fatto a marzo per G. P. T., attirandosi contro le polemiche di sindacati, Ordine dei Medici e di un fronte trasversale di partiti politici che va da destra a sinistra".

## Che cos'è la contenzione

La contenzione è una pratica utilizzata soprattutto in ambito psichiatrico e geriatrico (cioè per gli anziani) per limitare la libertà dei movimenti volontari di una persona assistita da parte di personale a ciò specificamente autorizzato. I luoghi abituali sono quindi tutte le strutture quali reparti psichiatrici e case protette, residenze sanitarie assistenziali, case di riposo e altro del genere. Spesso però si ricorre ad essa anche in *setting* per acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere di medicina e chirurgia, servizi di Pronto Soccorso e simili.

La contenzione avviene bloccando o inibendo il movimento, se necessario, con apposite tecniche di immobilizzazione e applicando al corpo della persona, o nello spazio circostante, dei dispositivi fisici e meccanici quali corpetti con bretelle e cinture, bracciali o fettucce per polsi e caviglie, cinture di sicurezza o spondine per il letto (contenzione fisica e meccanica) oppure somministrandole delle sostanze chimiche (contenzione chimica, detta anche sedazione farmacologica) o, ancora, segregandola dagli altri mediante isolamento (contenzione ambientale).

La pratica della contenzione deve essere utilizzata solo come estrema risorsa e solo in caso di necessità, esclusivamente cioè per impedire che la persona faccia del male a se stessa e/o agli altri ed esclusivamente quando l'operatore sanitario (medico o infermiere) non possa intervenire in altro modo. I casi tipici di intervento, perciò, sono quelli che si verificano come conseguenza del fatto che la persona non è in grado di controllare i propri movimenti perché è anziana, ammalata o sottoposta a trattamenti terapeutici o ad operazioni chirurgiche o perché, che è quello che qui ci interessa, non è nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali. In genere si tratta di pazienti affetti da malattie a carico del sistema nervoso centrale (malattia di Alzheimer, demenze, Morbo di Parkinson ecc.), cirrosi epatica, stato confusionale (nell'anziano), sindromi tossico-carenziali (alcol o sostanze stupefacenti), malattie psichiatriche.

Al di fuori di ciò, la pratica della contenzione è vietata dalla legge in quanto viola i più elementari diritti naturali e costituzionali dell'uomo. Chi applica la contenzione al di là o al di fuori dei limiti di legge commette di conseguenza un reato, che può andare dalla violenza privata alle lesioni personali colpose, dall'abuso di mezzi di correzione o di disciplina ai maltrattamenti continuati fino al sequestro di persona.

Questo vuol dire che la contenzione non è e non può essere una terapia.

È, come dice la parola (dal latino *cum+tenere*, “tenere intorno” nel significato di “circoscrivere”, “reprimere”, “trattenere”, “frenare”), solo un impedimento che proprio per questo, anzi, può aggravare lo stato di confusione in cui già versa la persona, spingendola a sottrarsi ad essa con tutte le sue forze e con ciò provocandole ulteriori danni: dai traumi articolari alle fratture ossee, dalle abrasioni per sfregamento agli ematomi, dalle patologie organiche e funzionali quali l’incontinenza urinaria, la tromboembolia polmonare e le lesioni da decubito fino alla morte per strangolamento e all’asfissia da compressione.

Anche se alcuni di questi che non sono altro che “effetti” possono essere scambiati per la “causa” (come nel caso della confusione), non esistono prove documentate che l’uso della contenzione diminuisca il livello di agitazione della persona o riduca l’incidenza di cadute; quello che spesso è un banale errore di valutazione iniziale (e che porta a ritenere che l’agitazione psicomotoria possa essere trattata soltanto con la contenzione) tende invece a dare l’avvio a un processo vizioso che condurrà l’individuo verso la completa dipendenza assistenziale, costringendolo ad affrontare situazioni (quali fratture, incontinenza urinaria, infezioni...) che verosimilmente non si sarebbero normalmente presentate. Situazioni che oltretutto, a dispetto delle intenzioni del personale che ha deciso di attuare la contenzione con la speranza di diminuire il carico di lavoro assistenziale, tendono sicuramente ad aumentarlo.

Contenere una persona è, in sintesi, una pratica crudele, e doppiamente crudele in quanto inutile. E doppiamente inutile in quanto è inutile anche per chi la applica. I dati medici e infermieristici dimostrano infatti senz’ombra di dubbio, come si è accennato prima, che la contenzione non solo non apporta nessun miglioramento allo stato di salute psicofisico della persona ma che molto più facilmente concorre a peggiorarlo. Ciò equivale a dire che la contenzione potrebbe essere tranquillamente e facilmente evitata e sostituita con pratiche, mezzi e interventi più adeguati a una società civile basata sul rispetto dei diritti dell’uomo e del cittadino. Pratiche, mezzi e interventi che già si conoscono, che già sarebbero alla portata di tutti. Queste alternative, però, costano tempo e denaro e richiedono personale specializzato, aggiornato e numericamente adeguato...

Così non solo si continua a praticare la contenzione quando invece essa potrebbe essere sostituita, ma lo si continua a fare anche con chi non dovrebbe comunque essere mai contenuto. Si fa prima, si fa meglio, e non costa niente. Questo succede in Italia, nel nostro civile Paese dove i mani-

comi da anni sono stati aboliti. Non sono stati però aboliti, evidentemente, i vecchi “vizi”.

Dar voce alle vittime della contenzione è impresa estremamente difficile, e per ovvi motivi. Chi è soggetto passivo della pratica non è, a causa del proprio stato, in grado di riferirne o di poter vantare credibilità. Chi ne è soggetto attivo ha tutto l’interesse a non farne parola. La situazione peggiora, evidentemente, quando la persona muore durante la pratica contenitiva. Perché di contenzione si muore anche, come abbiamo visto. Si muore sul serio. Non soltanto come ipotesi. Se qualcuno è fortunato, può avere un parente che si batte per lui prima e dopo. Ma prima è difficile a causa della barriera psico-medico-sanitaria, dopo lo è ancora di più a causa di quella perito-giudiziaria.

I morti per contenzione restano quindi dei morti sottratti alla pubblica pietà e alla pubblica indignazione. Muoiono in silenzio, fra atroci sofferenze e, soprattutto, nel panico, nell’angoscia dei diritti violati, dell’ingiustizia più profonda, nell’impotenza, nello sforzo strenuo ed estremo, non diversamente da come si moriva secoli fa negli stanzoni scuri e maleodoranti in cui venivano rinchiusi i “rifiuti” della società.

Si soffre e si muore, rispetto ad allora, con maggiori agi e comfort, è vero. Ma questo, a mio parere, rende queste sofferenze e queste morti ancora meno accettabili.

## **Il catalogo delle sofferenze**

Quella della contenzione è una pratica che al di là del caso-limite della morte, come per Giuseppe Casu, comporta comunque sempre numerosi danni potenziali che derivano da una sua errata valutazione oppure da un utilizzo scorretto o prolungato dei mezzi fisici.

I danni da contenzione possono essere generalmente divisi in 3 grandi gruppi: traumi fisici, patologie organiche e funzionali, disfunzioni psicosociali.

### **Traumi fisici:**

- \* aumento delle cadute accidentali;
- \* traumi articolari (distorsione, lussazione) e fratture ossee;
- \* morte causata da strangolamento, asfissia da compressione della gabbia

toracica;

- \* cianosi periferiche, abrasioni da sfregamento, ematomi da microtraumi ripetuti o, più generalmente, traumi dei tessuti cutanei;
- \* dolore articolare.

### **Patologie organiche e funzionali:**

- \* infezioni multiorgano e, in particolare, a carico dell'apparato respiratorio (polmoniti);
- \* riduzione della massa, del tono e della forza muscolare;
- \* incontinenza urinaria;
- \* aumento dell'osteoporosi ossea;
- \* lesioni da decubito come conseguenza della diminuzione della mobilità generale.

### **Disfunzioni psicosociali:**

- \* umiliazione;
- \* depressione;
- \* stress psico-fisico;
- \* paura e sconforto;
- \* riduzione dell'iniziativa e quindi della velocità del processo di guarigione;
- \* aumento del livello di confusione dell'utente;
- \* aumento della sensazione di dipendenza esterna con conseguente riduzione dell'autonomia assistenziale.

Le lesioni collegate alla contenzione fisica vengono poi classificate in “dirette”, come quelle provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo (abrasioni, lacerazioni, strangolamento ecc.), e “indirette”, come quelle provocate dall'immobilità forzata a cui è costretto il paziente (aumento di tasso di mortalità, sviluppo di lesioni da pressione, cadute, impossibilità di tornare al domicilio dopo la dimissione ecc.). Rimane sempre la difficoltà, quasi sempre insormontabile, della documentazione e della prova legale del nesso di causalità.

Entrando più nel dettaglio, dal già citato lavoro del gruppo di studio dell'Ospedale Niguarda di Milano ricaviamo la seguente classificazione:

#### “LESIONI DIRETTE

In letteratura, escluse le situazioni di manifesta violenza (fisica e/o sessuale) o di atti impropri da parte di altri pazienti degenti (per esempio, i tentativi di liberazione), esistono poche informazioni sulla prevalenza di lesioni correlate alla contenzione fisica. Un piccolo numero di casi studiati le riporta includendo:

Lesioni nervose. Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, con i polsini di contenzione da applicare ai polsi di pazienti sistemati in letti in cui la testata è elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotolamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

Lesioni ischemiche. Sono dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.

Tromboembolia. La letteratura segnala il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, e questo anche in assenza di fattori di rischio preesistenti. (...)

Asfissia. Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione e l'asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo o è stata trovata appesa ad esso, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia.

Morte improvvisa. Due studi descrivono la morte improvvisa in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione. Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso accade.

Ipertermia e sindrome neurolettica maligna.

## LESIONI INDIRECTE

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia è più difficile da dimostrare il collegamento con questo tipo di lesioni, quindi è importante usare cautela nell'interpretazione di queste informazioni.

Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione sono maggiormente esposti al rischio di caduta, hanno degenze di maggiore durata, incorrono nelle infezioni nosocomiali, hanno un'augmentata mortalità

e più difficilmente, alla dimissione, tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione.

L'uso della contenzione per i residenti delle case di riposo è stato associato con un certo numero di esiti avversi quali il declino nel comportamento sociale e cognitivo e della mobilitazione e un aumento nel disorientamento, lo sviluppo di lesioni da decubito e l'incontinenza urinaria e intestinale. Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute, i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta rispetto ai residenti non contenuti. Inoltre le lesioni gravi correlate alle cadute sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione. Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione ad intervalli, è più elevato.

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

### **Manette di gomma, pasticche e pistole elettriche**

I più usati mezzi di contenzione in ambiti ospedalieri e assistenziali sono:

- \* le spondine per il letto, che possono indifferentemente essere a scatto, già applicate al letto del degente o asportabili da parte del personale ma che non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità che la persona possa scavalcarle;

- \* i bracciali o fettucce per l'immobilizzazione di polsi e caviglie, che sono di solito in gommasciuma o in poliuretano, rivestiti in materiali morbidi e traspiranti, come il vello, e che possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio e anche utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo (cioè quando si fa del male a se stessi o ad altri);

- \* le fasce contenitive per il letto, che devono essere costituite da una brettella imbottita applicabile alla vita o al bacino e fissabile al letto mediante cinghie di ancoraggio, garantendo libertà di movimento e la postura sia laterale che seduta;

- \* la fascia contenitiva per le carrozzine, che deve essere una mutandina di cotone o di materiale sintetico, munita di fibbie, che prevenga la postura scorretta evitando lo scivolamento del bacino verso il basso;

- \* varie maglie e corpetti con bretelle e cinture per la contenzione degli

arti e cintole pelviche.

Tutti i materiali devono essere facilmente lavabili e riutilizzabile. Non sono considerati mezzi di contenzione i bracciali che impediscono la flessione del braccio e le spondine per metà del letto.

Per l'attività extraospedaliera le attrezzature attualmente in uso sui mezzi di soccorso, utilizzabili all'occorrenza come mezzi di contenzione, sono la tavola spinale e le cinghie. Normalmente sono impiegate per mettere in sicurezza l'assistito dopo eventi traumatici (incidenti stradali o sul lavoro), ma possono essere adattate a qualunque tipo di situazione.

La contenzione chimica, quella cioè basata sull'utilizzo degli psicofarmaci (sedazione farmacologia), non è direttamente il tema di questo libro. Non se ne può prescindere, però, dato che essa si accompagna quasi inevitabilmente a quella fisica e meccanica.

I farmaci di più comune uso sono le BZD (dando la preferenza al Lorazepam o al Diazepam) per via endovena o orale, eventualmente utilizzando il Flumazenil in caso di sovradosaggio e associando la Clorpromazina e/o l'Aloperidolo.

Molto interessanti, al proposito, sono le indicazioni tracciate nel lavoro apparso in internet *La contenzione intra ed extraospedaliera* a cura di un gruppo di studio (Carlo Montanari, Michele Borri, Daniela Tegoni, Roberto Prazzoli e Diego Boschi) della Fondazione I.R.C.S.S. Policlinico San Matteo di Pavia ([www.sanmatteo.org](http://www.sanmatteo.org)) da cui leggiamo:

“L'utilizzo indiscriminato e continuato della terapia farmacologia, qualora non venga accompagnato da un'approfondita analisi della persona, può assumere persino una valenza persecutoria: è bene considerare il momento della terapia farmacologia come una prevaricazione di forza verso l'individuo, che viene completamente derubato della propria, limitata, capacità di gestire la propria emotività.

Anche se la via di somministrazione preferibile è quella orale, deve essere considerato che la persona può rifiutare il farmaco e può sviluppare sentimenti ostili nei confronti degli operatori: è necessario in questo caso che essi provino a convincerla senza porre la questione in termini imperativi, ma che cerchino di ottenere la massima collaborazione possibile.

Nell'esperienza di tutti i giorni avremo senz'altro notato che nella gestione di persone agitate o violente non è raro incorrere in abuso di farmaci, ripetuti a dosi progressivamente maggiori fino a quando l'individuo non è completamente sedato: ciò si verifica nella maggior parte delle occasioni per igno-

ranza, qualora il personale non conosca in modo ottimale le sostanze utilizzate né le loro interazioni farmacologiche. Tuttavia un meccanismo di questo genere è spesso generato da una reazione di cortocircuito degli operatori alle provocazioni del degente, che in quel momento è psicologicamente instabile e non capace di intendere e volere: questo tipo di risposta altro non è che un modo di soffocare la nostra ansietà, il che è quanto più possibile distante dall'obiettivo assistenziale.

Per non incorrere in errori di questo genere è necessario trovare la forma più adeguata di relazione che contempra fermezza e rispetto della persona utilizzando i farmaci in maniera appropriata alle esigenze sanitarie: anche per questo aspetto il consiglio è quello di programmare un aggiornamento professionale frequente.

Qualora si renda necessaria la contenzione fisica e quella farmacologica per lo stato clinico della persona è importante cercare di realizzare un contenimento psicologico rimanendo il più possibile a fianco dell'utente e accompagnandolo nel suo lungo cammino assistenziale: ciò spesso si traduce nella capacità dell'équipe curante di disinnescare ogni possibile circuito di aggressività, il che permette di ridurre i tempi della contenzione”.

Oggi però c'è un altro, e ancora più nuovo, tipo di contenzione che dagli Stati Uniti, dove ormai è una realtà consolidata, è già stato introdotto o sta per essere introdotto in Europa, e precisamente in Svizzera, in Francia, in Spagna e in Inghilterra.

In Italia ancora no, ma italiana ne è una delle ormai tante vittime, morta ammazzata in Canada: stiamo parlando del Taser, la pistola elettrica (comunemente detta “pistola elettroshock” o, come viene definita dai tecnici, “arma non letale”, che paralizza cioè l'avversario senza ucciderlo) in dotazione alle forze di polizia di vari paesi del mondo per motivi di “sicurezza e ordine pubblico”, capace di paralizzare con scariche elettriche di 50.000 volt per circa 5 secondi a una distanza di oltre 10 metri.

Secondo l'azienda produttrice, chi viene colpito da questa scarica sarà poi in grado di rialzarsi senza riportare conseguenze. Secondo l'Onu può essere invece strumento di tortura. Secondo un rapporto di Amnesty International ha già causato 16 morti in Canada e addirittura 280 negli Usa, dal 2001 ad oggi. Solo questione di punti di vista? Di questi dati comunque non ha tenuto conto, fra gli altri, il parlamento svizzero, che nei mesi scorsi ha approvato l'utilizzo del Taser nelle “deportazioni” degli immigrati. Il Taser sarà utilizzato, si assicura, soltanto in casi eccezionali, insieme a manette e

cani, per bloccare chi rifiuta il rimpatrio.

Anche questa è contenzione: dell'ultimo tipo, il più raffinato. Non più legacci e corpo a corpo: adesso è sufficiente una scarica. Elettrica. Contenzione & Psichiatria: non a caso, viene infatti impiegata soprattutto (per ora) per paralizzare le persone che presentano stati di alterazione psichica, come appunto era il caso del malcapitato italiano di cui sopra.

L'ultima novità della ditta produttrice, la Taser International, è il Taser XREP, un taser "formato proiettile" con una gittata di 30 metri che, una volta colpito il bersaglio, conficca i suoi elettrodi nella pelle e rilascia scariche elettriche per 20 interminabili secondi. È comunque consigliabile evitare di estrarre il proiettile con le mani: esso è infatti interamente ricoperto di elettrodi e dunque rilascerebbe ulteriore corrente nella mano.

Il catalogo delle armi non letali è oggi molto vasto: dai gas urticanti ai fucili a colla, dai proiettili di gomma alle reti che bloccano le automobili. Ma due sono quelle armi che stanno imponendosi nel mercato come le più efficaci e anche le più controverse: il già citato Taser e il Raggio del dolore.

L'Active Denial System, detto anche "Raggio del dolore", è un raggio di microonde irradiato da un grande riflettore, generalmente montato sopra un Humvee. Irradia un cono di 2 metri di raggio fino a circa 1000 metri di distanza. Le microonde penetrano per poche frazioni di millimetri sotto la pelle provocando una sensazione di forte bruciore.

Quello delle armi ad energia sembra il settore che, nella ricerca, attrae i maggiori investimenti, ma l'effettiva non-letalità non è ancora appurata: gli effetti di un uso improprio, o l'utilizzo su soggetti più deboli, come donne incinte o bambini, potrebbero risultare letali. "Non c'è nessun sistema che sia a prova di sadico – ammette Massimo Annati della Marina Italiana Navarm. – Se qualcuno vuole utilizzarlo in modo sbagliato, qualsiasi sistema può provocare dei risultati non voluti."

Sempre più spesso, nei filmati reperibili sul web, si vede come le armi non letali siano dispiegate non in contesti di guerra per ridurre il numero delle vittime, come inizialmente ed esclusivamente si era sostenuto, ma in contesti urbani per il controllo dell'ordine pubblico, con tutte le conseguenze di possibilità di abusi che facilmente si possono immaginare. Jurgen Altmann, esperto in tecnologia militare all'Università di Dortmund, mette in guardia sulle conseguenze di un uso inaccorto dell'Active Denial System, soprattutto alla luce del fatto che il modello fin qui sviluppato non è dotato di un dispositivo che ne limiti l'uso ripetuto: "Quando hanno condotto i test sugli esseri umani, hanno stabilito la regola secondo la quale l'operatore non poteva col-

pire la stessa persona prima che fossero passati 15 secondi, affinché la pelle riscaldata potesse nuovamente raffreddarsi (...). Probabilmente avranno le stesse regole anche in un contesto operativo, ma io credo che non sia abbastanza affidabile, perché si lascia l'obbedienza della regola alla discrezione dell'operatore". E aggiunge: "Nei test condotti sugli esseri umani c'erano a disposizione degli schermi metallici dietro i quali si poteva saltare quando il dolore diventava intollerabile, ma in un contesto operativo questi schermi non ci sono e questo potrebbe essere un potenziale problema: dove scappare?"

### *Claudio, fulminato dal Taser*

"Il Taser continua a fare discutere. (...) Secondo l'azienda produttrice queste pistole elettriche sono innocue dal punto di vista del rischio della vita e capaci solamente di tramortire il malintenzionato che le subisce. In realtà esistono già numerosi precedenti usi della pistola elettrica che hanno portato numerose persone alla morte. In parte per l'impiego eccessivo dello strumento deterrente da parte delle forze dell'ordine, in parte perché la pistola non è affatto così inoffensiva come la casa di produzione dichiara. L'ultimo episodio ha visto morire un italiano. È successo in Canada, precisamente in Québec, dove Claudio Castagnetta, dipendente da anfetamina e in evidente stato confusionale, è entrato in un negozio ed è stato immediatamente bloccato dagli agenti di sicurezza che l'hanno colpito con numerose scariche di taser. L'uomo è rapidamente deceduto e proprio per questo è partita un'inchiesta – le cui indagini sono tuttora in fase di svolgimento – della quale Alex Himelfarb, l'ambasciatore canadese in Italia, ha relazionato alla Farnesina. Quello che sicuramente resta come dato di fatto è che il Taser, di cui è da poco stata presentata una variante capace di essere sparata sulla vittima a distanza di 100 piedi, rimane un'arma decisamente pericolosa (...).

Autore dell'articolo: Pierluigi Emulo ([fonte RaiNews24](#))

### *Muore a 80 anni durante un T.S.O.*

La notizia, ripresa in [www.incompatibile.altervista.org](http://www.incompatibile.altervista.org) il 14 giugno 2008, era stata data dal *Quotidiano di Bari* il 14 febbraio 2008 nell'articolo a firma di Francesco De Martino: "La malattia mentale? Un business come un altro. E intanto negli ospedali si muore di T.S.O. come trent'anni fa, legati a un

letto.”

Sul finire l'articolo continuava: *“Intanto i malati continuano a cronicizzare e a morire di Trattamento Sanitario Obbligatorio (come accaduto qualche giorno fa a una vecchietta di ottant'anni, forse anche legata ad un letto, nel Reparto di Psichiatria al Policlinico di Bari) e di contenzione e le famiglie a distruggersi, sempre più abbandonate dalle istituzioni”*.

“Certo incuriosisce – commenta la redazione del sito – che una vicenda simile si possa chiudere con due righe di denuncia infilate dentro un più ampio articolo di una più ampia denuncia del ‘business’ rappresentato dalla ‘malattia mentale’. Molto di più impensierisce e preoccupa l'idea del clima di complotto che si crea in situazioni simili dove l'omertosità diventa la pratica dominante di pazienti, familiari, operatori sanitari, affini e collaterali, situazione che, per questi aspetti, rende i servizi del DSM più feroci dei manicomi mentre hanno la pretesa di presentarsi come strutture democratiche. Come fa paura sapere che, col pretesto della privacy, col pretesto della difesa dell'utenza, niente trapela di quanto può succedere nelle istituzioni psichiatriche. Ci piacerebbe sapere che nessuno muore di psichiatria, che nessuno venga sottoposto a T.S.O., che l'anziana signora non sia morta, che se è morta non è stato per un T.S.O. Questo lo diciamo anche quando siamo perfettamente consapevoli che di psichiatria si muore come si muore di T.S.O. e che si muore anche senza sapere il perché; ma non ci basta, se non altro perché quello che diciamo, per i buongustai, ha sempre un sapore di ideologia. Ma anche perché la diffidenza nei confronti di noi stessi fa a gara con la malignità che ci caratterizza. Intanto ci perviene un altro comunicato stampa con *‘invito alla condivisione e diffusione’*, che riceviamo e volentieri pubblichiamo:

*‘(...) Psichiatria in Puglia: morti senza risposta.*

*Donna di 80 anni muore nel reparto di psichiatria di Bari durante un Trattamento Sanitario Obbligatorio (ricovero forzato contro la propria volontà). Siamo sconcertati dalla notizia che abbiamo ricevuto. Il 30 gennaio 2008 un'utente psichiatrica di oltre 80 anni è morta pare durante un trattamento sanitario obbligatorio dopo una probabile contenzione non solo farmacologica ma forse anche fisica. Abbiamo più volte cercato di capire la veridicità della notizia, consultato giornalisti che promettevano attenzione e risposte, consultato medici che non negavano ma eludevano. Nessun organo di stampa accerta e diffonde la notizia. Nessuna responsabilità può essere determinata per questa eventuale assurdit . Ricordiamo che stiamo parlando di una morte durante un ipotetico trattamento sanitario obbligatorio ad una*

*donna di oltre ottanta anni. Ricordiamo che stiamo parlando di un atto gravissimo nell'ipotesi di veridicità.*

*Non siamo in assoluto contrari ai trattamenti sanitari obbligatori ma costringervi una donna di oltre ottant'anni, con probabile contenzione farmacologica e fisica, non può essere un atto che può passare nel silenzio, senza confronti, giustificazioni e responsabilità. Vogliamo che sia fatta luce sull'eventuale tragica vicenda; chiediamo che gli organi di informazione verifichino l'attendibilità della notizia e ne diano voce, che la comunità psichiatrica si interroghi e dia risposte. Vogliamo che la società civile possa essere informata in merito a questa ennesima tragedia psichiatrica, a questo ennesimo risultato certo. (...) Bari, 13-2-2008 Associazione "Altre Ragioni" – Bari (...)”*

Sempre in Puglia ci sono stati altri casi strani. L'associazione Afdp parla di 4 morti sospette. In almeno due casi si è trattato di persone che sono state dimesse dagli ospedali e che poi sono morte a casa propria per motivi imprecisati. La malattia mentale è ridiventata un mondo a parte?

*Roberto non c'è più*

Il volantino è stato redatto congiuntamente dal Collettivo Antipsichiatrico Antonin Artaud (Pisa), [www.artaudpisa.noblogs.org](http://www.artaudpisa.noblogs.org), e dal Collettivo Antipsichiatrico Violetta Van Gogh (Firenze), [www.violetta.noblogs.org](http://www.violetta.noblogs.org), e diffuso ad Empoli, in provincia di Firenze, il 27 giugno 2007 in occasione delle proteste per la morte di Roberto, indicato nel testo come un'altra vittima del binomio contenzione&psichiatria.

Di seguito riportiamo altri “casi” tratti dal medesimo volantino.

**PSICHIATRIA, UN MURO DI GOMMA**  
volantino per presidio a Empoli  
(Author: mari41 Date: 2007-06-27 23:56 UT)

PRESIDIO DI PROTESTA CONTRO LA MORTE DI ROBERTO  
SABATO 30 GIUGNO alle ore 10:30  
D'AVANTI ALL'OSPEDALE S. GIUSEPPE DI EMPOLI  
CONTRO LA MORTE DI ROBERTO  
CONTRO TUTTI GLI ABUSI DELLA PSICHIATRIA  
ROMPERE IL SILENZIO, CONDANNARE LA PSICHIATRIA!!  
PSICHIATRIA: UN MURO DI GOMMA

PSICHIATRA..... medicine... tante.....TERAPIA!! TERAPIA!!.....  
confusione.... non sento più nulla.... stranezze.....  
silenzio... CAOS..... silenzio..... SOLITUDINE..... PAURA!!  
Male!?!... non mi ascolta nessuno... Confuso!!! e male, tanto.....  
continua la contenzione.... AIUTO!!!... NESSUNO CON ME.... MALE!!  
MALE!!..... “normale”, perché? Chi?.....A volte MORTE...

*A.S., risvegliarsi dal coma per morire*

“28 agosto 2006: muore a Palermo A.S., donna di 63 anni entrata in reparto psichiatrico il 17 agosto e qui trattenuta per accertamenti; dopo alcuni giorni di stato comatoso (dal 25 al 27) la donna si sarebbe risvegliata per morire nella notte tra il 28 e il 29.”

*Edmond, crisi cardiaca a 38 anni*

“26 maggio 2007: muore a Bologna Edmond Idehen, nigeriano di 38 anni; l'uomo si era sottoposto volontariamente alle cure, ma alla richiesta di poter andare a casa i medici hanno deciso per il T.S.O. e chiamato la polizia alle sue insistenze; le indagini sulla sua morte sono ancora in corso, la versione ufficiale parla di una crisi cardiaca avvenuta mentre infermieri e poliziotti tentavano di portare l'uomo sul letto di contenzione.”

*Fabrizio M., arresto circolatorio a 24 anni*

“12 giugno 2007: muore a Empoli Fabrizio Miceli, 24 anni, per arresto cardiocircolatorio; il giovane era entrato il 4 giugno in reparto in T.S.V., tramutato dai medici in T.S.O. alla richiesta di andare a casa; resta da chiarire se la morte sia avvenuta per cause naturali o in seguito alla sommini-

strazione di qualche farmaco. Malessere.. o diversità.... tanta confusione emozionale... AIUTO!!... medicina.... Salute Mentale...”

## **È proprio necessario?**

Dottor Valter Fascio, lei lavora da una ventina d’anni nel settore infermieristico dove attualmente ricopre l’incarico di Coordinatore Infermieristico del Dipartimento Salute Mentale 5/A dell’ASL To3 del Piemonte, nonché di Professore a contratto di Nursing di Psichiatria presso l’Università del Piemonte Orientale. È inoltre responsabile dell’Area Psichiatrica dell’Associazione InfermieriOnline (AIOL), membro del Forum Nazionale della Salute Mentale e dell’Associazione Italiana per la Qualità e l’Accreditamento nella Salute Mentale (QUASM). Conosce bene, quindi, ciò di cui stiamo parlando. Ci può dire allora come viene giustificato clinicamente l’impiego dei mezzi di contenzione?

*Le giustificazioni cliniche per l’uso di questi presidi sono veramente pochissime, in quanto non servono assolutamente per controllare la confusione e l’agitazione, che a volte addirittura peggiorano; non prevengono le cadute, anzi, qualora esse avvengano con la contenzione le conseguenze sono più gravi; rimangono soltanto specifiche situazioni eccezionali, in cui vi è reale impossibilità nella somministrazione di farmaci o comportamenti palesemente aggressivi.*

*Per affrontare però l’argomento in maniera esaustiva sarebbe necessario allargare il discorso anche alla contenzione chimica (sedazione) e alla contenzione ambientale (isolamento), ma accumularle sarebbe un indebito tralato.*

Dottor Fascio, nonostante ciò è vero che in Italia sono ancora in uso oggi i mezzi di contenzione?

*Sì. A differenza di quello che sembra essere il pensiero comune, a tutt’oggi i mezzi di contenzione fisica sono ancora in uso nei reparti di psichiatria. È chiaro che in ambito psichiatrico l’uso di pratiche di contenimento assume anche una rilevanza del tutto diversa in quanto non possiamo dimenticare un passato nel quale erano agite sistematicamente, con mezzi che talvolta le rendevano molto più simili alla tortura che non a trattamenti terapeutici. L’unica eccezione oggi sostenibile per questo termine, per for-*

*tuna, è quella di contenzione fisica diretta, per la quale si intende l'immobilizzazione del malato al letto tramite l'uso di fascette. I vecchi mezzi contenitivi quali catene, gabbie, sedie munite di cinghie fino allo strumento maggiormente evocato nell'immaginario collettivo, la camicia di forza, appartengono ormai all'archeologia psichiatrica e non sarebbero assolutamente riproponibili e giustificabili.*

Esistono dati statistici a questo proposito?

*No, nel nostro Paese non esistono dati statistici ufficiali noti o pubblicati che possano dare un'idea della vastità e della profondità del fenomeno contenzione fisica, sia in generale che per lo specifico psichiatrico. Mi risulta che soltanto la Regione Lazio abbia in passato istituito l'obbligo di tenere un apposito registro presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali, per altro senza mai richiedere ai responsabili la documentazione circa i dati relativi.*

Questa pratica, anche per la mancanza di rilevazione statistica, può destare preoccupazione?

*Sì, anzi, numerose sono le dichiarazioni allarmanti di diversa provenienza. Già dieci anni fa Renato Piccione, Presidente della Società Nazionale Prevenzione e Salute Mentale, su la Repubblica del 25/04/2000, denunciava: "... in alcuni casi si rischia di riprodurre il manicomio in miniatura. È il modello di psichiatria degli operatori quando legano, chiudono i reparti o fanno impiego della contenzione".*

*Non esistono nemmeno studi italiani esaustivi sull'uso della contenzione in setting per acuti, pratica che quindi, da ogni punto di vista, in Italia è sicuramente sottaciuta, sottovalutata e sottostimata.*

All'estero, invece, è stata studiata?

*Sì, negli altri Paesi europei e negli Stati Uniti è stata oggetto di studi approfonditi in cui vengono anche riportati dati statistici.*

Che cosa dicono questi studi?

*Le percentuali americane variano molto secondo le strutture: la media degli ospedali civili parla del 26%. Un paziente su quattro tra quelli che sono ricoverati in ambito psichiatrico ha avuto almeno un episodio di contenzione fisica.*

*Un'ampia revisione attuata da Fisher nel 1994 ha messo in evidenza come*

*l'uso delle contenzioni e dell'isolamento non sia strettamente legato allo stato psichico del paziente ma sia da ricondurre all'impronta culturale dei responsabili ospedalieri, che incide significativamente sul modus operandi del servizio. Dallo studio citato si evidenzia inoltre come in ospedali piccoli (400-500 letti) con personale motivato e preparato l'uso dei mezzi coercitivi sia estremamente ridotto rispetto a strutture situate in zone metropolitane.*

## **Si può dire di no?**

Avvocato Stefania Cerasoli, lei è avvocato civilista presso il Foro di Vicenza ed è anche esperto in diritto sanitario e aspetti medico-legali dell'assistenza. Pure lei quindi conosce bene ciò di cui stiamo parlando. Può dirci allora se è lecito legare qualcuno contro la sua volontà?

*No. Il diritto alla libertà del proprio corpo è il più elementare dei diritti di libertà.*

Anche in Italia?

*Certamente. È solennemente garantito dalla Costituzione italiana che sancisce l'inviolabilità della libertà personale all'articolo 13, comma 1: "La libertà personale è inviolabile".*

Eppure...

*Eppure basta "una semplice malattia, una perturbazione della mente o, più semplicemente, la vecchiaia perché questo fondamentale diritto venga messo in discussione".*

Questo della contenzione è un fenomeno molto diffuso?

*Sì, anche molto più di quanto non si creda. In Italia si stima che nei settori psichiatrici e geriatrici il ricorso ai mezzi di contenzione abbia una percentuale variabile dal 20 al 50 % dei casi.*

Non ci sono leggi che lo impediscano?

*Ci sono. La prima, nata proprio dal bisogno di regolamentare un fenomeno sempre più incontenibile, risale addirittura a più di cento anni fa. Era la n. 36 del 1904, intitolata "Legge sui manicomi e sugli alienati". Fu seguita dalla n. 615 del 1909, "Regolamento attuativo". Il principio ispi-*

*ratore era che le funzioni assistenziali infermieristiche di custodia e domestiche fossero finalizzate a far rispettare le regole e a controllare e contenere i comportamenti disturbati e disturbanti.*

In seguito che cosa successe? Furono emanate altre leggi?

*Sì. Nel 1968, con la legge n. 431 sull'assistenza psichiatrica, si arrivò a una prima parziale revisione della legge del 1904: punti salienti di tale intervento legislativo erano l'abolizione dell'obbligo dell'iscrizione del paziente al Casellario Giudiziario, il riconoscimento della possibilità di ricovero volontario e l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale.*

Poi seguì la famosa Riforma Psichiatrica, cioè l'ormai mitica Legge 180, la "Legge Basaglia"...

*Sì. La riforma psichiatrica n. 180, poi inserita all'interno della legge n. 833/78, è del 1978 ed è intitolata "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".*

Che cosa ha introdotto di nuovo?

*Ha introdotto il principio che il malato di mente ha gli stessi diritti degli altri pazienti e quindi non deve più essere curato in base alla pericolosità sociale con la custodia. Ne consegue che la cura e il ricovero diventano una libera scelta della persona.*

Quindi significa che non si può più legare nessuno contro la sua volontà.

*Non è esatto. Lo si può fare ancora, ma solo in casi particolari e solo tramite un trattamento sanitario obbligatorio definito però come un atto sanitario e non di controllo sociale. Tale nuova impostazione scuote dalle fondamenta il principio stesso del ricorso ai mezzi di contenzione, al punto da ipotizzarne l'incompatibilità con il principio della volontarietà del trattamento sanitario.*

E nonostante questo si continua a legare?

*Sì. Continuano ad essere redatti protocolli che disciplinano l'uso della contenzione nelle case di riposo, nelle R.S.A, nei reparti di geriatria, nei reparti di rianimazione, nei reparti di neurologia ecc.*

Con quali motivazioni?

*Per quanto riguarda gli ospiti nelle residenze per anziani, per esempio,*

*le motivazioni che inducono a contenerli si ravvisano nella necessità di prevenire i danni da caduta, di controllare i comportamenti disturbanti, quali l'aggressività e il vagabondaggio, e di consentire la somministrazione di un trattamento medico senza l'interferenza del paziente.*

In questo modo si ottengono dei risultati positivi?

*In realtà si tratta di un intervento raramente appropriato nell'anziano a causa delle conseguenze su molte funzioni fisiche e psichiche, non più stimolate adeguatamente. Con il contenimento si riduce la massa e il tono muscolare, peggiora l'osteoporosi, si perdono progressivamente le funzioni di vita quotidiana, come alimentarsi, vestirsi, lavarsi. A questo devono necessariamente aggiungersi le lesioni provocate da presidi inadeguati o nel tentativo di liberarsene. Pesanti sono poi le conseguenze sul piano psicologico, anche se si tratta di pazienti confusi o dementi: dall'agitazione all'umiliazione, alla paura, all'apatia, alla deprivazione neuro-sensoriale. Le cadute, infine, che sono il motivo principale per cui viene usata la contenzione, spesso non diminuiscono e gli esiti sono più rovinosi. La mortalità nei pazienti sottoposti a contenzione pare sia maggiore, anche se è difficile quantificarla.*

Che fare, allora?

*Dati i valori costituzionali inevitabilmente sottesi in materia di misure di contenzione e il totale fallimento dell'applicazione della misura di contenzione in tema di prevenzione dei disturbi comportamentali, si pone come necessario affrontare la tematica da un punto di vista preventivo e in virtù di un approccio multidisciplinare. In altre parole, la decisione di applicare la misura di contenzione dovrà porsi come l'extrema ratio, assunta al termine di un processo che non potrà prescindere da una valutazione multidimensionale del soggetto, strumento che permetterà di capire a priori chi potrebbe essere a rischio di cadute o di disturbi comportamentali.*

*Laddove la contenzione dovesse essere l'ultima risorsa possibile si dovrà porre in essere quanto possibile perché la stessa conservi quella valenza sanitario-assistenziale di cui si parlava senza dimenticare poi che, in quanto atto medico, necessita sempre di prescrizione medica.*

## La cortina del silenzio

Quattro morti, in meno di un anno, all'interno di reparti psichiatrici ospedalieri italiani, e nessuno dice niente? Si indignano per la mancata indignazione il Collettivo Antonin Artaud antipsichiatriapisa e il Collettivo antipsichiatrico Violetta Van Gogh:

“Alcune di queste morti sono avvenute in circostanze sospette, le cui cause rimangono oscure; gravissimi episodi che però non suscitano alcun interesse nell'opinione pubblica e nei mass-media. Viene da pensare che la psichiatria, pseudoscienza priva di comprovate basi scientifiche, agisca casualmente sulle persone trattate con farmaci, ignorando o tralasciando possibili contro-azioni dei composti chimici somministrati; oppure che alcuni medici approfittino della copertura delle istituzioni pubbliche per sperimentare farmaci su pazienti (fatto certo non nuovo); o, ancora, che i medicinali vengano somministrati in dosi massicce solo per sedare pazienti 'scomodi' fino a causare blocchi cardio-respiratori o cardio-circolatori che, non a caso, sono due tra i possibili effetti collaterali di molti psicofarmaci. In ogni caso il reale problema rimane essere quell'alone di mistero che circonda l'istituzione psichiatrica per cui le situazioni degli psichiatrizzati non si conoscono, non si devono conoscere o si ha paura di conoscerle. La 'malattia mentale' rimane quel qualcosa di non dimostrato, eppure a priori riconosciuto da tutti. Si giustifica l'agire medico sull'individuo in nome di una salvaguardia fisica del paziente, a prescindere dalla sua volontà e senza dargli ascolto in quanto considerato incapace di decidere per sé a causa della sua 'patologia'.

Il percorso psichiatrico è sempre e costantemente accompagnato da trattamenti psico-farmacologici, con la tendenza ad annullare emozioni e pensieri dell'individuo 'curato' così da poter riplasmare la sua mente ed annullare i sintomi del suo 'disturbo'. Moltissime volte queste cure avvengono senza il consenso informato; non è raro che gli psichiatri diano farmaci singoli o tolgano il foglietto illustrativo dalle confezioni distribuite nei Centri di Igiene Mentale o ancora che dicano ai pazienti di non leggerlo per non farsi influenzare dai contro-effetti. Contro-effetti che vanno da disturbi di attenzione e memoria, confusione mentale, problemi nel funzionamento di organi, disturbi neurologici, fino al blocco cardio-circolatorio e cardio-respiratorio causando quindi la morte.

Evidente è l'arbitrarietà della scelta terapeutica: a seconda dello psichiatra o dell'ospedale si possono trovare farmaci usati per tutti i tipi di 'disturbi' e farmaci differenti, talvolta anche contrastanti tra loro, usati per una stessa

‘patologia’. Solitamente non viene prescritto un unico farmaco, ma cocktail di sostanze allo scopo di creare una condizione di effetti contrastanti tali da mantenere il paziente in uno stato ‘controllato’ che si traduce però in appiattimento emozionale e rallentamento fisico. Spesso i dosaggi vengono aumentati in modo esponenziale all’unico scopo di sedare e annullare comportamenti e pensieri dello psichiatrizzato, perché porta disagio all’interno del reparto. Diffusissima è la pratica del *depot* (puntura a lento rilascio) nonostante presenti una più alta probabilità nell’insorgere di effetti collaterali poiché rende impossibile lo scalaggio o l’interruzione d’urgenza della terapia in corso (il massimo effetto si ha tra i 7 e i 14 giorni dall’iniezione). Anche volendo tralasciare ogni considerazione sulla reale efficacia degli psicofarmaci non si può negare che stiamo assistendo ad un eccessivo uso di farmaci, che vengono distribuiti a piene mani come fossero pillole della felicità.

Le pratiche psichiatriche sono inoltre costellate da abusi alla persona. È ancora in uso la contenzione fisica, che può giungere ad eccessi come nel caso di Cagliari, per non parlare dell’elettroshock, tuttora presentato come soluzione utile in casi che sembrano sfuggire al controllo degli psichiatri. Assistiamo giornalmente a T.S.O. totalmente arbitrari, spesso effettuati con l’uso della violenza; ricoveri volontari che diventano obbligatori nel momento in cui il paziente rifiuta le cure o chiede di poter tornare a casa. Per non parlare di quegli effetti collaterali dei farmaci fatti passare per sintomi stessi della ‘malattia’. Costante è il ricatto della psichiatria e spesso impossibile per la persona il sottrarsi al suo pressante controllo.

A queste considerazioni non può non seguire una critica della psichiatria come disciplina in sé. Le presunte cause organiche delle cosiddette ‘malattie mentali’ rimangono sconosciute, eppure si ha la pretesa di creare farmaci che possono curarle. Si può dire che la psichiatria sia una medicina fondata sull’effetto: a partire da un comportamento considerato anomalo e quindi sintomo di malattia si studiano quelle sostanze psicotrope in grado di regolarlo a livello cerebrale pretendendo di trovare così la causa organica del disturbo. Altre volte nuove ‘patologie’ vengono create a tavolino per smerciare vecchi e nuovi farmaci ed alimentare il business delle case farmaceutiche facendo leva sui disagi delle persone. Non può che rimanere il dubbio su queste morti, vere e proprie morti di Stato sulle quali è necessario fare chiarezza.

L’invito è a rompere il silenzio, a denunciare gli abusi psichiatrici perpetrati ai danni di individui troppo spesso impotenti perché intrappolati nella

solitudine psichiatrica; a distruggere quei miti di cui la psichiatria si è circondata e a spezzare il muro di silenzio che da sempre la circonda e la difende da attacchi esterni.”

## **T.S.O.!**

Il T.S.O. è un procedimento amministrativo legittimato dall’art. 32 della Costituzione e disciplinato dalle leggi 180/78 e 833/78, che permette di operare un ricovero per l’effettuazione di terapie di medicina generale o psichiatrica contro la volontà della persona ma nell’interesse della sua salute.

Il procedimento viene attivato dopo una segnalazione da parte di un qualsiasi medico, il quale compila una “Proposta di T.S.O.” specificando data, luogo dell’evento, ora, dati anagrafici, una breve descrizione dell’evento e una diagnosi presunta ed apponendo firma e timbro.

Deve poi seguire il “Certificato di Convalida” da parte di un Medico del Servizio Sanitario Nazionale (quindi anche Guardia Medica o Medico del 118), documento che, con riferimento alla proposta suddetta, riporta i dati anagrafici, la diagnosi, la data, la firma e il timbro.

A completamento della pratica deve essere presente un’Ordinanza del Sindaco o di un suo delegato e sul posto devono essere presenti i Vigili Urbani del Comune di residenza o le Forze dell’Ordine (Carabinieri, Polizia).

Con l’ordinanza del Sindaco il soggetto viene accompagnato dalla forza pubblica presso la più idonea struttura sanitaria dove si procede al ricovero per l’A.S.O. (Accertamento Sanitario Obbligatorio); particolare attenzione dovrà essere portata nel caso in cui la persona da sottoporre a T.S.O. sia un minore o un individuo sottoposto a tutela.

Le situazioni che giustificano il provvedimento di T.S.O. sono:

- \* incapacità della persona di avere coscienza del proprio stato di malattia;
- \* opposizione alle necessarie cure;
- \* necessità di un intervento terapeutico urgente, nonché mancanza delle condizioni e delle circostanze atte a consentire di adottare tempestive e idonee misure sanitarie di tipo extraospedaliero.

Il regime terapeutico imposto dal T.S.O. ha una durata di 7 giorni e può essere effettuato solo all’interno di reparti psichiatrici di ospedali pubblici.

Dopo aver firmato la richiesta di T.S.O. il Sindaco deve inviare il provvedimento e le certificazioni mediche al Giudice Tutelare operante sul terri-

torio il quale deve notificare il provvedimento e decidere se convalidarlo o meno entro 48 ore. Lo stesso procedimento deve essere seguito nel caso in cui il T.S.O. sia rinnovato oltre i 7 giorni.

La legge stabilisce che il ricovero coatto può essere eseguito solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni: l'individuo presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, l'individuo rifiuta la terapia psichiatrica, l'individuo non può essere assistito in altro modo rispetto al ricovero ospedaliero. Subito ci troviamo di fronte a un problema: chi determina lo "stato di necessità" e l'urgenza dell'intervento terapeutico? E in che modo si dimostra che il ricovero ospedaliero è l'unica soluzione possibile?

Risulta evidente che le condizioni di attuazione di un T.S.O. rimandano, di fatto, al giudizio esclusivo e arbitrario di uno psichiatra, giudizio al quale il Sindaco, che dovrebbe insieme al Giudice Tutelare agire da garante del paziente, di norma non si oppone. Per la persona coinvolta l'unica possibilità di sottrarsi al T.S.O. sta nell'accettazione della terapia al fine di far decadere una delle tre condizioni, ma è frequente che il provvedimento sia mantenuto anche se il paziente non rifiuta la terapia. Se, in teoria, la legge prevede il ricovero coatto solo in casi limitati e dietro il rispetto rigoroso di alcune condizioni, la realtà testimoniata da chi la psichiatria la subisce è ben diversa. Con grande facilità le procedure giuridiche e mediche vengono aggirate: nella maggior parte dei casi i ricoveri coatti sono eseguiti senza rispettare le norme che li regolano e seguono il loro corso semplicemente per il fatto che quasi nessuno è a conoscenza delle normative e dei diritti del ricoverato. Spesso il paziente non viene informato di poter lasciare il reparto dopo lo scadere dei 7 giorni ed è trattenuto inconsapevolmente in regime di T.S.V. (Trattamento Sanitario Volontario). Persone che si recano in reparto in regime di T.S.V. sono poi trattenute in T.S.O. al momento in cui richiedono di andarsene. Diffusa è la pratica di far passare, tramite pressioni e ricatti, quelli che sarebbero ricoveri obbligati per ricoveri volontari: si spinge cioè l'individuo a ricoverarsi volontariamente minacciandolo di intervenire altrimenti con un T.S.O. La funzione dell'A.S.O. è generalmente quella di portare la persona in reparto, dove sarà poi trattenuta in regime di T.S.V. o T.S.O. secondo la propria accondiscendenza agli psichiatri.

Esemplificativa la vicenda di M. R., condotto al CSM di Livorno per un A.S.O. il 30 gennaio 2008: M. in quella occasione accettò il ricovero volontario per non incorrere in un T.S.O. ma il 6 febbraio, alla sua richiesta di uscire, gli venne notificato un T.S.O. che lo costrinse a rimanere in reparto

per altre due settimane. L'obbligo di cura oggi infatti non si limita più alla reclusione in una struttura, ma si trasforma nell'impossibilità effettiva di modificare o sospendere il trattamento psichiatrico per la costante minaccia di ricorso al ricovero coatto cui ci si avvale alla stregua di strumento di oppressione e punizione. L'attuale situazione è frutto non solo del potere psichiatrico e della totale mancanza di informazioni in merito all'istituzione psichiatrica, ma anche delle pressioni e intimidazioni più o meno dirette che le persone finiscono per subire in ambito familiare e sociale.

Un altro dato non può essere tralasciato, ed è che il grado di spersonalizzazione ed alienazione che si raggiunge durante una settimana di T.S.O. ha pochi eguali. Il ricovero coatto rimane un atto di violenza e rappresenta un grande trauma per chi lo subisce, insieme al bombardamento farmacologico che mira ad annullare la coscienza di sé della persona e a renderla docile ai ritmi e alle regole ospedaliere.

## **Storie da letto (di contenzione)**

### *Letti di contenzione 1*

“GR era ricoverato in SPDC, legato. Da due ore doveva urinare e chiamava invano l'infermiere. Allora cercò, nonostante le cinghie, di spostarsi pian piano. Ruotò sul fianco fino al bordo del letto e riuscì ad urinare per terra senza bagnarsi. Poco dopo, finalmente giunse l'infermiere. Lo apostrofò così: ‘Bastardo, l’hai fatto apposta!’.”

### *Letti di contenzione 2*

“TF aveva delle esplosioni di rabbia. Poi un giorno aveva tentato il suicidio. Era legato da un sacco di tempo (forse due mesi). Il giorno di Natale per qualche minuto gli slegarono una mano per fargli mangiare una fetta di panettone.”

Paolo (01/11/2007)

[paoloteruzzi.myblog.it/archive/2007/10/31/  
psichiatria-letti-di-contenzione-storie-vere.html](http://paoloteruzzi.myblog.it/archive/2007/10/31/psichiatria-letti-di-contenzione-storie-vere.html)

## I limiti legali

Avvocato Stefania Cerasoli, per praticare la contenzione è sufficiente la prescrizione medica?

*No, non è sufficiente. La prescrizione, per essere valida, dovrà essere preceduta dal consenso informato. Solo in questo modo la contenzione assumerà dignità propria.*

E se la prescrizione non è preceduta dal consenso informato?

*Allora rimane una pratica illegale, laddove applicata senza il consenso del paziente.*

C'è una responsabilità precisa del medico, quindi.

*Senz'alcun dubbio. Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità. Egli non può prescindere infatti dal livello culturale e dalle capacità di comprensione del singolo individuo e deve avere quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile, come per altro prescrive anche l'art. 30 del Codice Deontologico medico.*

E nel caso, invece, di paziente incapace di comprendere?

*Nel caso di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore. È quanto prescrive l'art. 33 del Codice Deontologico medico.*

Possono però capitare delle situazioni a metà via. Situazioni, cioè, in cui il paziente non è legalmente interdetto ma non è neanche cognitivamente integro.

*Spesso, infatti, nelle case protette, nelle residenze sanitarie assistenziali e nei centri diurni sono ospitati soggetti con disturbi psicologici-comportamentali per i quali il trattamento d'urgenza diventa quotidianità. È evidente allora come per tali soggetti risulti arduo esprimere un consenso valido in quanto è difficile pensare a un loro coinvolgimento nell'iter decisionale.*

E in caso di demenza?

*La diagnosi di demenza non indica di per sé una perdita della competenza intesa come la capacità di comprendere una situazione e di prendere deci-*

sioni al riguardo. Nelle prime fasi della malattia è infatti possibile che il paziente sia ancora in grado di valutare correttamente una situazione e prendere quindi decisioni al riguardo. Questo perché la competenza non è un concetto unitario: esistono molteplici abilità funzionali differenti, per cui il soggetto può non essere più in grado di guidare la macchina ma ancora in grado di esprimere il proprio consenso (ad esempio, per partecipare a una sperimentazione medica). Si parla quindi di standard soggettivo, che corrisponde a ciò che quel determinato paziente può comprendere e in merito al quale decidere. In questo caso informazione e acquisizione del consenso dovranno confrontarsi con diverse capacità decisionali. Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento dell'anziano nell'iter decisionale, sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito.

In tal caso è obbligatorio che il medico intervenga?

Sì, la posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico costituisce espressione dell'obbligo di solidarietà garantito dalla Costituzione, funzione che gli conferisce addirittura l'obbligo giuridico di intervenire sancito dall'art. 40 del codice penale secondo il quale "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo". A questo deve necessariamente aggiungersi che le professioni sanitarie in genere, le quali costituiscono "servizi di pubblica necessità" ai sensi dell'art. 359 C.P. (Codice Penale), implicano talora l'uso di violenza personale nell'interesse del paziente.

Ciò vuol dire che in questi casi, pur essendoci reato, non c'è punibilità.

Infatti. È chiaro il riferimento allo stato di necessità disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale secondo il quale il medico che abbia applicato la misura di contenzione, pur avendo compiuto un reato (in quanto ha limitato la libertà di movimento di una persona senza il consenso di quest'ultima) non sarà punibile qualora vi sia stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. In tali circostanze il medico ha non solo il diritto ma anche il dovere di agire sebbene in assenza di esplicito consenso in quanto, in caso contrario, potrebbe incorrere nell'accusa di abbandono d'incapace.

Sono imposti dei limiti all'intervento del medico?

*Perché possa dirsi sussistente lo stato di necessità, e quindi perché il medico che ha applicato la misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente non sia punibile, è però necessario che sussista il cosiddetto principio di proporzionalità. Oltre all'imminenza e alla non evitabilità del pericolo si richiede quindi la proporzionalità del fatto al pericolo, cioè quell'adeguatezza d'intervento verso i rischi cui il soggetto andrebbe incontro non applicando, nel caso concreto, la misura di contenzione. È evidente quindi che la contenzione non potrà mai essere dettata da motivazioni di carattere punitivo o giustificata per sopperire a carenze organizzative.*

Durante la contenzione come si provvede al paziente?

*Da quanto detto discende come naturale corollario che, durante tutto il periodo in cui viene contenuto, il paziente dovrà essere assistito continuamente e in maniera personalizzata. Non solo: come un qualsiasi atto sanitario, la contenzione non è mai un processo statico ma dinamico che va affrontato e rivisto periodicamente.*

Questo vale anche per l'infermiere?

*Sì, il Codice Deontologico dell'infermiere, all'art. 4.10, prevede espressamente l'obbligo per l'infermiere di adoperarsi "affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali".*

Che rapporto deve esistere fra medico e infermiere rispetto alla contenzione?

*Essendo la contenzione assimilabile a una pratica terapeutica, l'infermiere potrà contenere soltanto se esiste una prescrizione medica. Esiste cioè una sorta di regola di base consistente nel verificare se la contenzione è registrazione in cartella clinica con l'indicazione della motivazione circostanziata, della durata del trattamento o della sua rivalutazione previa verifica e del tipo di contenzione e delle modalità da utilizzare (solo polsi, oppure polsi e caviglie, ecc.). Naturalmente possono verificarsi situazioni tanto urgenti da non consentire la possibilità di seguire la procedura sopra descritta o addirittura che il medico non sia presente fisicamente in reparto. In questo caso, perché l'infermiere possa contenere il paziente, dovrà sussistere, come*

*già illustrato, il cosiddetto stato di necessità.*

E se l'interessato dice di no?

*Si apre allora una questione molto interessante, che pone il problema delicatissimo del dissenso al trattamento sanitario e, più precisamente, all'applicazione della misura di contenzione. Questo può succedere qualora il paziente, anziché essere incapace a consentire, rifiuti l'applicazione della misura di contenzione. Bisogna però che il rifiuto sia attuale, lucido e informato rispetto alle condizioni di salute e ai rischi eventuali.*

## **Le altre emergenze**

Spesso il personale sanitario si trova a gestire situazioni di emergenza anche in altre situazioni oltre al T.S.O., prima fra tutte quella di **Pronto Soccorso**. Questa, anzi, è la tipica situazione che fa “dare di matto”. Le statistiche americane, le uniche ancora una volta a riportare dati significativi, sottolineano come esistano meccanismi che si scatenano proprio durante l'arrivo e l'eventuale sosta in Pronto Soccorso e che favoriscono i comportamenti aggressivi. Il grande numero di accessi al servizio, i lunghi periodi di attesa, la non conoscenza delle procedure di accoglienza assistenziale da parte dell'utente, l'esistenza di un'astanteria scomoda e poco confortevole sono tutte condizioni che, come è facile intuire e verificare, spesso si presentano anche negli ospedali di tutta Italia.

All'insorgere di una crisi aggressiva i protocolli medici e infermieristici prevedono che vadano immediatamente allertati il medico responsabile della sezione e il personale di Pubblica Sicurezza. Se possibile, va predisposto l'isolamento ambientale considerando la situazione come un vero e proprio codice d'emergenza (*codice rosso*) e gestendola con la massima priorità possibile. In questo caso il ricorso alla contenzione può essere giustificato, ma solo se convalidato da un T.S.O.

Se l'utente presenta solo manifestazioni di aggressività verbale con urla e minacce dimostrando di essere agitato, presentando un atteggiamento di sfida o sospetto, delirando, e se viene riferita da parte di familiari o amici l'assunzione di sostanze psicotrope, basterà identificare la situazione con un *codice giallo* e agire di conseguenza.

Qualora infine le manifestazioni siano solo verbali e siano presenti ac-

compagnatori capaci di gestire l'utente, si può tranquillamente identificare la situazione con un *codice verde*, demandandola al momento più opportuno.

Un'altra casistica da prendere in considerazione è quella relativa al **Soccorso Extraospedaliero**, quando cioè sul territorio ci si trova di fronte a persone la cui patologia non è ancora stata diagnosticata, che dimostrano comportamenti atipici, spesso violenti, e che rappresentano un pericolo per se stessi e per gli altri. In questi casi il personale deve sempre ricordarsi che occorre garantire la propria incolumità agendo con calma ed autocontrollo, sapendo ciò che può o non può essere fatto da solo; la collaborazione con le altre figure eventualmente presenti (Medico, Volontari del Soccorso, Forze dell'Ordine, familiari e amici) gioca davvero un ruolo fondamentale e può garantire la riuscita del soccorso evitando ogni possibile complicazione.

Il ricorso alla contenzione può essere predisposto solo dopo un'attenta valutazione interdisciplinare (il medico analizzerà gli aspetti sanitari, l'infermiere gli aspetti assistenziali, le Forze dell'Ordine valuteranno le alternative possibili per la gestione dell'ambiente in generale) e comunque sempre in osservanza della normativa vigente già descritta.

Esiste anche una situazione di emergenza, che si verifica quando la persona si trovi in condizioni psicofisiche particolari tali da evidenziare condizioni di grave rischio immediato per sé o per gli altri (per esempio, in caso di manifestazioni autolesive o violente nei confronti di terzi o in caso di tentato suicidio) e necessari di assistenza non demandabile.

In queste situazioni è necessario contattare una **Forza di Polizia** i cui addetti, intervenuti sul luogo e dopo aver valutato le condizioni della persona, procedono all'accompagnamento presso una struttura sanitaria in cui verrà valutata l'eventuale necessità di attivare un T.S.O.

### **T.S.O. per uno sfratto**

La notizia viene messa in rete il 20 marzo 2008 da "*violetta*" (Collettivo antipsichiatrico Violetta Van Gogh, [www.violetta.noblogs.org](http://www.violetta.noblogs.org)) e riguarda un caso che potrebbe capitare a chiunque di noi. La patologia psichiatrica

del paziente in questione è infatti molto comune e ha anche un nome ben preciso: sfratto.

“Premettendo che per noi nessuno è da curare con la coercizione psichiatrica, ci sembra comunque ancora meno accettabile il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio in caso di sfratto!

Non è la prima volta che capita a Firenze. (...) L'11 gennaio 2008 il T.S.O. è toccato a F. B., 72 anni, invalido al 100%, durante lo sfratto, o meglio l'esproprio della sua casa di Scandicci sulla quale dovrà passare la terza corsia dell'autostrada. I giornalisti si sono indignati, gli psichiatri si sono indignati, ma intanto lui è stato sedato, portato via da una casa di sua proprietà, caricato in ambulanza e ricoverato in un reparto psichiatrico. E tutto questo perché non voleva abbandonare la sua abitazione, i suoi pianoforti, la sua terra, i suoi animali...

Sembrebbero più che legittime le sue rivendicazioni, così come la sua ferma volontà di non lasciare ciò che era suo e a cui era legato. La sua lunga lotta contro la Società Autostrade, iniziata già negli anni '50 visto che l'autostrada stessa passava a un metro da casa sua, si è così conclusa nel peggiore dei modi. Dopo il reparto, all'uomo è stata riservata una camera in albergo, la promessa di un indennizzo, ma solo la promessa, e dei soldi per una nuova casa che corrispondono a circa un terzo del valore di quella abbattuta.

Oggi il signor B. e l'anziana moglie sono ancora in albergo, ma non più a spese del Comune che si è limitato a pagare fino al 21 febbraio, mentre dei soldi dell'indennizzo non se ne parla proprio.”

### **Madre in T.S.O. perché le sottraggono il figlio**

Succede in Veneto ed è una storia finita anche sui giornali. Il bambino, a seguito della separazione dei genitori, alcuni anni fa è stato sottratto alla madre e affidato ai Servizi Sociali. Può vederla soltanto un'ora alla settimana sotto sorveglianza. Per rispetto verso di lui non aggiungeremo altro.

La madre – che fino a prima della separazione era considerata una madre “perfetta” – dopo estenuanti, costosissimi, numerosissimi e del tutto inutili tentativi di liberare il figlio è stata ricoverata in Reparto Psichiatrico con un T.S.O. per la crisi nervosa che l'ha colpita.

Il figlio tra qualche mese compirà diciott'anni e allora nessuno potrà più trattenerlo contro la sua volontà. Quale madre troverà, al suo ritorno a casa?

## **Il consenso informato**

Avvocato Cerasoli, il medico può intervenire anche contro la volontà del paziente?

*Il dissenso è cosa profondamente diversa dall'incapacità a consentire; nel dissenso si ha una manifestazione di volontà che decide in ordine alla propria salute sia pure negativamente in quanto frutto del particolare diritto alla libera autodeterminazione. La Costituzione italiana, inoltre, al comma 2 dell'art. 32 non impone di curare certe malattie ma di subire determinati trattamenti; e perché ciò possa avvenire occorre che vi sia un interesse della collettività.*

Come si fa a stabilire l'interesse della collettività?

*L'interesse della collettività non è quello di un numero indefinito di persone, ma la somma dei singoli che costituiscono un certo contesto sociale. Ed è interesse-diritto alla propria salute. Non può cioè trattarsi né di sanità pubblica né di sicurezza pubblica, ma di salute pubblica. Insomma, perché un trattamento sanitario possa, secondo legittimità costituzionale, essere imposto occorre che sia finalizzato sia alla cura della persona che lo subisce sia ad un interesse per la salute della collettività. La dottrina giuscostituzionalistica è inoltre concorde nel ritenere tale riserva di legge rinforzata dal rispetto della dignità della persona umana (ricordiamo infatti che per l'art. 13 Cost. la libertà personale è inviolabile). Si pongono quindi come contrari al rispetto della dignità della persona umana quei trattamenti imposti unicamente al fine di garantire la salute del solo paziente. In tal modo, infatti, egli verrebbe ad essere privato del diritto alla libera autodeterminazione sulla base di principi di uno Stato paternalistico.*

Solo quindi in presenza dell'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio per legge il medico potrà prescindere dal consenso del paziente.

*È chiaro che la contenzione rimane una pratica illegale laddove applicata senza il consenso del paziente. Né si può, a mio parere, ritenere sussistente nella fattispecie in esame lo stato di necessità di cui all'art. 54 C.P. che legittima l'applicazione della misura di contenzione prescindendo dal consenso del paziente. Manca, infatti, il requisito dell'attualità del pericolo in*

*quanto raramente, in ordine all'applicazione o meno di misure di contenzione, esistono pericoli per la vita: non può dirsi infatti che esiste un pericolo attuale per la persona, cosa tra l'altro futura oltre che difficile da dimostrare in anticipo. Né potrebbe ritenersi soddisfatto il principio di proporzionalità in quanto la misura della contenzione è limitativa della libertà della persona e profondamente lesiva della dignità della stessa. Sarebbe eccessiva oltre che indeterminata per la forma e per la durata.*

Neppure se si ricorre alla nomina di un amministratore di sostegno?

*No, non è percorribile il ricorso alla nomina di un amministratore di sostegno allo scopo di prestare il consenso informato in ordine all'applicazione della misura di contenzione trattandosi, nel caso in esame, di soggetto capace di intendere e volere e quindi in grado di esercitare in proprio il diritto di autodeterminazione al trattamento sanitario. Il Giudice Tutelare del Tribunale di Torino, con decreto del 22.05.2004, ha ben precisato infatti che l'attività dell'amministratore di sostegno, per quanto attiene la cura della persona, "non potrà comportare la sostituzione del consenso del malato, in caso di decisioni relative a interventi o terapie già rifiutate dallo stesso o che lo stesso non è in grado di valutare ai fini della decisione, salvi i casi di urgenza ai sensi dell'art. 405 c. 4, c.c."*

Lei che opinione si è fatta?

*Io ritengo di poter legittimamente concludere nel senso che il medico non possa fare altro che subire il fermo e lucido dissenso del paziente.*

Altrimenti?

*Altrimenti, qualora procedesse ugualmente all'applicazione della contenzione, potrebbe correre il rischio di essere accusato di sequestro di persona.*

## **I parenti denunciano**

I parenti dei "pazzi" non ci stanno. Secondo loro quella della contenzione è una pratica non eccezionale ma abituale. E, periodicamente, protestano. L'articolo a firma di Paolo Andruccioli apparso il 10 gennaio 2007 nel sito INAIL – SuperAbile.it (il Contact Center Integrato SuperAbile di informazione e consulenza per la disabilità progetto INAIL – Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, [www.superabile.it](http://www.superabile.it)) riporta la posizione dell'Unasam (Unione nazionale delle Associazioni per la Salute mentale). È una posizione di forte denuncia: "*Elettroshock e malati legati. Le famiglie di per-*

*sonne con malattia mentale espongono al Governo una situazione oscura per la psichiatria italiana, quasi da pre-riforma Basaglia. E rilevano come stia tornando 'la cultura dello stigma'.*” Ed ecco il testo dell'articolo di Andruc-  
cioli:

“ROMA. Le risorse sono sempre più scarse, i servizi sono spesso mal organizzati, il personale sia medico, sia infermieristico, è carente. La situazione in molte realtà italiane sta ridiventando esplosiva e c'è il rischio di tornare indietro rispetto alle grandi riforme della fine degli anni Settanta. Ma non c'è solo un problema di scarsità di risorse e di servizi insufficienti. Ci sono anche casi di vera e propria violazione dei diritti dei malati mentali che vengono sottoposti a cure e terapie forzate e spesso inadatte. È la denuncia molto forte rilanciata dall'Unasam, che ha organizzato un convegno a Roma sulle 'questioni inderogabili' relative appunto alla salute mentale.

Gisella Trincas, presidente dell'Unasam, nella sua relazione introduttiva che è stata ascoltata direttamente dal ministro della Salute, Livia Turco, non ha usato mezzi termini né una fraseologia diplomatica per descrivere la situazione reale in Italia. Nella maggior parte degli istituti (quelli che hanno sostituito i vecchi manicomi) persistono situazioni 'molto difficili e inaccettabili'. Ecco solo qualche esempio che Gisella Trincas ha voluto estrapolare dalle tante esperienze dirette raccontate dalle associazioni che si occupano dei malati e delle loro famiglie. Si verifica spesso il ricorso a pratiche coercitive e lesive della dignità della persona, in molti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, 'che violano i diritti umani'. Il presidente dell'Unasam ha fatto riferimento in particolare a casi di contenzione fisica, porte chiuse, videosorveglianza. Ma queste sono quasi banalità in confronto al ritorno della pratica dell'elettroshock e del forte contenimento farmacologico, che tradotto significa uso e abuso di psicofarmaci.

Ci sono poi altri problemi non meno pesanti. Uno di questi è il sostegno quasi sempre inadeguato alle famiglie dei malati che si trovano ad assumersi sempre più di frequente il carico assistenziale in totale solitudine e disperazione. Il taglio delle risorse nei Comuni e nelle Regioni ha determinato le tante difficoltà che vivono gli operatori nei Servizi. 'Il più delle volte – ha detto Trincas – gli interventi si limitano a visite periodiche ambulatoriali a distanza di uno, due o più mesi. Un medico può avere in carico anche 300 pazienti. Ci sono poi decine di casi di malati di mente che vengono letteralmente abbandonati a se stessi, mentre anche il sostegno e la tutela dei bambini e degli adolescenti figli o fratelli di persone con sofferenza mentale sono a dir poco carenti o inesistenti.

In tutto ciò, nonostante la disoccupazione e l'inoccupazione in vari settori, è allarme per la mancanza di figure professionali adeguate, quali gli psicologi, gli educatori, i terapisti della riabilitazione e gli assistenti sociali.

Se qualcosa ha retto, ha spiegato il presidente dell'Unasam, lo si deve alla società civile che è riuscita a reagire nonostante l'assenza della politica e delle risorse finanziarie.

In una situazione del genere colpiscono le violazioni dei diritti quanto e più delle carenze. Nei Servizi succede spesso che le persone in cura vengano legate, mentre denunce sul comportamento di alcuni operatori sono state avanzate in parecchi ospedali italiani e non solo nei reparti psichiatrici, ma anche in quelli di pediatria e geriatria. I manicomi non ci sono più, ma spesso la pratica di intervento rimane manicomiale.

Anche i famosi Opg, gli ospedali psichiatrici giudiziari, hanno mostrato il loro totale fallimento e ci sono casi di vero e proprio scandalo, come quello del reparto femminile di Castiglione delle Stiviere o di Bisceglie.

Il presidente Trincas ha chiesto quindi al ministro Turco di avviare un'indagine conoscitiva su tutto il territorio nazionale per eliminare tutte quelle 'situazioni di illegalità e abuso che lucrano sulla sofferenza e le difficoltà delle famiglie'. Sì, perché oltre alla malasanità mentale e alle tante carenze nel superamento delle vecchie strutture manicomiali si verifica anche una sorta di nuovo business. Ci sono vari istituti privati che non risolvono i problemi dei malati e si fanno pagare molto bene, magari 'deportando' lontano dalle città di provenienza le persone sofferenti, con ulteriori aggravii e disagi per le loro famiglie che sono costrette a viaggiare continuamente per far visita ai propri cari".

## **Dal Sud al Nord sale la protesta**

La denuncia viene anche dal Coordinamento dei Forum Regioni meridionali sulla Salute mentale, riunitosi a Bari nel settembre 2005 per un incontro promosso dal Coordinamento dei Forum nato nel luglio precedente ad Aversa sull'onda di una proposta lanciata ed agita dai Presidenti delle Regioni meridionali per ricercare contatti forti con gli assessori regionali alla salute e alle politiche sociali e con sindaci e assessori provinciali, convinti che possa e debba avvenire un'inversione certa di tendenza e possano e debbano realizzarsi politiche di sostegno, di valorizzazione e protagonismo

delle persone, a partire da quelle che con maggiore difficoltà accedono alla cittadinanza.

Il 30 settembre esce un comunicato ([www.forumsalutementale.it](http://www.forumsalutementale.it)) firmato dalla portavoce nazionale dei Forum, Giovanna Del Giudice, che dice senza mezzi termini:

“(...) Le cliniche neuro-psichiatriche sono spesso cronicate per persone diseredate, disabili o scomode. Il problema ancora si pone come debolezza del servizio pubblico nel senso di CSM /ambulatori, privi di posti letto, che forniscono prestazioni omologanti, senza pratiche di presa in carico complessiva ed allargata, di continuità terapeutica, luoghi di smistamento della domanda e di autorizzazione burocratica dei ricoveri nelle strutture private, spesso senza vedere neppure la persona e senza l’assunzione dei compiti di progettazione e verifica dei programmi di cura e riabilitazione; di SPDC a porte chiuse dove si contiene; di assenza di programmi di abilitazione e di inserimento lavorativo, di ambienti e arredi squallidi. (...)”

Va continuata e sviluppata l’azione di denuncia della contenzione, della violazione del corpo e dei diritti che ancora oggi rischiano di subire e subiscono le persone che fanno l’esperienza della malattia mentale (oltre che gli anziani, gli handicappati....) e tanto più l’inizio di azioni su più livelli per eliminare tali pratiche, che prendano l’avvio dallo svelamento delle stesse e non dal loro occultamento. Come si evince dalla ricerca Progress Acuti, nei due terzi dei luoghi di cura, sia SPDC che cliniche private, si ricorre alla contenzione. Il 63% dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura usa in maniera routinaria i mezzi di contenzione e opera a porte chiuse con un uso massiccio di psicofarmaci, quando non di elettroshock. Le strutture residenziali solo nel 7% dei casi sono abitazioni di dimensioni e di tipo familiare. Non è più sopportabile limitarsi allo scandalo e alle denuncia solo quando vengono scoperti nuovi lager, per matti o vecchi o handicappati...

Va sviluppata e sostenuta, anche attraverso incentivi, la lotta per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, luoghi di non cura, di non rispetto della dignità, di non responsabilizzazione dei soggetti, attraverso programmi di presa in carico e di dimissione (3 OPG sono nelle regioni meridionali) da parte dei DSM dei pazienti di competenza territoriale, a partire dalle persone con cosiddetta ‘pericolosità evanescente’ (più del 30%)”.

## **Non legacci ma legami**

“NON LEGACCI MA LEGAMI” Con questo penetrante slogan si è tenuto a Milano, nel febbraio 2006, il Forum Nazionale Salute Mentale dal quale è scaturito un documento finale (in [www.forumsalutementale.it](http://www.forumsalutementale.it)), a cura di Anna Del Biondo, membro dell’Associazione 180 amici de L’Aquila, che contribuisce a mettere ulteriormente a fuoco i punti “dolenti” della problematica relativa alla contenzione. Leggiamo:

“La contenzione è un provvedimento disciplinare ‘violento’ messo a segno sul paziente mentale. Scatta ‘quasi automaticamente’ con pazienti in T.S.O. Solitamente viene associata alla contenzione farmacologica che già riduce a zombi i pazienti trattati, limitandone le difese.

I Giudici Tutelari e i Sindaci che devono ratificare le procedure formali avvallano, troppo frequentemente, i T.S.O. e non raramente sono ignari di quanto avviene nelle corsie dei S.P.D.C. o omettono di valutare se, di fatto, le situazioni siano di una tale gravità, come riferite, da giustificare sia il T.S.O. che la contenzione. Di solito ratificano senza verificare... e non raramente ci si trova di fronte a situazioni incresciose e lesive. A farne le spese, ovviamente, sono i malati mentali.

È necessario pertanto diffondere linee guida comportamentali ‘con una certa urgenza’ e creare degli osservatori di tutela nei confronti dei malcapitati pazienti psichiatrici privi di ogni difesa anche a causa dello stigma di cui sono oggetto; persino nei confronti di istituti tutori che li ritengono non credibili proprio a causa della loro malattia mentale. Questi osservatori dovrebbero essere diffusi su tutto il territorio nazionale. Bisognerebbe istituire inoltre, a scopo di tutela, degli osservatori sul mobbing di cui sono oggetto operatori che non sono disposti a praticare mezzi coercitivi...

Spesso praticata ‘a porte chiuse’, la contenzione costituisce una grave violazione dei diritti umani della persona, con l’ulteriore aggravante che viene ‘troppo spesso’ praticata su persone malate, in grave disagio e indifese. Persone, queste, incapaci di reagire idoneamente e legalmente per via dello ‘stigma’ di cui sono oggetto. La credibilità di un paziente mentale è troppo sovente molto labile nei confronti di quella riservata allo staff operativo, per questo i malati sono perdenti... anche di fronte a contenziosi legali. La contenzione è pertanto un atto meschino e umiliante: per chi la esercita, per chi la subisce. È indice di scadente professionalità e denuncia la scarsa motivazione trasferita in un ambito lavorativo così delicato: un posto di lavoro dove il malato mentale, vessato da fatti violenti, cerca scampo, riparo, pro-

tezione e comprensione. Cerca cioè, quasi inconsciamente, di risolvere i grovigli in cui si trova impelagato.

La contenzione è la vergogna dei Dipartimenti di Salute Mentale che ancora la adottano giustificandola come metodo terapeutico. La contenzione non è un metodo! È una violenza! E una violenza non può essere mai un metodo!

È una serie innumerevole di abusi. Una violenza è stimolo a ulteriori violenze e mette in atto una serie considerevole di atti violenti e coercitivi sia su chi la pratica che su chi la subisce. Figlia del riduzionismo biologico, che considera 'indebitamente' il disturbo mentale legato quasi esclusivamente a fattori fisici inguaribili, la contenzione fisica e/o farmacologica non considera affatto né tutela i diritti paritari della persona; ne limita le capacità anche mentali; ne impedisce l'autodifesa. Addirittura mette in crisi la stessa riabilitazione!

Solitamente la contenzione viene praticata a porte chiuse: perché occhi non vedano e cuori non intendano. E ciò viene meschinamente giustificato con il ricorso a una questione di privacy... Ma le realtà lette all'interno degli istituti di ricovero sono ben diverse. Indice di bassa professionalità, derivante da vecchi residui manicomiali, la contenzione appartiene alla sfera dei mezzi repressivi e sadici messi a segno per violare corpi sofferenti, resi 'indifesi' già da una massiccia dose di psicofarmaci che annientano la capacità di relazione e la stessa capacità di pensare o provvedere a se stessi. È la profanazione dei corpi malati e/o altamente provati da indicibili disagi. È, drammaticamente, un vecchio residuo manicomiale, trascinato nel tempo, senza essersi mai chiesti il perché. È una procedura penosa da mettere al bando velocemente, senza 'ma' e senza 'se'. (...) Trasferito nell'ambito della terapia psichiatrica, un metodo è tutto ciò che facilita la liberazione della persona in trattamento dagli impegolamenti interiori e della malattia e/o dal disagio di cui è vittima. Il compito del riabilitatore non è reprimere e/o punire, ma riabilitare, rieducare, stimolare a migliorare. Ciò avviene solo su interazione che implica un cambiamento interiore della persona in trattamento. Il tutto sottende una relazione di reciproca fiducia e di affidamento nei confronti del terapeuta. Quando questo manca, o viene compromesso da atti lesivi come la contenzione, non ci può essere riabilitazione. Vengono a mancare i presupposti di stima e reciproca fiducia, condizione senza la quale non si giunge a un atto terapeutico efficace e duraturo nel tempo. Non c'è educazione dove non c'è convinzione e non c'è convincimento dove non c'è fiducia. Un educatore convince, non reprime. Il

compito dell'educatore psichiatrico non è quello del secondino.

La contenzione non può dunque essere giustificata. Va bandita con ogni mezzo. Purtroppo la psichiatria pubblica e privata continua a servirsi di questi e altri mezzi coercitivi e vuole giustificarli ricorrendo con ogni strategia agli istituti tutori anche quando la contenzione, come viene praticata nella realtà, sconfinava troppo spesso nel sequestro di persona.

La contenzione verrà eliminata solo quando un'altra cultura professionale attraverserà l'Italia, all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, e restituirà agli operatori le loro precise responsabilità. Sarà eliminata solo se gli operatori, cambiando mentalità, considereranno il paziente un uguale essere umano maggiormente indifeso. Qualunque legge in merito non sarà a sufficienza un buon deterrente. Per concludere, il nostro motto operativo sia: **NON LEGACCI, MA LEGAMI**".

## **Il videoshock del CCDU**

Contenzione e T.S.O. sono fra i temi fondamentali anche della mostra itinerante "*Psichiatria: un viaggio senza ritorno*" organizzata dal CCDU Onlus (Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani), sezione italiana del CCHR (*Citizens Commission Human Rights*).

Ovunque vada, la mostra richiama migliaia di visitatori – anche per la concomitante proiezione di un video davvero shock su abusi psichiatrici avvenuti negli Stati Uniti (visionabile nel sito del Comitato, [www.ccd�.org](http://www.ccd�.org), e pure in [www.youtube.com/watch](http://www.youtube.com/watch)) – e alimenta un serrato dibattito cui partecipano alcune tra le voci più illustri della società civile. Ne è un esempio, fra i tanti, il convegno di Verona del 19 ottobre 2007 dove, accanto ai rappresentanti del CCDU, sono comparsi al tavolo dei relatori anche gli esponenti di punta del Tribunale per i Diritti del Malato di Verona e dell'Associazione CittadinanzAttiva.

“La natura del T.S.O. – è stato detto nell'occasione – dovrebbe essere quella di un provvedimento sanitario di carattere eccezionale, che limita la libertà personale di chi vi è soggetto e che è rivolto a quei cittadini in condizioni di disagio psichico tale da essere realmente pericolosi per sé e per gli altri. Ma è veramente così? E... cosa sono e come vengono applicati i metodi di contenzione?”

“Vorremmo realizzare degli atti dove sia chiaro e si faccia emergere

quando il trattamento sanitario è un abuso – ha affermato Flavio Magarini, presidente del Tribunale per i Diritti del Malato. – Non perché lo diciamo noi, ma perché lo dicono autorevoli esponenti sia del mondo giudiziario che, soprattutto, di quello sanitario.”

Anche il dott. Franco Ariosto, Vice Questore aggiunto, è intervenuto sull'argomento in modo significativo: “Questo è un argomento che ci sta molto a cuore (...). Ci siamo resi conto che spesso viene chiamata la polizia quando invece, al suo posto, sarebbe necessario un servizio sul territorio adeguato a quella situazione di disagio”.

## Estremi di reato

*“Prima ancora che antigiuridica, la contenzione è un atto di resa delle istituzioni sanitarie che la praticano, che con essa svelano la loro incapacità di stabilire un rapporto umanamente accettabile con i loro pazienti.”*

Leonardo Grassi – Fabrizio Ramacciotti

La contenzione fisica, come abbiamo visto, è lecita soltanto nei casi in cui abbia come finalità la custodia, la prevenzione o la cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Il Codice Penale prevede le situazioni nelle quali la contenzione è giustificata (**art. 51**: “Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere”; **art. 54**: “Stato di necessità”) oppure è dovuta (per non incorrere nei reati di cui agli **artt. 589**: “Omicidio colposo”, **590**: “Lesioni personali colpose” e, soprattutto, **591 comma 1**: “Abbandono di persone minori o incapaci”, che così recita: “Chiunque abbandoni una persona minore di anni 14, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni”).

Il disposto di alcuni di questi e di altri articoli è particolarmente importante. Se ricorrono, infatti, gli estremi dello stato di necessità (**art. 54**), la misura di contenzione (sempre comunque proporzionata al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di “abbandono di incapaci”

(**art. 591**) anche perché, secondo l'**art. 40 comma 2 c.p.**, “non impedire l'evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo”.

Al di fuori di questi casi, qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si potrebbero configurare i reati di sequestro di persona (**art. 605 c.p.**), violenza privata (**art. 610**) e maltrattamenti (**art. 572**).

Se poi, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche...), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato: per responsabilità colposa (i già citati **artt. 589 c.p.**, “Omicidio colposo”, e **590 c.p.**, ‘Lesioni personali colpose’) oltre che per violazione dell'**art. 586 c.p.** (‘Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto’). E inoltre si potrebbe verificare l’“abuso dei mezzi di correzione e di disciplina” **ex art. 571 c.p.** (“Chiunque abusa di mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli **582** e **583**, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni”).

Esiste poi una responsabilità specifica dei dirigenti di struttura, con riferimento alla congruità del personale in organico e in servizio effettivo rispetto ai bisogni assistenziali degli utenti e rispetto ai carichi di lavoro del personale necessari per garantire un adeguato monitoraggio degli assistiti con mezzi di contenzione. Ciò al fine di evitare che i mezzi di contenzione diventino illecitamente uno strumento abituale di compensazione a carenze di organico o di assistenza, divenute croniche per condotte omissive dei responsabili di struttura. A tal proposito, nel corso degli anni, gli interventi dei Nas e delle altre Forze dell'Ordine hanno documentato situazioni ove il problema della carenza di personale veniva risolto ricorrendo indiscriminatamente alla contenzione cronica.

In questi casi i dirigenti sono responsabili per il già ricordato **art. 40** del Codice Penale (“Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo”).

Ciò che occorre, tuttavia, è soprattutto la consapevolezza, oggi pressoché inesistente, che la contenzione sia comunque illecita, indipendentemente

dai suoi effetti lesivi o dalle sue modalità esecutive, quando superi quel limite minimo del contenimento fisico, diretto ed immediato, scriminato sulla base di una rigorosa interpretazione dell'art. 54 c.p. (“Stato di necessità”).

In realtà la contenzione meccanica, come ben evidenziano Grassi e Ramacciotti nel loro pregevole articolo, non essendo un atto medico non è scriminata dalla causa di giustificazione atipica dell'esercizio della professione medica; inoltre non è scriminata dall'art. 50 c.p. (“Consenso dell'avente diritto”) in quanto il consenso alla limitazione di proprie libertà essenziali, anche se prestato in via preventiva (come accade per i tossicodipendenti ammessi in alcune comunità), è sempre revocabile mentre invece l'applicazione dei mezzi di contenzione dimostra il contrario essendo evidente conseguenza proprio del rifiuto del paziente di sottoporsi alla terapia.

L'art. 54 c.p., infine, vale a scriminare quelle forme di contenimento fisico del paziente strettamente necessarie per contrastare una situazione di crisi improvvisa e acuta, quando cioè vi sia la necessità immediata di salvare “sé od altri” (e perciò ovviamente anche il paziente stesso) da un danno grave alla persona, quando il pericolo non sia altrimenti evitabile e “sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”. Di conseguenza non può essere utilizzato per scriminare l'uso di letti di contenzione o di altri mezzi atti a limitare la libertà di movimento della persona in modo continuativo e persistente, al di là quindi dell'immediatezza della necessità del momento e dell'impossibilità di provvedere altrimenti.

### **“Far finta di essere sani...”**

“Contenzione e T.S.O. sono pratiche gravissime di cui non si parla, non si scrive, ma ci si serve – dice l'avvocato Francesco Miraglia del Foro di Modena, che tante volte è intervenuto sull'argomento anche attraverso alcuni clamorosi “casi” da lui trattati. – Nel nostro Paese la contenzione fisica, meccanica e farmacologica è assai diffusa nei Centri di Diagnosi e Cura sia pubblici che privati. Si può affermare tranquillamente che supera di gran lunga il 50% della totalità dei casi. Purtroppo, per il fatto che su di essa non ci sono studi o ricerche, è come se non avvenisse.

È la formula ‘pericoloso per sé o per gli altri’ che funge da sostanziale liberatoria per il medico, sancendo la ‘prova provata’ della necessità del contenimento. Questo modo però di interpretare la contenzione è assolutamente

da abolire perché non ha niente a che vedere con la prevenzione e la terapia psichiatrica. Non servono interpretazioni giustificative come questa: c'è già l'art. 54 del Codice Penale sullo 'stato di necessità' che prevede situazioni del tutto particolari in cui la contenzione può essere, per così dire, giustificata. Ricorrere in modo generalizzato all'art. 54 c.p., tra l'altro, non dovrebbe neppure essere possibile se è vero, com'è vero, che i casi di contenzione per stato di necessità dovrebbero essere seguiti da una verifica a posteriori che dovrebbe dimostrare senza mezzi termini che non esistevano alternative a questa procedura di intervento urgente.

Io invece, senza paura di essere smentito, denuncio fin d'ora che alcuni dei pazienti psichiatrici miei assistiti sono stati legati al letto per tutta la notte senza che da parte del personale infermieristico o medico venissero registrati, a intervalli di tempo, pressione e polso, come invece prescrive la legge.

Posso documentare che, fino al 2006 per i casi di cui mi sono occupato io, anziché in cartella clinica la contenzione veniva registrata nella consegna infermieristica dove, alla voce 'paziente contenuto', vi era la firma del medico di guardia il quale, nella maggior parte dei casi, firmava prima di uscire dal turno senza neppure valutare il paziente.

Nel caso del T.S.O è ancora peggio, e anche qui posso documentarlo direttamente: le persone vengono letteralmente sequestrate e ricoverate coattivamente senza alcun consenso informato e spesso senza rispetto per la loro dignità. Frequentemente inoltre il T.S.O. viene utilizzato come minaccia o addirittura ricatto nei confronti dei pazienti che rifiutano la terapia farmacologia.

Spesso e volentieri anche i Centri di Salute Mentale utilizzano la minaccia del T.S.O. per obbligare i pazienti a presentarsi a controllo o per prendere la terapia.

Ancora più grave, poi, è il comportamento di quei Giudici Tutelari, Magistrati di Sorveglianza e Pubblici Ministeri che, di fronte a denunce che riguardano il mancato consenso informato, il sequestro di persona, la mancata regolarità delle cartelle cliniche e la violazione dei diritti dei pazienti psichiatrici, si girano dall'altra parte.”

## Il campanello rotto

Essere sottoposti a un T.S.O. è più facile e più frequente di quanto non crediamo, come abbiamo visto nel caso dello sfratto di Scandicci e come ben ci spiegano Leonardo Grassi e Fabrizio Ramacciotti nel loro articolo in internet partendo pure loro proprio dall'ipotesi di uno sfratto e rimarcando anche come una psichiatria senza contenzione sia da tempo non solo possibile ma, dopo la riforma del 1978, obbligatoria giuridicamente prima ancora che deontologicamente:

“Prendiamo ad esempio – essi scrivono – la situazione di un paziente che soffre di delirio di tipo persecutorio: è convinto che i suoi vicini di casa stiano complottando contro di lui per sfrattarlo e che per questo mettano in atto ogni tipo di aggressioni. Il campanello rotto da un qualche monello, la spazzatura lasciata per incuria sulle scale o un televisore ad alto volume durante la notte che impedisca il sonno divengono prove certe di questa persecuzione da cui il paziente cercherà di difendersi.

Si recherà allora a fare denuncia alla polizia, ma non verrà preso in considerazione; scriverà alle autorità senza risultato e quindi, esasperato da quella che per lui è l'ennesima aggressione, cercherà di 'farsi giustizia da solo' minacciando o aggredendo quelli che lui reputa i suoi persecutori.

Il Servizio Psichiatrico contattato potrà muoversi in due modi: cercare di entrare in rapporto con il paziente e ridialettizzare la situazione relazionale ferita, anche tramite visite domiciliari, oppure limitarsi a produrre un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per il paziente il ricovero coatto tramite la Forza Pubblica diverrà una conferma del complotto contro di lui del quale riterrà complice anche il Servizio Psichiatrico. Una volta giunto in reparto tenterà in ogni modo di difendersi dal personale e da quelli che 'vogliono farlo passare per matto'. Rifiuterà le terapie, tenterà la fuga. A questo punto la contenzione meccanica convaliderà la sua convinzione persecutoria e renderà difficilissimo l'instaurarsi successivamente di un rapporto di cura, in quanto il paziente penserà al Servizio come ad un persecutore da eludere o da ingannare.

Se invece il rapporto viene stabilito in modo corretto, spesso il ricovero può essere evitato con un intervento di cura adeguato oppure attuato in modo volontario o comunque, in caso risulti impossibile evitare il T.S.O., il percorso che ha portato alla scelta drammatica di limitare la libertà è comunque condiviso tra curanti e paziente, diviene 'materiale del trattamento' e costituisce base per quella difficilissima pratica di negoziazione con il pa-

ziente psicotico che gli consenta di riconoscere il suo stato di malattia e di accettare le cure.

Beninteso, ciò non significa che, in alcune circostanze, non si renda necessaria una qualche forma di coercizione, di pressione sul paziente per indurlo alla cura. Vi sono situazioni in cui è consentito, anzi doveroso, intervenire su una persona anche usando la forza fisica, pur con tutti i limiti del caso. La coercizione fisica può essere esercitata nell'ambito di un rapporto di diretto confronto con il paziente, misurandosi con lui per fargli superare una situazione di crisi, ma – occorre precisare – riconoscendo la sua soggettività, i suoi diritti e i suoi bisogni, anche se espressi in modo convulso e violento. Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, non già di un'iniziativa fine a se stessa, bensì la premessa di interventi propriamente sanitari immediatamente successivi.

Da un punto di vista giuridico questa forma di coercizione, che in astratto potrebbe dar luogo a reati, può essere giustificata dall'art. 51 del codice penale, che disciplina lo stato di necessità. Nel caso in cui il paziente abbia tenuto comportamenti eteroaggressivi potrà valere anche la scriminante della legittima difesa. In genere, ma non necessariamente, questi interventi coercitivi sul paziente avvengono nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio.

Concludendo: entro certi limiti, l'obbligo alla cura e limitatissime forme di coercizione del paziente sono consentite. In questi casi – com'è evidente – la violenza sull'infermo non resta circoscritta ai pochi momenti necessari per calmarlo o per somministrargli un farmaco. Prosegue nel tempo, tanto a lungo che l'azione umana non è più adeguata allo scopo e si rende necessario uno speciale strumento che assicuri l'immobilità del paziente. La contenzione meccanica, oltre a essere illecita, è anche *segnale dell'inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria* ove venga praticata. È ovvio infatti che occuparsi di una persona sofferente richiede più tempo, più personale e più danaro che semplicemente legarla a un letto.”

### **Alice era andata via**

Vi ricordate di Alice Banfi e della sua storia di contenzione presentata nelle prime pagine di questo libro? Ebbene, in internet c'è anche un altro

intervento di Alice, una sua testimonianza diretta presentata l'11 febbraio 2002 al Convegno "*Qualcosa è cambiato*" organizzato dall'Associazione "Il mondo di Holden" (in [www.ilmondodiholden.altervista.org](http://www.ilmondodiholden.altervista.org)) che getta nuova luce sulla sua vicenda e che merita anch'esso, a nostro parere, di essere maggiormente divulgato.

“Vorrei cominciare leggendovi in anteprima un capitolo del libro che ho scritto: *Tanto scappo lo stesso*, che uscirà nelle librerie a giugno 2008, Edizione Stampa Alternativa (Nuovi Equilibri). Si intitola 'Elena e la contenzione'.

Elena, un angelo, solo 18 anni, occhi azzurri e capelli biondi lunghi fino a metà schiena. E, non esagero, aveva anche le guanciotte rosse! Disturbo di personalità borderline. 'Anche tu?' 'Sì, piacere, io sono Alice.' Prima di dire il nome, si diceva sempre la diagnosi, la malattia, come se quello fosse il vero nome, il biglietto da visita. Le giornate, erano la solita noia... eterne. Gli unici eventi a stravolgerle erano 12 ore di contenzione, perché sia io che Elena spesso ci procuravamo autolesioni, esasperate da quel luogo assurdo, da quelle finestre chiuse; alla fine ci tagliavamo. Finivamo sempre legate al letto, in un attimo. E se una delle due era libera, cercava di consolare l'altra... ma questo non era permesso. Finimmo per stufarci, e trovare un altro modo per fuggire di lì. La stanza n. 19, la stanza con la vasca da bagno, poteva diventare il nostro rifugio. Cominciammo ad andarci tutti i giorni, anche tre volte al giorno. Prendevamo schiume da bagno, saponi, creme, sigarette e lo stereo. L'infermiere chiudeva la porta a chiave, così che nessuno potesse entrare... E noi... immerse in due, in quella vasca bollente, coperte di schiuma... Finalmente, con la musica accesa e la sigaretta in bocca, ridevamo. Stavamo lì, e il tempo spariva, il reparto spariva, le fascette e i tagli e il sangue, il dolore, le lacrime, le urla... più niente. Quando uscivamo da quel bagno, quando aprivano quella porta, la realtà ci arrivava addosso come uno schiaffo. Era ancora tutto lì. Uguale, tremendo... tremendo da morire. Ed Elena tornava a piangere, a chiudersi in stanza, tentando invano di tagliarsi con la linguetta di una lattina. Ed io... Io scoppiavo di rabbia, e una volta presi una pianta con tutto il vaso: era una piantaccia orrenda, sistemata di fronte all'infermeria, noi la usavamo come posacenere. Insomma, la afferrai per il tronchetto e la lanciai contro la porta d'ingresso. Che per me era la porta d'uscita, o almeno ci speravo. Vibrò solo un po', quella dannata porta, e già mi erano addosso tre infermieri. La solita tecnica: due avanti, pronti ad afferrarti braccia e gambe, ed uno dietro. Ed era Ta-

volaccio, il più bastardo di tutti. Con il braccio mi stringeva attorno al collo, premeva sulla mia carotide ogni volta che provavo a dimenarmi. Ti soffocava, ti faceva diventare viola in faccia. Finché non ti lasciavi andare, non cedevi, lui continuava a stringere. Alla fine cedevano tutti. Invece quella volta mi ero preparata. Quando arrivò il suo braccio a soffocarmi, buttai la testa all'indietro, con forza, e lo presi in piena faccia. Mollò la presa. Questo mi risparmiò solo lo strangolamento, non certo la contenzione. Fui legata, come al solito. Fascette mani e piedi, con innumerevoli giri di nastro adesivo per renderle ben strette per i miei polsi sottili. Più tardi, come al solito, mi sarei contorta a rosicchiare lo scotch fino a liberarmi una mano, poi l'altra, infine, con più fatica, i piedi. Ma, come al solito, mi relegavano. Prima con un'aggiunta di scotch da pacchi e garze adesive in diversi giri, poi, quando mi slegavo per la seconda volta, con il solito spallaccio. (...) Con lo spallaccio tutto il corpo è immobilizzato, il busto rimane aderente al materasso, le mani e i piedi sono bloccati dalle fascette, è come essere in croce. Ma riesco ancora a slegarmi. Alla quarta volta, lo spallaccio lo stringevano in tre; ed il giorno dopo avevo i lividi sotto le ascelle, il collo che mi doleva, ed ero diventata docile come un agnellino. Non ne avevo più di rabbia. Li imploravo. 'Fra quanto mi slegate?' 'Quando arriva il turno dei medici?' 'Ma sono le sette! Arrivano fra tre ore!' 'Non posso farci niente, mi dispiace.' 'Almeno lo spallaccio, ti prego, toglimelo.' A volte li convincevo, e lo spallaccio mi veniva tolto. 'Grazie, davvero, grazie.' E che sollievo, potersi sedere sul letto, anche se le mani e i piedi erano legati; non sembrava vero scollarsi da quel materasso. Poi, con grande calma, arrivavano i medici, si prendevano il caffè e solo dopo venivo slegata. Tutto ricominciava, uguale a prima. E mille passi, avanti e indietro per quel corridoio, a fumare, aspettando la notte. Luigi mi ha raccontato che a volte non ero in grado di slegarmi. Entrava di nascosto nella mia stanza, mi racconta che ero così seduta che avevo gli occhi girati all'indietro. Le fascette così strette dal nastro adesivo che non mi passava il sangue, e le mani erano gonfie e viola. Lui si accovacciava accanto a me, con calma, allentava lo scotch, mi faceva respirare le mani qualche minuto, poi lo riavvolgeva con cura ed usciva dalla stanza. A volte non riusciva ad entrare in camera mia perché un infermiere rimaneva in piedi davanti alla porta a far la guardia. Ma quando arrivava la notte, Luigi rientrava, toglieva di nuovo lo scotch, e tornava a rimettermelo solo il mattino dopo, prima che gli infermieri se ne potessero accorgere. A volte era impossibile aiutare un amico legato, portargli l'acqua, una sigaretta... A volte venivamo chiusi a chiave nelle nostre stanze, legati e se-

dati... era come essere morti. Non c'era davvero alcuna via di fuga, potevi rimanere così giorni, senza nemmeno accorgertene. Dopo essere stata contenuta al mio letto, non so più quante volte, mi convinsi profondamente che quella era la cura. Erano i miei medici, i miei infermieri, ed io mi fidavo di loro... di più: li amavo. Cominciai a chiedere io, ai miei curanti, di legarmi al letto, non per molto, solo per tre, quattro ore al giorno. Ogni giorno, verso le sei di sera, quando mi sentivo più insofferente, più ansiosa, quando mi veniva voglia di fuggire, di bere, lo chiedevo. Così avveniva: mi sdraiavo sul letto, con calma, e mi facevo legare mani e piedi. Mia madre stava lì seduta accanto a me. 'Mamma, quanto tempo è passato?' 'Un'ora...' 'Resisto, resisto.' E lo ripetevo cento volte dentro di me, 'resisto, resisto, resisto...' Pensavo, 'ora sono brava!', ed ero certa che tutti lo pensassero di me, i medici, gli infermieri, mia mamma. Ora ero adeguata all'ospedale, ora aderivo alle cure, ora mi dovevano voler bene per forza.

A distanza di quasi sei anni rivivo e ripercorro quei giorni. Guardo i volti e le mani di quei medici, li metto tutti in fila nella mia mente. Vorrei oggi guardarli uno ad uno negli occhi e fargli mille domande. Ma la prima, l'unica che mi viene in mente limpida e chiara, è una, è semplice. 'COSA STAVATE FACENDO?!' Cosa diavolo stavano facendo? Quale era la cura? Non posso credere che non avessero capito i miei meccanismi, i miei schemi autolesivi e il mio malessere. In cosa si erano laureati tutti quanti? In agraria?!...

Negli ultimi mesi mi sono documentata, con l'aiuto di persone esperte: magistrati, avvocati e amici. In quanti pensiamo o abbiamo pensato che la contenzione fosse LEGALE? Che ci fosse una norma nella Costituzione italiana che la prevede o che la giustifichi? Niente di tutto questo esiste. Solo regolamenti di ospedali e regioni. La contenzione fisica è sempre e comunque illegale perché viola, oltre all'art. 13 della Cost. italiana sulla libertà della persona, molti altri articoli, che non starò qui ad elencare. La contenzione fisica è un reato. Secondo la legge: 1) Non può essere esercitata da personale medico o infermieristico. 2) Lede la libertà della persona e chi la applica può essere denunciato per sequestro di persona e violenza privata. Sono anni che è aperto un dibattito inutile. C'è poco da discutere. La contenzione non è legale, punto e basta. I medici e gli infermieri che la applicano? Sono perseguibili. E noi, che tutti se lo ricordino, siamo persone e liberi cittadini prima di ogni altra cosa.

Alice Banfi."

Segue un breve commento:

“Cara Alice, a nome di tutti i membri dell’Associazione ‘Il mondo di Holden’ vorrei ringraziarti ancora per averci onorati con la tua presenza al convegno e per la tua umanità che è arrivata nel cuore di tutti i presenti. Ancora grazie e un caloroso abbraccio”.

### **Ma quanti sono i “matti” italiani?**

Il 2 giugno 2008 sull’argomento contenzione&psichiatria interviene ancora, in modo molto preciso e informato, il Collettivo Antonin Artaud di Pisa, quello del “famoso” volantino già citato sulla “psichiatria muro di gomma” e sui tanti morti degli ultimi anni. Il Collettivo Artaud scrive:

“La riforma del sistema psichiatrico italiano che, con la legge 180 del 1978 ha visto l’abolizione dei Manicomi, si è rivelata più verbale che materiale, riguardando solo i luoghi della psichiatria, non i trattamenti e le logiche sottostanti.

Con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici si è verificata una trasformazione che ha visto sorgere tutta una serie di piccole strutture preposte all’accoglienza dei vecchi e nuovi utenti della psichiatria, quali case famiglia, Centri di Salute Mentale (CSM), centri diurni, reparti ospedalieri, comunità terapeutiche ecc., all’interno delle quali continuano a perpetuarsi sia l’etichetta di ‘malato mentale’ sia i metodi coercitivi e violenti della psichiatria.

Si sono conservati dispositivi e strumenti propri dei manicomi, quali la gestione del tempo quotidiano, dei soldi, l’obbligo delle cure e il ricorso alla contenzione fisica. La legge Basaglia non ha intaccato il fenomeno dell’internamento, mantenendo inalterato il principio di manicomialità in base al quale chiunque può essere arbitrariamente etichettato come ‘malato mentale’ e rinchiuso. (...) Nel 1914 la popolazione dei degenti psichiatrici era calcolata intorno ai 54.311 individui per raggiungere, nel 1934, gli 80.000 internati.

Si mantenne su queste stime fino al 1971, anno in cui cominciò a decrescere gradualmente fino a toccare nel 1978 i 54.000 internati, con un movimento annuo di ricoverati che ammontava a circa 190.000 persone.

Nel 1978 esistevano in Italia un centinaio di istituti (Ospedali Psichiatrici Provinciali) con una capacità di circa 80.000 posti letto.

Oggi il numero degli internati nel sistema post-manicomiale è difficilmente calcolabile perché con l'introduzione del T.S.O. il flusso in entrata e in uscita dai reparti nell'arco dell'anno si è fortemente accelerato, mentre la diffusione dei trattamenti psichiatrici extra-ospedalieri è enorme e riguarda ormai più di 600.000 persone. (...)”.

## **Reazione a catena**

Dal sito SOSPSICHE.it:

“Grazie ad una segnalazione di un operatore, pubblichiamo integralmente una intervista svolta dallo stesso a uno psichiatra.

**DOMANDA:** Nei servizi di diagnosi e cura si pratica la contenzione fisica e/o altri sistemi coercitivi?

**RISPOSTA:** La contenzione fisica si applica a tutt’oggi spesso e volentieri. E in tutta Italia. Talvolta essa è necessaria e anche preferibile ai farmaci che, se assunti in dosi massicce, possono essere assai più dannosi di una contenzione di breve durata. Tuttavia la contenzione fisica dovrebbe essere considerata come un presidio terapeutico estremo e andrebbe effettuata in una stanza specificamente attrezzata, con fasce idonee, lavabili, e soprattutto per un tempo limitato. Non dovrebbe avere uno scopo punitivo, dovrebbe essere decisa da medici esperti e il paziente dovrebbe essere seguito continuamente da personale dedicato per i suoi bisogni.

Tuttavia il 99% delle volte essa non è necessaria ed è un inutile strumento che viene utilizzato per sopperire alle carenze del sistema e alla scarsa preparazione del personale. Inoltre molto spesso si lasciano pazienti urlanti e legati a letto accanto ad altri degenti che assistono terrorizzati ai momenti più drammatici delle crisi”.

## **Le regole del gioco**

1) La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto.

2) Durante il periodo di contenzione bisogna garantire al paziente la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.

3) Bisogna valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione.

4) Durante il periodo di contenzione bisogna perseguire il comfort e la sicurezza del paziente.

### **Un secolo di divieti. Inutili?**

Anno 1909 - **Abolizione dei mezzi di coercizione o loro riduzione a casi eccezionali** (*art. 60 Regio Decreto 615/1909*)

N.B.: gli istituti psichiatrici erano stati istituiti in Italia nel 1904

“Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del Direttore o di un Medico della struttura.”

Anno 1948 - **Inviolabilità della libertà personale**

(*art. 13 Costituzione Italiana del 1948*)

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. (...) È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.”

**Consenso all'atto terapeutico e rispetto inviolabile dei diritti umani**

(*art. 32 Costituzione Italiana del 1948*)

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (...). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

## **Stato di necessità**

*(art. 54 Codice Penale del 1930)*

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. (...)”

## **Anno 1998 - Deontologia del Medico e dell’Infermiere**

*(art. 30 Codice Deontologico del Medico del 1998)*

“Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell’informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta...”

*(art. 34 Codice Deontologico del Medico del 1998)*

“Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso. Il medico ha l’obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l’età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.”

*(art. 4.10 Codice Deontologico dell’Infermiere del 1999)*

“L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.”

L’obbligo di acquisire il consenso informato è sancito dagli artt. 30-35 del Codice di Deontologia Medica e la sua assenza è considerata negligenza colposa. Nella prescrizione medica deve essere indicata la motivazione fon-

data per cui si prescrive la contenzione e il mezzo di contenzione prescritto, la durata (non oltre le 12 ore), il consenso informato valido e scritto autorizzante l'atto, il termine della rivalutazione sul perdurare dello stato di necessità all'impiego della contenzione.

Anche l'Infermiere, che solo negli ultimi anni, grazie a un lento processo di maturazione professionale, si è visto riconoscere autonomia professionale, deve essere consapevole delle implicite indicazioni presenti all'interno del Codice Deontologico e più specificamente:

in caso di danno o di ipotesi di reato, la responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione implica la valutazione di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza. L'art. 27 della Costituzione afferma infatti che *“la responsabilità penale è personale”*, per cui il medico non può essere responsabile penalmente per atti compiuti in autonomia da tutti gli operatori (nessuno escluso) coinvolti nell'assistenza e derivanti dalla loro condotta personale (Leggi 42/99 e 251/2000 e Decreto Ministero della Salute 02/04/01).

## **Il testamento psichiatrico di Thomas Szasz**

Un'azione di natura invece preventiva è quella proposta dal notissimo psichiatra americano Thomas Szasz, strenuo paladino della lotta contro la psichiatria, che è nota con il nome di *“testamento psichiatrico”*. Szasz suggerisce (in [www.isole.ecn.org](http://www.isole.ecn.org)) di sottoscrivere, e depositare presso un legale, una dichiarazione in cui affermiamo di essere contrari al nostro ricovero coatto e in cui, in ogni caso, chiariamo le nostre volontà rispetto a ciò che vogliamo ci venga fatto o risparmiato durante il ricovero.

Qualcosa di simile è la procura elaborata dall'**Associazione Telefono Viola** di Roma. Dopo l'enunciazione del rifiuto motivato ad acconsentire alle cure psichiatriche non richieste, la persona delega i legali dell'Associazione e i suoi soci a rappresentarla e tutelarla di fronte alle autorità psichiatriche.

Nessuno dei due atti legali impedisce di per sé il nostro ricovero coatto in psichiatria. Essi però permettono di attivare forme di tutela effettiva al momento del ricovero. Sono dunque atti preventivi necessari anche in considerazione del fatto che le nostre possibilità di scelta saranno forzatamente limitate (o annullate) dopo il ricovero. Sottoscrivere un atto in cui preventivamente si afferma che, nell'eventualità di T.S.O., autorizziamo l'associa-

zione Y o la persona X a prendere visione della documentazione che ci riguarda permette, ad esempio, di poter praticare nella concretezza le possibilità di tutela previste dalla legge.

Una variazione importante sul tema è quella di integrare le due formule (enunciazione delle proprie volontà e procura ai legali) e di depositare, o comunque portare a conoscenza del Giudice Tutelare, la nostra dichiarazione. Si ottengono così tre risultati:

1. esprimere in modo compiuto le nostre volontà circa le cure psichiatriche a cui si viene sottoposti;
2. delegare preventivamente legali o associazioni alla nostra assistenza e tutela durante il ricovero;
3. attivare automaticamente, in caso di ricovero coatto, l'azione di controllo del Giudice Tutelare (che troppo spesso si limita a una verifica solo formale del provvedimento inviatogli dal Sindaco).

Una dichiarazione così congegnata permette ad altri, da noi scelti, di attivarsi in nostra difesa anche se noi non riusciamo più a spiacciare una sola parola a causa della terapia o se siamo legati al letto o se ci impediscono di telefonare. È un lasciapassare importante che permette di rompere l'isolamento e la zona franca in cui la psichiatria è solita operare.

Ne presentiamo qui un esempio. È tratto dalla documentazione prodotta dal Gruppo antipsichiatrico tedesco Die Irren Offensive ed è stato elaborato da un gruppo di legali sulla base di un'idea dello stesso Thomas Szasz. È in uso da qualche anno in Germania, pare con buoni risultati.

#### **Modello di testamento psichiatrico**

Mi chiamo: sono nato il ..... a .....

#### **Sommario**

Questo testamento psichiatrico è suddiviso in una parte generale (Nr. 1-9), che è uguale per tutti i testamenti psichiatrici, e in una particolare (Nr. 10-16) che contiene riferimenti personali. Orientativamente la suddivisione è la seguente:

#### **Parte generale**

1. Fondamenti della mia volontà 2. Immediato consulto del mio fiduciario e del mio avvocato 3. Obbligo del silenzio: la divulgazione spetta esclusivamente al mio fiduciario 4. Documentazione 5. Accertamento e messa in pratica delle mie volontà 6. Osservanza delle mie volontà secondo il diritto vigente 7. Illegalità anche nel caso di trasgressione della procedura 8. Pieno potere e ampi compiti al fiduciario 9. Verifica dell'avvocato

#### **Parte specifica**

10. Cambiamento delle mie volontà 11. Particolarità dei miei atti e delle mie volontà rispetto al contesto in cui mi trovo 12. Nomina del fiduciario 13. Nomina del mio legale 14. Firme 15. Dichiarazione del ratificante 16. Indirizzi

## Istruzioni di autodifesa

Nel caso in cui dovesse capitare di essere sottoposti a un T.S.O. o ad un A.S.O. è meglio conoscere alcune regole di base per potersi tutelare. Sono consigli che girano in internet (in [www.isole.ecn.org](http://www.isole.ecn.org)) che qui riportiamo estrapolandoli in base al loro grado di utilità pratica.

“La legge italiana (L. 833/78) sancisce la norma che i trattamenti psichiatrici sono volontari. Esiste una sola possibilità in Italia per essere sottoposti contro la nostra volontà a trattamenti psichiatrici: il *Trattamento Sanitario Obbligatorio* (T.S.O.). Possiamo essere ricoverati coattivamente solo in presenza di questo provvedimento e solo nei reparti psichiatrici istituiti presso gli ospedali generali. Non possono in nessun modo ricoverarci, senza il nostro consenso, presso altre strutture pubbliche o private (reparti psichiatrici del policlinico, comunità protette, case famiglia, cliniche private...).

Abbiamo diritto di rifiutare le visite psichiatriche. Possiamo esservi sottoposti contro la nostra volontà solo in presenza di un provvedimento di *Accertamento Sanitario Obbligatorio* (A.S.O.).

L'Accertamento e il Trattamento Sanitario Obbligatorio vengono disposti dal Sindaco del comune di residenza (o presso cui ci si trova). Il provvedimento deve essere firmato dal Sindaco (o da un suo delegato) entro 48 ore dalla richiesta avanzata da un medico qualsiasi e convalidata da un medico della struttura pubblica (generalmente l'Ufficiale Sanitario). I due medici di cui sopra devono visitare la persona e dichiarare che la stessa: 1. presenta alterazioni psichiche tali da necessitare interventi terapeutici urgenti; 2. rifiuta la terapia; 3. non può essere assistita in altro modo. Perché la richiesta di ricovero sia valida devono sussistere tutte e tre le condizioni.

Il T.S.O. non è valido se i medici che certificano la situazione di urgenza non hanno visto né visitato la persona. In questi casi, oltre alla nullità del provvedimento, esistono gli estremi del reato di falso in atto pubblico. Per questo, e per poter attivare tutte le procedure di autotutela che la legge prevede, occorre sempre farsi notificare il provvedimento emesso dal Sindaco, come è nostro diritto. In mancanza o in attesa di tale provvedimento, nessuno può costringerci a seguirlo, nessuno può praticarci alcuna terapia, nessuno può portarci al Pronto Soccorso. Vanno esclusi naturalmente i casi in cui il nostro comportamento violi norme penali e quelli in cui lo psichiatra può invocare il cosiddetto 'stato di necessità' (art. 54 del Codice Penale, pericolo di danno grave alla persona).

In assenza del provvedimento di Accertamento o Trattamento Sanitario Obbligatorio ogni coazione della nostra volontà o limitazione della nostra libertà è illegittima.

Una volta che il T.S.O., legale o illegale che sia, ci è stato notificato, non abbiamo molta scelta. Ricordiamoci infatti che generalmente abbiamo di fronte pubblici ufficiali (vigili urbani, infermieri, medici). Spingere un vigile urbano che ci trattiene, assestargli un pugno per cercare di scappare, ingiuriarlo, ci espone all'accusa di oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale. Accusa che in situazioni ordinarie non avrebbe gli effetti drammatici che ha nel momento in cui siamo diagnosticati malati. Rischiamo infatti di essere prosciolti dal reato di offesa a pubblico ufficiale, ma di essere condotti in manicomio criminale, come minimo per 2 anni, per essere puniti-curati di quanto abbiamo fatto. Questo perché viene ritenuto insensato tutto ciò che una persona insensata fa.

Con la notifica del provvedimento del Sindaco (e soltanto allora) veniamo accompagnati dai vigili urbani presso il reparto psichiatrico di diagnosi e cura che abbiamo scelto, o presso cui si è trovato posto. Contemporaneamente, e comunque entro le 48 ore successive, il Sindaco deve comunicare al Giudice Tutelare del luogo il provvedimento di T.S.O. affinché questi, assunte le necessarie informazioni, lo convalidi. In mancanza di questa convalida, che deve essere effettuata entro le 48 ore successive, il provvedimento di T.S.O. decade. Il Giudice Tutelare può anche scegliere di non convalidare il provvedimento, rendendolo così nullo.

Il T.S.O. ha per legge la durata di 7 giorni. Scaduto questo periodo esistono tre possibilità: 1. si viene dimessi; 2. si rimane ricoverati ma in regime di ricovero volontario; 3. si proroga il T.S.O.

In tutti e tre i casi, la decisione va comunicata al Sindaco che ha disposto il T.S.O. Nel caso in cui non venga rinnovato, possiamo scegliere se rimanere in reparto o essere dimessi. Abbiamo diritto di sapere se il T.S.O. è stato prorogato e che ci sia notificato il provvedimento di proroga del Sindaco.

La proroga avviene con le stesse procedure che abbiamo descritto per il T.S.O.

Chiunque ne abbia interesse può proporre al Sindaco ricorso avverso il provvedimento con cui è stato disposto il T.S.O. Questi è tenuto a rispondere al ricorso entro 10 giorni (!), disponendo la revoca del provvedimento ovvero rigettando il ricorso. Questa possibilità di autotutela, in realtà, ci è generalmente preclusa. Intanto perché i tempi di risposta superano quelli previsti dal ricovero. Poi perché è illusorio pensare che una persona, sog-

getta al regime del T.S.O., ricoverata in un reparto, sottoposta a terapia psicofarmacologica massiva, abbia la libertà di articolare un ricorso o le si lasci la possibilità di farlo pervenire alle autorità competenti.

L'eventualità che l'azione di ricorso parta dall'esterno (ad esempio da amici, familiari, associazioni di tutela...), infine, è fortemente limitata dall'impossibilità di accedere agli atti che hanno determinato il T.S.O. (anche se è previsto che l'internato possa delegare altri all'accesso alla propria cartella clinica e alle informazioni che lo riguardano).

Possiamo tentare di invalidare un T.S.O. cercando di individuarne irregolarità nella forma e nel contenuto. Quel che conta sono le certificazioni mediche. Per avere qualche speranza di invalidare un T.S.O. uno psichiatra dovrebbe allora dichiarare che i suoi colleghi hanno sbagliato a valutare la situazione o, peggio ancora, che hanno dichiarato il falso. (...)

Una volta che il T.S.O. è stato eseguito e convalidato dal Giudice Tutelare, e il Sindaco ha rigettato il nostro ricorso, possiamo avanzare richiesta di revoca al Tribunale. In questo caso va richiesta la revoca immediata del T.S.O. e si può scegliere di delegare qualcuno a rappresentarci in giudizio quando la nostra richiesta sarà discussa in Tribunale.

Dal primo momento di ricovero noi dobbiamo chiedere di essere informati su tempi, modalità, tipologie delle terapie che ci verranno somministrate. Il fatto di essere sottoposti a un trattamento sanitario obbligatorio non inficia il nostro diritto a conoscere il tipo di intervento a cui siamo sottoposti e il fine che intende raggiungere. Non solo. Se non abbiamo la possibilità di rifiutare le terapie, ci rimane il diritto di poter scegliere fra un ventaglio di proposte terapeutiche differenziate. La dichiarazione di accettazione della terapia e l'indicazione del tipo di cura che si ritiene necessaria fanno venire meno uno dei presupposti che motivano il T.S.O. e permettono di opporsi all'imposizione di terapie che riteniamo troppo invasive (come, per esempio, quelle psicofarmacologiche). La dichiarazione, possibilmente scritta, da consegnare al Primario del reparto e far pervenire al Giudice Tutelare, deve contenere il nostro impegno ad accettare le terapie, l'indicazione di quali terapie riteniamo più idonee e quali dannose alla nostra integrità psicofisica, la diffida ai sanitari di praticare contro la nostra volontà questi ultimi interventi, specificando che li riterremo responsabili di qualsiasi danno esse possano arrecarci.

Se non abbiamo avuto modo prima, dobbiamo subito chiedere di conoscere gli estremi del provvedimento di T.S.O. che ci riguarda e, ove si ravvisi un abuso, chiedere di poter comunicare con il Giudice Tutelare

competente per territorio (quello operante nel Comune il cui Sindaco ha disposto il T.S.O.). È importante aver chiaro che non possono rifiutarsi di metterci in contatto con il Giudice Tutelare, così come non possono impedirci di comunicare con chi riteniamo opportuno.

Il diritto alla comunicazione è nostro. La legge prevede espressamente che, seppur coatti, noi manteniamo integro tale diritto. Anzi, è posto fra le possibilità di autotutela che abbiamo a disposizione per difenderci da eventuali abusi connessi al ricovero coatto.

Il problema, qui come altrove, è stabilire che margini concreti abbiamo di gestire tale diritto. In alcuni reparti esistono telefoni pubblici. Ma, nella maggior parte dei casi, la possibilità di comunicare con l'esterno passa attraverso gli operatori. Dobbiamo aver chiaro che non è loro consentito limitare la nostra libertà di espressione di comunicazione. Ogni limitazione è un abuso che va comunicato, in qualche modo, al Giudice Tutelare che vigila sul nostro ricovero coatto. Come? O direttamente, tramite le associazioni di tutela, oppure attivando amici e familiari disponibili.

Mentre siamo ricoverati può capitare che, ad ogni nostro accenno di ribellione o di rifiuto, ci si risponda con violenza verbale o fisica, magari legandoci al letto per punizione. Tale pratica, ancora molto diffusa seppure sia stata sostituita dall'uso massiccio degli psicofarmaci, è un residuo delle pratiche manicomiali. I mezzi di contenzione non sono stati mai aboliti dalla legge. Qualunque sia la motivazione addotta, non è plausibile che si rimanga legati per ore o giorni a un letto. In questi casi va avanzata denuncia per maltrattamenti e violenze.

A volte la contenzione viene giustificata con la necessità di consentire agli infermieri di praticare una terapia iniettiva (flebo), altrimenti impossibile. Anche in questo caso la contenzione può essere denunciata come reato se si protrae oltre il tempo strettamente necessario.

Ricordiamoci però che ciò che è ovvio nel mondo degli esseri umani non sempre lo è in quello della psichiatria. Dimostrare che ci sia stata violenza nel modo in cui ci hanno trattato in un reparto psichiatrico è cosa molto ardua. Innanzitutto perché chi è considerato un malato di mente smette di essere creduto come persona. Poi perché ci è naturale pensare che dai matti occorra difenderci e renderli innocui perché pericolosi. È possibile allora che qualcuno venga picchiato o di lui si abusi sessualmente senza che questi abbia la possibilità di denunciare i fatti e far punire i colpevoli.

Chi è disposto a credere a un pazzo? La sua parola contro quella di onesti cittadini, sani di mente, che tentano di guarirlo. (...)"

## **E intanto, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari...**

La denuncia stavolta è dell'Associazione Antigone. Appare il 18 marzo 2008 su "Fuoriluogo" ([www.Fuoriluogo.it](http://www.Fuoriluogo.it)), supplemento del quotidiano *il manifesto* ogni ultima domenica del mese.

L'Associazione Antigone denuncia lo stato degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg): 3 persone tra novembre 2006 e febbraio 2007 si sono tolte la vita nell'Opg di Aversa (è uno dei due della Campania; l'altro è Sant'Eframo a Napoli), che complessivamente ospitano il 40% degli internati in tutta Italia.

"Negli Opg di Aversa e di Napoli – sostiene Antigone – non c'è alcuna cura: gli psichiatri forniscono in media un'ora al mese di assistenza psichiatrica a paziente, e il solo personale sempre presente è quello di polizia penitenziaria (ad Aversa lavorano 116 agenti e 7 psichiatri a contratto).

Ma ci sono anche condizioni peggiori: nell'Opg di Barcellona (Messina), per esempio, il rapporto tra medici e pazienti permette una sola visita all'anno per ogni malato mentale. (...)

I detenuti-pazienti finiscono così per essere per lo più affidati esclusivamente (o quasi) alla polizia penitenziaria. Vivono il più delle volte in condizioni disumane, in celle da due persone, riorganizzate per contenerne cinque. La stragrande maggioranza non è pericolosa socialmente, eppure è completamente abbandonata al proprio destino. Il personale è insufficiente e la presenza dei medici e degli psichiatri ridotta all'essenziale. Dopo le parziali aperture degli anni passati sono tornate le vecchie celle e i letti a castello perché lo spazio dei locali è sempre insufficiente". (Ricordiamo che gli Opg sul territorio nazionale sono 6, con circa 1.200 internati – il 60% dei quali per reati contro la proprietà – che molto spesso vengono trasferiti da una struttura all'altra. Questi Opg si trovano in strutture in origine edificate con altre finalità, spesso antichi conventi parzialmente ristrutturati.)

"Gli Opg paiono essere un ibrido strano anche dal punto di vista amministrativo – continua Antigone. – Sono in carico all'amministrazione della Giustizia ma sono ospedali, gli unici ospedali psichiatrici a essere rimasti aperti dopo la Legge 180. L'indulto non ha inciso granché in quanto i motivi dell'internamento sono, in ordine di consistenza numerica: proscioglimento per totale infermità psichica, applicazione di una misura di sicurezza provvisoria, sopravvenuta infermità psichica, minorazione psichica, invio da istituti penitenziari per osservazione psichiatrica temporanea. È elevato, di

conseguenza, il numero di internati negli Opg che non avrebbero più ragione di permanervi in quanto non più socialmente pericolosi e che invece restano per decenni in condizioni disumane. Ad esempio, 45 internati a Reggio Emilia e ben 100 ad Aversa si trovano in questa situazione.”

In casi del genere, afferma Antigone, è evidente che il ricorso alla contenzione non può che diventare una pratica abituale. Secondo i dati ufficiali resi noti dall’Associazione si verificano negli Opg oltre 500 episodi di coercizione in un anno.

“Un internato su sei, spesso più di una volta, vive l’esperienza della contenzione. I letti di contenzione sono abitualmente usati in tutti e sei gli istituti, secondo protocolli operativi e terapeutici non sempre chiari. Nel 2006 a Napoli si sono registrati 52 casi di coercizione. Ciò significa che un internato su due è stato contenuto. Il protocollo prevede la sola registrazione del caso, con verifica periodica da parte del personale, senza che la direzione specifichi ogni quanto tempo questa ha luogo.”

Per gli stranieri la condizione di vita diviene anche peggiore a causa della mancanza di operatori specifici. A Napoli e ad Aversa, per esempio, al momento della denuncia di Antigone non operava, a detta dell’Associazione, alcun mediatore culturale. È successo appena tre anni fa. Ci auguriamo che, nel frattempo, qualcosa sia cambiato.

## **Storie dimenticate troppo in fretta**

A volte fa bene ricordare, soprattutto in un Paese smemorato come il nostro. La storia che vogliamo ricordare era stata intitolata “*Un lager italiano: quei matti da slegare*” nell’articolo di Daniele Barbieri uscito su *Avvenimenti* del 20 settembre 1995. Riguardava l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia.

“È legato a un letto di contenzione da venti mesi. Il 13 agosto del 1994 il suo caso arrivò per la prima – e unica – volta sui mass media che contano. In quell’occasione la direttrice dell’Ospedale psichiatrico giudiziario dichiarò: 'Non abbiamo operatori e personale sufficiente per seguirlo diversamente'. Da allora nulla è mutato.

Di quest'uomo si conosce il nome, ma qui lo chiameremo con le sole iniziali: G. P. Per quel rispetto che finora ben pochi gli hanno mostrato.

La prima denuncia che lo riguarda venne, quasi di sfuggita, dal radicale-verde Carduccio Parizzi quando raccontò ai giornali l'incredibile vicenda di un altro uomo, C.C., finito dentro l'ospedale psichiatrico – invece che in carcere – per ragioni misteriose e senza che i parenti ne fossero informati. I familiari di C.C. denunciarono di averlo trovato pieno di lividi e imbottito di psicofarmaci. Lui disse al fratello Luigi: 'Mi picchiano'. La direttrice replicò: 'Psicofarmaci può essere, ma botte non mi risulta'.

La vicenda di C.C. si chiuse nel novembre 1994: i quotidiani locali riferirono che era morto di polmonite, appena uscito dal manicomio. 'Forse sarebbe accaduto comunque, ma da quando era uscito da quel lager non era più lui', commentò il fratello. Si spensero così i riflettori che, per un attimo, avevano gettato un po' di luce su uno dei 'manicomi criminali' (questa la vecchia definizione) italiani. Così quasi tutti dimenticarono che, a margine della denuncia su C.C., l'allora consigliere regionale Parizzi aveva raccontato di G.P. che da otto mesi viveva legato, mani e piedi, al letto d'una cella.

Parizzi tornò alla carica in dicembre rivelando che per G.P. nulla era mutato, nonostante la sua storia fosse stata portata all'attenzione dell'allora ministro di Grazia e Giustizia Alfredo Biondi e di Tiziana Maiolo, presidente della Commissione Giustizia alla Camera. Dunque, è l'inizio del '95; G.P. da un anno viveva inchiodato a un letto di contenzione.

Il caso riesplse in aprile – ma solo sui giornali dell'Emilia Romagna – grazie allo psichiatra Giuseppe Cupello, consulente all'interno della stessa struttura reggiana. 'La contenzione viene usata con leggerezza, gli internati vengono legati mani e piedi con fascette di stoffa, per tempi prolungati e usi impropri', dichiarò Cupello in una conferenza stampa ricordando l'esistenza di una persona imprigionata in un letto da oltre quindici mesi, 'ufficialmente per motivi medici, di fatto senza un perché davvero consistente. I tentativi di affrontare questo caso in altri termini sono stati molto scarsi, quasi nulli'.

La denuncia di Cupello avviene all'indomani di un episodio significativo: 'Il 10 aprile mi è stato impedito l'ingresso nell'istituto con un provvedimento della Direzione sanitaria senza alcuna motivazione o contestazione'. Perché questo improvviso provvedimento?

'L'unica spiegazione – azzardò lo psichiatra estromesso – è nelle mie proteste, nella mia perplessità a prendere misure coercitive. Trovano scandaloso che io discuta la terapia con i pazienti e che li sleghi dopo sola mezza giornata di contenzione.' Lui non lo dice espressamente, ma forse ha pesato la sua richiesta di un'ispezione per l'uomo legato da quindici mesi.

Per qualche giorno – ma sempre soltanto a livello regionale – le accuse di Cupello hanno fatto discutere. Poi è tornato il silenzio. Spezzato, solo per qualche ora, il giorno 8 luglio quando, davanti all’Ospedale psichiatrico, si è svolta una manifestazione di protesta promossa dal Circolo *Chico Mendes* di Bologna, dalla *Reggiana Resistenza Verde* e dal *Telefono Viola* di Bologna che raccoglie le denunce ‘contro gli abusi della psichiatria’. Un centinaio di persone ha fronteggiato uno sproporzionato schieramento di polizia. (...)

Qualche giorno fa è uscita una nuova, terribile testimonianza. Ne pubblichiamo alcuni frammenti, in particolare quelli che raccontano di G.P.

L'autore di questa ennesima denuncia è un ‘detenuto-paziente’ del quale non faremo il nome. ‘Qui siamo dimenticati da tutti. Come si finisce in manicomio criminale? Non è vero che ci sono solo delinquenti pericolosi come tutti pensano. C’è chi è finito qui solo per reati tipo aver dormito una notte in una macchina non sua. Quell’uomo, G. P., è ancora legato. Lo fanno mangiare bendato, con una specie di passamontagna. Lo imboccano, insomma. Vede solo l’infermiere che gli copre la faccia ma lui non ce l’ha con loro (con gli infermieri, cioè), ma solo con i carcerieri, le guardie. Qui è normale essere legati, però nessuno così a lungo come lui. Siamo noi stessi a volte a chiedere di essere legati, per ventiquattro ore o per una notte: quando siamo molto nervosi e abbiamo paura di farci del male. (...)’

### **La falce di Papa Rocco**

Dottor Giuseppe Messina, lei è stato psichiatra presso il Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Sanitaria n. 5 di Reggio Calabria, che ha diretto dal 1999 al 2002 e nel 2007, e attualmente ricopre la carica di Direttore del Distretto n. 4 di Melito Porto Salvo, sempre nel Reggino. Dal 1977 al 1992 ha lavorato come psichiatra presso l’Ospedale Psichiatrico di Reggio Calabria, la sua città. Ricorda ancora il suo primo giorno di lavoro là dentro?

*Parlare oggi, a così tanto tempo di distanza da quando per la prima volta ho messo piede in quell’ospedale, potrebbe sembrare un’impresa ardua, difficile, ma l’esperienza fu talmente scioccante che i ricordi rimangono ancora nella mia memoria con tanta freschezza che io stesso mi meraviglio. Oggi, peraltro, quella struttura non c’è più e il ricordo non è sostenuto vi-*

*sivamente se non da un dipinto “naif” appeso al muro di un Centro di Salute Mentale e realizzato da un paziente, in molte copie tutte uguali, quando si trovava “ricoverato” in OPG: oggi una legge, non so quanto giusta ma certamente necessaria, lo ha cancellato, facendo sorgere una Scuola per Allievi Carabinieri. Del manicomio di Reggio Calabria è rimasta, quasi un controsenso o una scelta divina, solo la piccola chiesetta, lassù in cima al colle, circondata dalle grandi costruzioni in cemento, moderne, che la nascondono alla vista di tutti.*

*In quel 27 dicembre del 1977 attraversavo assieme a mio cugino (medico dello stesso ospedale e mio maestro) il lungo viale che portava alla piazzetta principale, dove tutti si imbattevano nell’ammalato più conosciuto che si faceva chiamare “Papa Rocco”.*

*Anch’io lo incontrai, sdraiato nella sua carriola, abbronzato, con in mano la falce, unica vera amica delle lunghe giornate di lavoro che caratterizzavano la sua vita. Posteggiavi la mia “500” di fronte a una statua del Sacro Cuore di Gesù: il Cristo portava al collo dei drappi rossi e ai piedi aveva un lungo tubo a mo’ di cannone. In quel momento non capivo, ma in seguito tutto sembrò chiaro.*

*Tutto era vecchio: il portone d’ingresso, i vetri delle finestre, i mobili, persino le cose acquistate di fresco si conformavano col vecchio fin dal primo giorno. Non c’era né buio né luce quando attraversai il corridoio che portava alla Direzione.*

*Dopo un fugace quanto istruttivo giro per alcuni reparti, mio cugino mi presentò al Direttore: era un medico molto conosciuto che aveva cominciato da qualche tempo un progetto di apertura dell’ospedale all’esterno, assieme a quattro o cinque giovani medici che ne condividevano le idee.*

*Mi parlò in maniera forbita, ma amorevole. Non sapeva che avevo già visitato i padiglioni e mi diede una descrizione dell’ospedale estremamente tecnica, però del tutto diversa da quella che io avevo potuto constatare.*

*Avevo solo ventiquattro anni; oggi ne ho più di cinquanta, posso dire che metà della mia vita l’ho trascorsa tra quelle mura e, dopo la chiusura, in quelle che oggi chiamiamo strutture territoriali. Allora per apprendere non c’era tempo. Studiare avrei potuto farlo sempre, ma dal primo giorno quel luogo così inusuale mi affascino. Seppi subito che la mia scelta sarebbe stata quella della vita.*

*Conobbi, nei primi giorni, tanta di quella gente come non mi era mai successo. Mi spiegarono le leggi, quelle scritte e quelle non scritte, che disciplinavano la vita dell’ospedale.*

*Le norme erano facili da imparare ma le leggi non scritte, quelle che realmente governavano il manicomio, mi fu veramente difficile capirle e, soprattutto, accettarle in poco tempo. Mi chiedevo perché un gregge pascolasse indisturbato nei cortili e nei giardini dell'ospedale, perché alcuni ammalati attraverso le sbarre distribuissero da grandi tegami di latta un liquido scuro che chiamavano caffè, perché alcune persone vagassero per i viali e altre fossero sempre chiuse all'interno dei recinti, e perché alcune di queste urlassero "ammanettate" alle ringhiere o legate alle panche in ferro dei cortili.*

*Mi turbava la terminologia da "carcere" con la quale venivano definite le persone e le cose: la "cella" era la camera di degenza, il "sorvegliante" era il responsabile del servizio infermieristico, l'ammalato usciva in "permesso", al momento del ricovero doveva lasciare tutti i beni all'"economato"... I primi giorni non capivo, in seguito tutto sarebbe stato più chiaro...*

## **Il neo-manicomio**

Dottor Giuseppe Messina, la sua esperienza le ha ispirato anche un libro, che sta per essere dato alle stampe e che si intitola *Uno sguardo dal ponte*. Perché ha voluto intitolarlo così?

*Perché il ponte rappresenta tutto quello in cui abbiamo creduto. Nelle lunghe notti della guardia, nei grandi cameroni sudici e maleodoranti, nell'osservare il pullulare di quegli uomini senza forma né confini dietro le inferriate arrugginite dei reparti... Eh, ne è passata, di acqua, sotto quel ponte!*

*Il tempo ha restituito intatti illusioni, progetti, certezze: la chiusura del manicomio avrebbe dovuto significare, per noi che ci lavoravamo e, soprattutto, per gli ammalati, una riacquisizione della dignità perduta, un recupero di valori dimenticati, un cammino diverso, più umano e vivibile rispetto a decenni di brutture, violenze e grandi ingiustizie...*

*Ma al verità è un'altra, ed è sotto gli occhi di tutti: nonostante gli sforzi, il manicomio appartiene alla nostra cultura, è nella storia di ognuno, medici, infermieri, ammalati e famiglie, al punto che anche servizi all'epoca sconosciuti, come l'SPDC, non hanno fatto fatica a metter in atto dinamiche e logiche per nulla dissimili da quelle manicomiali.*

C'è stato però anche un fisiologico ricambio generazionale.

*Sì, ma nemmeno questo è riuscito a modificare radicalmente la situazione e non fa meraviglia che oggi, pur in condizioni di vita decisamente migliori, igienicamente più sane e notevolmente più avanzate sotto l'aspetto delle conoscenze scientifiche, la permanenza nel circuito istituzionale costituisca ancora l'unica risposta che la psichiatria "del territorio" riesce a dare.*

Quindi il manicomio esiste ancora?

*Il manicomio è tutt'oggi "aperto" nelle menti dei politici, nelle opinioni dell'uomo della strada, negli operatori del settore e nelle famiglie e si realizza stavolta in modo subdolo, subliminale, nascosto da una parvenza innovativa che rimane, ad oltre vent'anni dalla Legge 180, un embrione che non è mai cresciuto.*

È amareggiato?

*La mia non vuole essere né una critica a persone, né una polemica distruttiva. Io mi sento parte integrante di quel sistema, figlio di quelle dinamiche, ma anche medico che, accresciuto certamente da quella esperienza, non vuole che essa vada perduta, soprattutto perché è storia di persone semplici, genuine, di belle figure vissute, talvolta loro malgrado, all'interno di un mondo carico di contraddizioni e di controsensi, che si direbbero impensabili in qualunque altro luogo e in qualsiasi altro tempo. A meno che, consapevolmente o inconsapevolmente, non si continui a produrre manicomialità dentro e fuori "le mura" e invece di costruire "ponti" si continui a innalzare reti e sbarre, a scavare fossati e a costruire o a ricostruire "depositi per rifiuti".*

Questa è storia di ieri, tuttavia. E l'oggi?

*L'oggi propone idee nuove, illuminati studiosi riflettono su neurotrasmettitori, vie e centri nervosi, psicofarmaci sempre più efficaci, servizi e strutture sempre più distribuite sul territorio. Presumiamo di sapere molto di più, dibattiamo su certezze che si scontrano con una quotidianità spesso allarmante che mette in discussione drammaticamente i nostri saperi; incontriamo pazienti ghettizzati, famiglie stanche e sfiduciate, vertici dirigenziali e politici poco propensi a sostenere adeguatamente il delicato rinnovamento che una riforma così rivoluzionaria si porta addosso.*

Si può parlare di "neo-manicomio"?

*Sì. Un "neo-manicomio" in cui un "ritorno" al passato appare dramma-*

*ticamente possibile. Al punto che, forse senza accorgercene, le esperienze che sostengono il nostro operare quotidiano rischiano di configurarsi più come interventi di controllo sociale che come veri percorsi di cura e le persone-pazienti perdono la loro dimensione umana, divenendo sempre più entità da quantificare e oggetto di prestazioni da conteggiare.*

E anche da contenere?

*Sì. Le persone continuano ad essere legate in un numero notevole di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e numerose violazioni vengono denunciate anche in altri reparti ospedalieri (in particolare Neurologia, Pediatria e Geriatria). Vorrei ricordare uno dei passaggi dell'intervento-denuncia, a Roma nel 2007, di Gisella Trincas, presidente dell'Unasam-Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale: “Nella maggior parte dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura le porte sono chiuse e la metodologia di lavoro è di tipo manicomiale: da una parte i pazienti, dall'altra gli infermieri. Nel Paese persistono situazioni ‘molto difficili e inaccettabili’ come ‘il ricorso a pratiche coercitive e lesive della dignità della persona’, in molti Servizi psichiatrici, che violano i diritti umani (contenzione fisica, porte chiuse, videosorveglianza, elettoshock e forte contenimento farmacologico)”. Non dimentichiamo inoltre il “non adeguato sostegno ai familiari” o “l’abbandono di molti casi difficili, che non si presentano nei Centri di Salute Mentale e, quindi, vengono dimenticati dagli operatori”. E poi il “non adeguato sostegno e tutela ai bambini e adolescenti, figli o fratelli di persone con sofferenza mentale”.*

C'è ancora parecchio da fare, a quanto sembra.

*Sì, il “che dire” passa sicuramente in secondo piano rispetto al “che fare”, al di là dei propositi sbandierati nei convegni e nelle assemblee. Il percorso della persona-paziente da oggetto e, talvolta, da strumento, fino a consentirle di raggiungere il centro del “sistema” e divenirne protagonista, è ancora lungo e difficile, soprattutto per coloro (e non sono la minoranza) cui è “destinata” una “cura” a vita, il più delle volte in strutture che con molta retorica definiamo “riabilitative”.*

La riflessione finale quale potrebbe essere?

*La riflessione finale, come si trae proprio dalle “esperienze locali”, è che, “superato” il manicomio sotto lo stretto piano normativo, rimane ancora da “chiudere” il manicomio. Giorno dopo giorno, sperimentiamo quanto*

*questo processo, nella realtà nella quale operiamo, sia laborioso e difficile e quanto ancora uomini e donne, “pazienti” attori di uno scenario costellato da così tante “dissomiglianze”, dovranno lottare per abbattere quelle sbarre, al di qua delle quali il cosiddetto mondo dei “sani” continua ad osservarli e, in qualche caso, perfino a irridarli. E pensare che là dietro, dietro anche le barriere delle nostre menti, c’è tanta gente in gamba, che non aspetta altro che un piccolo grande gesto da parte nostra... Un tempo non molto lontano coloro che erano considerati “insensati atque furiosi” venivano semplicemente rinchiusi a vita in celle sotterranee delle prigioni.*

*Il destino di altri era diverso ma altrettanto crudele.*

E per i suoi pazienti che cosa porterà il domani? Quale sarà il “destino dei folli”?

*In una realtà come quella di Reggio Calabria appare difficile affermare che nei volti dei pazienti provenienti dall’O.P. (ancora oggi ne contiamo un centinaio) o dei nuovi ricoverati traspaia la luce di un... sogno realizzato. Nella pratica quotidiana riscontro di frequente una profonda insoddisfazione dei pazienti, delle famiglie, delle associazioni e del personale stesso che opera nel settore riabilitativo psichiatrico, nonché una certa tendenza ad enfatizzare fatti di cronaca che, con una certa costanza, propongono del settore una immagine disfunzionale, disorganizzata, poco credibile e dispendiosa.*

Però le denunce sono necessarie.

*Sì, ma non è più sopportabile limitarsi allo scandalo e alla denuncia solo quando vengono scoperti nuovi lager, per matti o vecchi o handicappati... Vi è inoltre un problema politico di non trascurabile rilevanza: l’emergenza del dopo manicomio ha determinato in molte realtà locali (Reggio Calabria in primis) scelte politiche frettolose che, nel tempo, hanno mostrato tutti i limiti di una impostazione semplicistica e poco funzionale. All’enorme carico economico delle soluzioni realizzate non ha fatto riscontro una valutazione dei processi di evoluzione del settore riabilitativo psichiatrico, che non avrebbe mai potuto accontentarsi di “accogliere il matto” senza offrirgli le opportunità di concretizzare il più opportuno percorso di cura. Lo squilibrio tra l’inerzia legislativa ed organizzativa di alcune Regioni e l’attività di altre ha determinato inoltre una attuale configurazione dell’assistenza psichiatrica in Italia che molti osservatori hanno definito “a macchia di leopardo”. È dunque preferibile indicare strade politicamente e tecni-*

*camente più cogenti e conseguenti modelli organizzativi più funzionali.*

Bisogna darsi una mossa...

*Mi sembra sia giunto il momento che la psichiatria si conformi in maniera più puntuale rispetto alla tipologia dell'utenza che deve assistere perché, se il manicomio era quasi fisiologicamente ricettacolo di tutte le condizioni di sofferenza ed emarginazione (ne erano accolti deboli di mente, prostitute, ragazze madri, mafiosi, barboni, alcolisti e quant'altro), nell'attuale momento storico-culturale, così ricco di idee e di iniziative, la psichiatria non può e non deve accettare il proprio declassamento a contenitore (quando non a promotore) di emarginazione e di esclusione. Rischio, quest'ultimo, che, viste le pressioni esistenti, rimane molto elevato.*

### **Che ne sarà di quella piccola grande donna**

Lei, dottor Messina, ha conosciuto parecchi "folli". Vuole ricordarne uno in particolare?

*Potrei ricordare fra tutti, e sono stati davvero tanti, quella che io chiamo la "piccola grande donna". Aveva anche un nome: cominciava per M.*

*Pure il giorno in cui la conobbi mi è rimasto scolpito nella memoria, non meno di quello del mio primo giorno in manicomio. Il piccolo reparto che sovrastava la collina e dal quale si poteva ammirare lo spettacolo dello Stretto di Messina era buio anche al mattino e verso le ore nove quando, finite le pulizie, cominciavamo la nostra giornata di lavoro era un brulicare di persone. Le ammalate le distinguevi subito, vestite tutte in modo quasi uguale, ma facevi fatica a ricordarne il nome.*

*Quasi subito mi colpì una giovane ragazza, piccola, magra, legata mani e piedi a un letto consumato dal tempo, che se ne stava lì senza parlare, senza protestare, guardandomi così intensamente da farmi venire i brividi.*

*"Come ti chiami?" le dissi.*

*"M." mi rispose senza esitazione e accompagnò le parole con un sorriso fatuo, che lasciava intravedere una dentatura ormai ridotta a pochi elementi.*

*Chiesi al personale perché M. si trovasse legata. "Dottore, è una delle più pericolose. Attacca al collo, ha una forza incredibile, solleva le brande di ferro e le scaraventa in testa alle altre ammalate."*

*Lei ascoltava continuando a sorridere. Disse soltanto: “Dottore, non ho il cuore, il sangue non circola, lo stomaco è di pietra”, ma nessuna aggressività era nelle sue parole.*

*Dopo qualche giorno parlai a M. della possibilità di essere sciolta nelle ore in cui io ero presente e le chiesi: “Vuoi stare con me, nella mia stanza? Ho bisogno di una segretaria”.*

*Solo un sorriso, ma un sorriso senza significato, da non riuscire a comprendere alcun sentimento. Eppure capivo che lo avrebbe voluto, sapevo che comunque quel sorriso voleva dire sì.*

*Trascorsi qualche giorno a far comprendere al personale, e soprattutto alla suora, il senso di quello che volevo fare e così una mattina di sabato mi avvicinai al letto di M. e le dissi: “Adesso, come ti ho detto, ti libero dalle cinghie. Andremo di là nel mio studio e tu mi aiuterai nel mio lavoro. Mi hanno detto che ogni tanto ti viene voglia di prendere gli altri per il collo; bene, se questo succede dimmelo, che ne parliamo”.*

*M. fu docile e mi seguì nella stanza senza dire una parola; si sedette accanto alla scrivania aspettando che le chiedessi qualcosa. Allora mi informai se sapesse leggere e scrivere, se conoscesse i numeri, se conoscesse l'uso del telefono.*

*Sorridendo ancora mi disse che era stata a scuola, che conosceva i numeri e che sapeva rispondere al telefono. E così, per molte mattine, M. rispose alle telefonate con “incredibile” diligenza: “Il dottore non c'è..., aspittati chi viù (“che vedo”)..., un momento che è impegnato...”, mescolando un impacciato italiano a un dialetto che evidentemente sentiva più suo. Imparò anche ad ordinare le cartelle cliniche, a mettere a posto la scrivania, a fare quello che una segretaria provetta non avrebbe fatto meglio.*

*Il “gioco” non durò molto. Tra le lamentele del personale e qualche crisi di agitazione giunse il momento di trasferire un certo numero di ammalati nelle strutture alternative. M., considerata pericolosa, sarebbe dovuta rimanere in ospedale ma io, contro il parere di tutti, riuscii a farla inserire nella struttura cui erano destinate le pazienti migliori.*

*Oggi è ancora ricoverata presso quella struttura, non viene mai legata, a suo modo partecipa alla vita di comunità anche se i suoi comportamenti disturbati (ha lunghi periodi di anoressia, inscena cadute a terra e gesti autolesionistici, urla senza motivo) sono mal sopportati dal personale e dalle altre pazienti. Talvolta, durante questi periodi “oscuri”, la porto a fare una passeggiata nei dintorni della struttura e lei, con modi affabili e docili, mi dimostra tutta la sua soddisfazione:*

“Dottori, mi ndi vogghju iari i cca intra...” (“Dottore, me ne voglio andare da qua dentro”) pi cchistu non mangiu (“per questo motivo non mangio”)... ” *mi ha detto durante una delle ultime uscite, mentre con piacere degustava una coppetta di gelato che le avevo appena comprato!*

*La incontro quasi ogni giorno e adesso il suo sorriso mi sembra un po' meno fatuo.*

## **No alle ideologie!**

La lettera circola in internet (Notiziario infermieristico, Notizie dal mondo sanitario e infermieristico, Archivio 27/03/2008, [raide-news.blog.excite.it](http://raide-news.blog.excite.it)) e proviene dal dottor Antonio Tronci, psichiatra del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Psicoterapeuta UGL – Cagliari, che entra deciso nella polemica seguita alla morte, avvenuta proprio a Cagliari, di Giuseppe Casu in un letto di contenzione, di cui abbiamo parlato in apertura del libro. È psichiatra, quindi, e proprio della struttura oggi da più parti “sotto accusa”.

Il dottor Tronci, cui va riconosciuto l'indubbio merito di voler esprimere la propria opinione pubblicamente (addirittura in internet) e senza paura di andare controcorrente (anche se magari moltissimi altri suoi colleghi la pensano come lui, ma si guardano bene dal farlo sapere), sembra avere tutt'altra idea rispetto a quanto detto finora, e con particolare riferimento alla vicenda di Casu. Ma, a nostro avviso, anch'egli finisce in realtà per confermare ciò che è emerso fin qui. La sua lettera è estremamente interessante e dimostra quanto sarebbe produttivo, soprattutto rispetto a problematiche tanto delicate, un confronto diretto con tutte le parti in causa. Invito quindi a una lettura il più possibile obiettiva e spassionata.

“A seguito del decesso – scrive Tronci – di un paziente nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) di Cagliari, in merito al quale non è stata ancora espressa nessuna sentenza, i vertici della salute mentale e la signora Gisella Trincas, che afferma di rappresentare i familiari dei pazienti psichiatrici, hanno rilasciato pubblicamente dichiarazioni sul personale medico del medesimo fingendo di non conoscere (o forse non conoscendo affatto) i problemi delle emergenze psichiatriche in un reparto non a norma di legge. La descrizione dell'evento palesava finalità ideologiche o di conquista di ribalte politiche, proponendo un'immagine dei medici del reparto

come un ‘lupo cattivo’ da dare in pasto a un’opinione pubblica non correttamente informata (e quindi manipolata).

La contenzione di alcuni pazienti è un evento routinario in un reparto che è stato costituito con lo scopo di occuparsi elettivamente delle urgenze psichiatriche: molti pazienti gravi non contenuti, nonostante la terapia farmacologica, che in diversi casi può necessitare anche di alcune settimane prima di portare ai primi risultati, abitualmente possono, a titolo di esempio, essere aggressivi e procurare gravi lesioni a se stessi, più spesso ad altri degenti o al personale; o, ancora, in stato confusionale, cadere a terra o dal letto riportando fratture dello scheletro o commozioni cerebrali.

Talvolta si lanciano compulsivamente contro i muri procurandosi molteplici lesioni traumatiche, per non parlare di come l’affollamento renda talvolta difficile il controllo della promiscuità sessuale.

In un barlume di consapevolezza sono i pazienti stessi, in alcuni casi, angosciati dalla gravità dei propri comportamenti, che chiedono agli psichiatri di essere assicurati al letto con dei nastri. Questa, che possa piacere o meno ai vari ideologi, ‘democratici’, strumentalizzatori, buonisti o benpensanti di turno, è la realtà. Il resto sono ciarle utili a imbonire e strumentalizzare l’opinione pubblica.

Col pretesto di un rinvio a giudizio, il dottor G. G. si libera del ‘capobranco’ dei ‘lupi cattivi’, il dottor G. P. T., reo, al pari del 90% degli psichiatri di tutta la ASL 8, di non asservirsi all’ideologia imposta dai neo-colonizzatori, la quale, proclamandosi dichiaratamente anti-scientifica, condanna il ricorso ai farmaci e alle contenzioni e la chiusura delle porte del reparto anche per i pazienti più gravi e minacciosi, e suggerisce terapie alternative consistenti nel pranzare col paziente al Csm, accompagnarlo al cinema o portarlo in gita; con i risultati che la cronaca ha riportato negli ultimi giorni e che ha visto il loro paziente ‘prediletto’, seguito ‘full time’ con le tecniche innovative descritte, devastare il reparto con una spranga, mandare sei operatori in infortunio, distruggere tre automobili e terrorizzare i pazienti ricoverati che si asserragliavano nelle proprie camere.

A onor del vero, quindi, lo psichiatra si trova routinariamente costretto a scegliere tra un improbabilissimo rischio di danno da contenzione e un certissimo danno da non-contenzione. E in nessun caso tale provvedimento viene disposto a cuor leggero, trattandosi di una risposta preventiva estrema a comportamenti ancora più estremi.

Il cosiddetto ‘modello’ triestino importato considera il paziente unicamente sotto un’ottica socio-politica ovvero come vittima di un sistema sociale in-

giusto: la persona, considerata conseguentemente non-responsabile, diviene soltanto una vittima incapace di qualsiasi livello di autodeterminazione e le si nega, per giunta, di poter usufruire delle terapie farmacologiche che in un'enorme percentuale di casi restituiscono una qualità di vita almeno accettabile, quando non assolutamente normale, a persone altrimenti condannate a una deriva sociale che le porterebbe a destini tragici di degrado, violenza, carcerazione o morte.

La restituzione della dignità al paziente consiste nel riconoscimento della sua capacità di essere responsabile (ovvero abile a rispondere) di fronte alle difficoltà della vita, compatibilmente con il livello attuale di gravità che il relativo disturbo gli consente, in un contesto ove un approccio multidisciplinare di carattere medico, psicoterapeutico e socio-riabilitativo si protende armonicamente verso il recupero delle competenze compromesse dal problema psichico.

Ma – continua il dottor Tronci, ed è su questo punto che ancor di più solleciterei il lettore a soffermare la propria attenzione – una concreta limitazione degli interventi di contenzione fisica sarebbe effettivamente ottenibile se si provvedesse:

- la scissione dell'attuale Spdc che risolva l'illegale sovraffollamento;
- un personale, come previsto dalla legge, adeguato a una serena gestione del comportamento dei pazienti;
- una adeguata separazione strutturale di ambienti che protegga i degenti in fase di remissione dal rischio di violenze da parte di quelli ancora pericolosi;
- un servizio di vigilanza continuativa a protezione dei degenti, dei familiari in visita e degli operatori.

Il reparto ha sempre denunciato a questa amministrazione 'riformatrice' le molteplici illegalità sopra descritte con innumerevoli segnalazioni protocollate le quali, e qui sta il tragi-comico paradossale, sono state tutte puntualmente ignorate o sdegnosamente respinte dai ben noti vertici della salute mentale, della ASL 8 e dell'assessorato.

A questo punto si chiede al lettore, un po' più informato, di rispondere in tutta onestà alla seguente domanda: alla gogna e alla sbarra ci dovrebbe finire il solito vituperato 'lupo cattivo' oppure è arrivato il momento di arrostitire i Tre Porcellini?

P.S.: se malauguratamente un familiare di un qualsiasi lettore dovesse ammalarsi di un grave disturbo psichiatrico, con tutto ciò che ne consegue, preferirebbe rivolgersi al "lupo cattivo" o farlo accompagnare al cinema?

P.P.S.: alla dott.ssa G., che parla di presunti ‘potentati’ e di ‘interessi di bottega’ dei medici, chiedo di rispondere pubblicamente alla seguente domanda: è disposta a scambiare col sottoscritto gli orari di lavoro, i rischi relativi e lo stipendio percepito? Io, a scatola chiusa, Sì. Lei? Ci faccia sapere.”

## **Reclusione o assistenza?**

Dottor Valter Fascio, vorrei porle la domanda che ha dato il titolo anche al suo articolo apparso sul sito dell’Associazione Infermierionline del 30 aprile 2004, e cioè: in Italia la contenzione tende più verso la reclusione o verso l’assistenza, quella che in termini infermieristici chiamate “nursing”?

*La risposta è tutt’altro che facile, soprattutto perché non si possono sostenere tesi o dimostrare verità assolute. Quello che è necessario è innanzitutto cercare di comprendere se oggi la contenzione fisica in psichiatria ostacola o no la riuscita della cura e delle azioni di nursing garantendo un ambiente terapeutico per gli assistiti oppure, diversamente, se si connota per essere, appunto, una forma di “reclusione” vera e propria. Si tratta di esplorare quell’area di confine in cui s’intersecano il nursing, la contenzione e l’assistenza psichiatrica.*

*Ritengo comunque che aprire anche una sola finestra abbia l’importante funzione di immettere e fare circolare un po’ d’aria fresca... Questo è possibile, e credo anche se ne senta la necessità. Benché, va detto, la quotidianità lavorativa faccia poco per rendere migliore il nostro “esercizio professionale” in ambito psichiatrico, cioè a reale misura della persona assistita.*

Perché per parlare di contenzione occorre sempre accennare alla storia della psichiatria?

*Perché i rapporti che intercorrono tra la società, la cultura, la legislazione e la pratica psichiatrica sono estremamente forti e, leggendoli attentamente, non si ha in tal modo null’altro se non la psichiatria reale costituita dai rapporti tra gli operatori e i malati (che non è quella accademica-tassonomica) e che si muove in una prospettiva che non può che essere storica.*

E la storia di oggi che cosa ci dice?

*Ci pone, prima di tutto, un grosso dubbio. Se cioè il rinnovamento delle istituzioni psichiatriche più chiuse, come gli stessi SPDC, rischi ancora, oppure no, di essere combattuto in acque ferme, vecchie di oltre centocinquant'anni...*

Lei pensa che si corra questo rischio?

*No, direi di no, ma il dubbio nasce sicuramente legittimo. Non si può negare che si parla oggi di SPDC aperti, di abolizione di restrizioni fisiche e di qualsiasi forma, anche larvata, di atteggiamento coattivo e autoritario; si parla di un sistema psichiatrico basato sulla massima libertà dei degenti, sulla fiducia nell'autodisciplina di gruppo, sul massimo rapporto con la società esterna...*

Ma...?

*Ma poi si scopre con un misto di sorpresa e frustrazione che tutte queste cose e questi principi erano stati previsti lucidamente, e anche messi in pratica con realismo, dallo psichiatra John Conolly già prima del 1850! Quest'ultimo attuava il sistema del no restraint ("no contenzione", n.d.A.), collegato a quello detto della open door ("porta aperta", n.d.A.). E pensare che in questi anni abbiamo perfino corso il rischio di tornare molto più indietro..., se fosse passata la proposta di legge Burani-Procaccini.*

*Nel 1839 all'ospedale di Hanwell furono già aboliti i tradizionali mezzi di contenzione, anche se con l'eccezione dei reparti per acuti. Inoltre un altro psichiatra del tempo, E. Marandon de Montyel, così commentava la novità: "Questo alienato che si crede libero, che adesso va e viene, entra ed esce, che non scorge alcun vero limite alla propria libertà, è egli veramente libero? Può commettere del male? Per nulla affatto, poiché in ogni istante, senza che lui lo sappia, egli è oggetto di una sorveglianza occulta...".*

*Ci si rende conto che, già allora, gli intenti erano moderni, ma vi è qualcosa che stride. Il discorso di sostituire la coercizione fisica con la leggerezza della sorveglianza occulta non dovrebbe essere ancor oggi accettato, giacché arretrato e contraddittorio, e incompleto! Certo ci soccorre e ci è di conforto la lettura di questi passi per constatare l'enorme "evoluzione" del ruolo dell'infermiere psichiatrico; ma ora gli infermieri "evoluti" si chiedono come mai nei SPDC l'uso della contenzione non sia definitivamente tramontato insieme ai "guardiani armati di staffile accompagnati da cani feroci".*

Il Codice Deontologico dell'Infermiere che cosa prescrive rispetto alla contenzione?

*La ammette solo quando è un trattamento terapeutico e preventivo eccezionale. Ne scaturisce la responsabilità giuridica dell'infermiere verso la presa in carico del paziente nel rispetto dei suoi diritti fondamentali, agendo una misura estrema non priva di risvolti problematici che implica un'evidente sospensione del rispetto assoluto della libertà e della dignità della persona assistita.*

È una decisione che va sempre soggetta a prescrizione medica o l'infermiere può anche adottarla autonomamente?

*A questo proposito non c'è molta chiarezza. Se il Codice Deontologico dell'Infermiere è molto chiaro nel definire il ricorso alla contenzione come evento straordinario e motivato, non è altrettanto preciso nell'indicare se la pratica debba essere attuata per iniziativa propria solamente "in seguito" a una valutazione contestuale della prescrizione medica o meno. La prima revisione del nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere (12 febbraio 2008) riporta, per lo specifico della contenzione all'art. 30, quanto segue: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali".*

*Ferma restando la straordinarietà del ricorso, l'accenno nella nuova stesura alla motivazione in seguito a una "prescrizione medica" o a una "valutazione assistenziale" non chiarisce e dirime il dilemma della responsabilità ed autonomia infermieristica rispetto alla pratica attuale. I dati raccolti dal progetto Ethical Codes in Nursing (ECN) 2002/2005 del programma Quality of Life and Management of Living Resources promosso dalla Commissione Europea, utilizzando la metodologia di ricerca del focus group, hanno messo intanto in luce, contrariamente all'immagine sociale tradizionale, che gli infermieri sono pronti a condividere con i medici la responsabilità della valutazione del singolo caso e della messa in atto della misura coercitiva.*

Nello specifico della contenzione fisica che cosa significa?

*Significa che gli infermieri propongono per l'assistito una decisione terapeutica che tuteli particolarmente il suo interesse: essere co-decisoro e co-responsabili di una valutazione "integrata", non assunta sulla base del giudizio soggettivo di un solo professionista. Questo tipo di decisione cli-*

*nica, convalidata in équipe, è richiesta dalla normativa quando si assumano trattamenti complessi, come la contenzione fisica e il T.S.O., in cui si mettono in gioco valori universali fondamentali. Alcuni infermieri italiani intervistati hanno inoltre richiesto che, rispetto alla contenzione, il nuovo Codice Deontologico dovrebbe prevedere una revisione dell'attuale art. 4.10, con l'aggiunta della frase "sotto la propria responsabilità professionale".*

L'infermiere, in definitiva, può decidere in autonomia se contenere ovvero non contenere? Senza una prescrizione terapeutica?

*A tale proposito anche l'art. 8 sembrerebbe introdurre alcuni elementi un po' confusi e che fanno confondere, poiché dice: "L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".*

Questo vorrebbe significare che in futuro l'infermiere psichiatrico potrà avvalersi dell'obiezione di coscienza nel caso della contenzione fisica qualora essa fosse in contrasto con i "propri valori"? E, in tal caso, sarebbe un'obiezione riferita solo alla contenzione fisica e meccanica o anche a quella farmacologica e ambientale?

*Al momento non ci è dato di sapere. Ci pare tuttavia di capire che, per una strana tautologia, lo stesso infermiere comunque dovrà farsi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità dell'assistito. Nel caso della contenzione farmacologica l'infermiere italiano non può certo rifiutarsi di somministrare al paziente la terapia prescritta dal medico psichiatra; pur tuttavia molta responsabilità mantiene nel segnalare e documentare tutti gli effetti di quest'ultima...*

In conclusione è bene, nell'interesse del paziente, che medico e infermiere si mettano d'accordo.

*Non c'è alcun dubbio. È di fondamentale importanza che un provvedimento importante quale la contenzione fisica scaturisca da una condivisione decisionale/prescrittiva fra le due figure sanitarie implicate, ovvero infermiere e medico. Ma per realizzare ciò è necessario risolvere la delicata questione dell'infermiere italiano che oggi non può ancora assumersi piena*

*responsabilità assistenziale in merito alla contenzione.*

Quindi?

*Quindi sarebbe opportuno procedere a un'ulteriore verifica e seconda revisione del Codice Deontologico con il contributo alla riflessione fornito dagli infermieri esperti del nostro Paese per lo specifico psichiatrico. Cosa che, al momento, ahimè, non è avvenuta...*

Dottor Fascio, in altri Paesi la contenzione è gestita diversamente?

*Sì, in altri Paesi da pratica terapeutica diventa pratica assistenziale. In Inghilterra, per esempio, il ricorso alla contenzione non viene deciso dal medico, ma proposta da due membri dell'équipe (che possono essere anche non medici, ovviamente) e deve essere avallata dalla caposala.*

*Negli USA, la JCAHO Joint Commission of Accreditation Health Care Organizations ha introdotto, nel 1996, nuovi standards relativi alla contenzione applicabili in alcuni settori di cura della salute allo scopo di assistere il personale sanitario e i pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più adeguate in circostanze cliniche specifiche. Anche il RCN Royal College of Nursing di Londra ha elaborato, nel 1989, delle indicazioni all'uso della contenzione, così come il DHS Ministero della Salute Inglese, nel 1984.*

C'è differenza di obblighi e di trattamento tra i pazienti in T.S.O. (trattamenti sanitari obbligatori) e quelli in T.S.V. (trattamenti sanitari volontari)?

*La scarsa giurisprudenza lo escluderebbe, poiché vi sono sentenze che sanciscono l'obbligo di una più attenta sorveglianza in "ogni reparto" in cui sia ricoverato un paziente che manifesta segni di "squilibrio mentale".*

I bambini possono essere legati?

*No. L'uso dei mezzi di contenzione è sempre vietato nei pazienti in età pediatrica, come prevede la "Carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale" redatta dal Consiglio d'Europa.*

## Noi infermieri

Dottor Valter Fascio, chi è oggi l'infermiere che lavora in salute mentale?

*Nell'attuale contesto giuridico di riconosciuta autonomia della professione infermieristica, che ha raggiunto il culmine con le Leggi n. 739/1994 e n. 42/1999 e con il Codice Deontologico, l'infermiere è chiamato ad essere sempre meno un semplice esecutore e sempre più un professionista, in grado di assumersi la completa responsabilità dell'assistenza della persona. L'infermiere, inoltre, ha l'obbligo di segnalare al Collegio le circostanze che limitino la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.*

*È un professionista in continua evoluzione, sempre più motivato e preparato per lo specifico della salute mentale rispetto al passato, un professionista con un elevato livello di autonomia decisionale nella gestione del paziente, anche se nella prassi permane l'eccessiva dipendenza dalle decisioni del medico rispetto ai colleghi degli altri Paesi europei.*

*Io credo che prima o poi riusciremo a farci sentire anche su questo fenomeno nascosto della contenzione che fino ad ora stiamo vivendo in maniera occulta e passiva e, in alcune casi, subendone anche pesanti rischi legali, quando non fisici, e inficiando la relazione con gli assistiti, che resta sempre lo strumento primario dell'infermiere che opera con disagiati psichici. Bisogna però tenere conto, onde non offrire ai media un'immagine di professionisti facilmente dediti al... delitto, che sul piano delle cose concrete non è oggi possibile una soddisfacente soluzione diversa senza un intervento del legislatore. Né può essere un segnale da cui partire la solita ambivalenza della nostra "società" che "pressa" gli operatori della psichiatria, avanzando compulsivamente richieste coercitive di ogni genere quando un paziente si fa autore di reati e, invece, all'opposto in altre circostanze.*

Vi sentite isolati?

*A volte sì. Invece la contenzione in psichiatria non dovrebbe mai diventare una risposta data dal singolo infermiere, équipe o SPDC, bensì una questione da risolvere prima all'interno della nostra stessa società e nell'ambiente culturale, che sono i soli da cui possa derivare ogni miglioramento verso la chiarezza della norma giuridica. Ci sentiamo inascoltati, sovente in pochi. Un maggior numero di risorse infermieristiche in SPDC permetterebbe una migliore assistenza generale, la diminuzione del rischio, una contenzione relazionale a dimensione umana. Infine, soltanto infine, forse la questione della contenzione potrebbe essere ripresa dalla "Professione"*

*nel suo insieme.*

Come?

*In un'ottica anglosassone, come "uno" dei "problemi assistenziali" e non solo "terapeutici", e dunque soggetti a prescrizione.*

C'è qualche fatto nuovo che la preoccupa in particolare?

*Sì, è l'emergere imperioso dell'éscamotage provvisorio, di un atteggiamento non chiaro di "medicina difensiva", che viene a "contagiare" la psichiatria, e più di recente come epifenomeno, anche il nursing. In passato esageratamente priva di problemi giudiziari per via della scarsa tendenza alla querela dei pazienti, mentre attualmente ne è in balia. Di tale atteggiamento difensivo ne soffrono, com'è noto, i pazienti portatori di problematiche complesse, che così vengono ad usufruire non della migliore cura e assistenza ma di quella che si espone a minori rischi giudiziari, quanto gli operatori stessi.*

*Sarebbe utile, soprattutto, avviare progetti di ricerca che rendano evidenti i nodi cardine del problema. Molto simili, credo, ai pensieri che originano le domande sulla contenzione in psichiatria.*

Sono tante queste domande?

*Sì, tante davvero. Perché contenere? Qual è l'entità del fenomeno? Come prevenire? Quali sono le alternative? Esistono in psichiatria evidenze scientifiche sugli esiti? Che cosa garantisce maggiormente la dignità e la sicurezza del paziente: la contenzione fisica o quella farmacologica? E ancora: la possibilità di scelta è veramente dicotomica o esiste una terza via? Perché alcuni servizi non usano più le contenzioni e altri, magari con le stesse risorse, sì? Cosa succede in questi e cosa in quelli?*

Non si può tentare di dare un risposta?

*Proviamo. Possiamo enunciare una specie di "regola" desunta dall'esperienza, e cioè che tanto più insicuro e passivo sarà il ruolo dei curanti, in un'organizzazione rigida e gerarchica, dominata dai regolamenti e con atteggiamenti draconiani, autopoietici e autoreferenziali, in strutture chiuse e inadeguate, con bassi livelli d'integrazione multiprofessionale medico infermieristica, e tanto maggiore sarà, con percorrenza dall'alto al basso, il rischio di una risposta contenitiva fisica.*

## “Stai lontano!”

Occuparsi di emergenze psichiatriche è, come chiunque può immaginare, un'esperienza dolorosa, faticosa e destrutturante. Ripeterla per tutti i giorni della propria vita potrebbe sembrare insopportabile, perfino disumano. Ma è, esattamente, quello che fanno gli infermieri comunemente detti “psichiatrici”.

Rita Martini, infermiera di Verona, ha scritto un penetrante articolo che è rintracciabile nel sito di InfermieriOnline e che è significativamente intitolato *Logoramento psichico* ([www.infermierionline.net/specialistiche/logoramento\\_psichico\\_in\\_spdc.htm](http://www.infermierionline.net/specialistiche/logoramento_psichico_in_spdc.htm)).

In esso l'autrice analizza le dinamiche psicologiche individuali del paziente e dell'infermiere e quelle che scaturiscono dalla relazione che si instaura fra di loro a seguito del ricovero. Sono pagine molto importanti, che permettono di andare “dietro” l'aridità e la crudezza dell'impatto oggettivo e che, ancora una volta, disvelano quanta sofferenza ci sia non solo da parte di chi urla al mondo il proprio dolore ma anche da parte di chi, al di là del “confine” della salute mentale, questo dolore cerca di accoglierlo, incanalarlo e perfino restituirlo a un'accettazione dell'esistenza che non faccia torto alla dignità dell'essere umano.

Scrive Rita Martini:

“Il prolungato e impegnativo contatto con chi ha progetti suicidari, con chi è altamente disturbato e potenzialmente violento, seppur afflitto da una sofferenza ormai per lui incontenibile e alla ricerca di una via salvifica fino a poter raggiungere situazioni pericolose anche per il personale infermieristico oltre che per se stesso, porta a un notevole stato di attenzione che sfocia in un elemento di stress di considerevole dimensione. A questo proposito è interessante notare come, da un'indagine svolta tra infermieri dell'area di salute mentale in Svezia, siano risultati più frequenti, rispetto alla popolazione comune, pensieri di suicidio tra questi operatori in confronto ad altri colleghi impegnati in altri ambiti sanitari.

Le dinamiche, la percentuale e l'impatto, sugli operatori, dell'auto ed eteroaggressività dei pazienti da loro trattati costituiscono un capitolo poco approfondito dagli studi europei, sebbene si tratti di situazioni di sovente riscontro. Coloro che subiscono violenza fisica e verbale durante l'esercizio della loro carriera sono molti e la percentuale di questi risulta più alta tra gli infermieri piuttosto che tra altri operatori (medici, assistenti sanitari etc.)

per l'alta interazione coesistente tra pazienti ed infermieri. Ciò costituisce un problema crescente tanto più che 'l'atto violento' vede un aumento progressivo negli ultimi anni; occorre evidenziare come 'il numero e la natura delle lesioni riportate dagli infermieri quale risultato di violenza risulti più alto tra le lesioni sofferte tra coloro che sono più a rischio, come i lavoratori dell'industria pesante, delle miniere e dell'agricoltura'.

Un paziente può essere accolto in stato di agitazione, ma può entrare in uno stato tale anche dopo che è trascorso del tempo dal ricovero o semplicemente poco dopo il suo arrivo. Ciò può essere favorito da vari fattori: per esempio, dalla vista di un familiare che, contro il suo parere, l'ha costretto al ricovero, ma anche da spazi ristretti a causa di una struttura poco 'accogliente' o da sovraffollamento per un numero superiore di pazienti rispetto a quello previsto per il S.P.D.C.

È noto che anche tra la popolazione comune l'inadeguatezza del proprio spazio può alzare la soglia d'intolleranza nei confronti degli altri che si trovano accanto. Ciò può essere chiarificatore per capire come, per chi è già al limite del controllo dei propri impulsi, sia molto più difficile 'sopportare' altre persone che, a volte, si possano trovare anche nello suo stesso stato emotivo. (...)

I momenti in cui un paziente è in uno stato di agitazione psicomotoria influenza in maniera totale non solo il personale che è addetto alla sua contenzione, e che in queste circostanze non può occuparsi d'altro, ma anche tutti gli altri utenti, che possono spaventarsi e chiudersi ancora di più in un mutismo, che magari già li caratterizzava precedentemente, o dare sfogo ad analoghi impulsi aggressivi che giacevano in loro latenti.

Questi momenti di agitazione psicomotoria possono essere il frutto di una situazione durante la quale si vuole 'richiamare l'attenzione', seppur senza intenzionalità come a volte può succedere in alcuni casi nelle sindromi di conversione. Il 'richiamare l'attenzione' può essere fatto in vari modi e può accadere che un paziente che rimanga per lungo tempo in un S.P.D.C. impari ben presto strategie che muovono gli infermieri, e non solo, verso di lui, soprattutto se si tratta di persone sofferenti di ritardo mentale e/o di pazienti abbandonati affettivamente dalle loro famiglie che cercano di richiamare in tutti i modi l'interesse verso se stessi usando quindi anche mezzi non appropriati come modalità di comunicazione.

L'autoaggressività può essere una via che un paziente cerca in maniera definitiva come modo per porre fine alla sua angoscia e/o che può anche essere la sua modalità di richiesta di aiuto e, per questo, può non essere cer-

cata in maniera drastica, definitiva o immediata. Mai si possono conoscere fino in fondo le reali intenzioni suicidarie di un paziente, sia che giunga già con questi propositi al Servizio Psichiatrico o sia che lentamente esse vengano maturate durante il soggiorno presso l'ospedale. La conseguenza è che la tensione, l'attenzione e, a volte, l'ansia degli operatori crescono per cercare di tenere sotto controllo queste situazioni ad alto rischio.

Queste forti emozioni non si spengono totalmente una volta che l'infermiere ha finito il suo turno di servizio ma sfumano lentamente con il tempo, devono trovare 'un luogo' per essere elaborate e dimenticate e non sempre ci sono le opportunità per dare all'operatore gli strumenti per farlo. In fondo, e in parole molto semplici ma univoche, l'ansia di trovare una persona, spesso giovane, con un sacchetto chiuso sulla propria testa o di vederla in bagno con una cintura attorno al collo fa paura e fare i conti con una persona che cerca la morte per metter fine alla propria sofferenza richiama la vita e la morte medesima, ci può offendere, irritare ed è necessario dare un significato affinché il pensiero di ciò che si è vissuto non sia troppo opprimente.

Non è da dimenticare che qualche volta, sia pur raramente, si può avere a che fare con un paziente che viene accolto al Servizio in seguito a un atto che si è rivelato scabroso o così efferato, seppur in preda a manifestazioni psicotiche, come le tanto temibili dispercezioni uditive imperiose che destano nel personale subito una certa apprensione.

È necessario essere vigili, cogliere in anticipo elementi che possano far prevedere auto o eteroaggressività che può essere anticipata, frequentemente in questi casi, da pesanti offese verbali: e gli insulti emotivi che possono essere ricevuti dagli infermieri sono di uno spessore consistente”.

Così Rita Martini. Anche nelle linee guida dell'Ospedale Niguarda di Milano, già più volte richiamate, il problema della sicurezza del personale è bene evidenziato:

“Esso comprende lesioni causate dal paziente soprattutto in reparti di ricovero e in Pronto Soccorso. Sono state descritte (...) tecniche fisiche di auto-protezione, ritenute sicure ed efficaci, sia per la salvaguardia degli operatori, sia per la tutela del paziente. Esse richiedono un minimo di addestramento e di pratica per essere imparare alla perfezione; qui di seguito un breve accenno delle tecniche ritenute, da noi, di buona pratica:

- la stazione laterale durante il colloquio, ruotato di circa 30° rispetto all'asse paziente, offre un minore bersaglio poiché la superficie in posizione

laterale del corpo è minore rispetto alla superficie in posizione frontale, inoltre comunica migliore disponibilità al dialogo evitando di ricordare come ci si fronteggia fra gorilla, con tanto di percosse sul proprio petto;

- mantenere una distanza utile, sia per la fuga, sia per il fronteggiamento, qualora si intuisca il pericolo è un'efficace tattica;

- mantenere sempre e comunque la distanza ideale, tracciata dalla massima estensione delle proprie braccia in direzione del petto del paziente; se necessario, per verificare e mantenere di continuo il rispetto di tale distanza, eseguire proprio il gesto, con il palmo delle mani rivolto al potenziale aggressore, nonché far seguire il gesto a un messaggio chiaro ed efficace, con un tono di voce deciso;

- in base ai più moderni criteri di Difesa Personale, la frase ritenuta oggi più efficace è “stai lontano“, che dovrà essere ripetuta costantemente sino a che sussistano avvicinamenti indesiderati; inoltre non accettare la diatriba sino a che sussista una fonte di pericolo nella distanza dal soggetto violento (è vanificato lo “stai lontano“ se si risponde a una frase del soggetto, sia pure dettata in risposta a un'accusa o domanda che rivolga, anche se appaia mite rispetto all'attimo prima, e ciò sino a che non si sia stabilita e mantenuta una distanza di sicurezza efficace);

- se si viene afferrati per un polso è opportuno piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell'aggressore per indurlo a lasciare la presa;

- se si viene afferrati per i capelli, stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato, per limitarne i danni, ed abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di sufficiente equilibrio. La presa per i capelli ha lo scopo di dominare sull'altro; priva di stabilità l'intera persona, perciò è da ritenersi tra le più pericolose da subire; sfuggire a uno strangolamento è la chiave della sopravvivenza. Occorre abbassare il mento verso lo sterno proteggendo così la zona critica. La protezione della gola consente di non perdere conoscenza e guadagnare tempo al fine di liberarsi; per i morsi è opportuno spingere la parte morsa più a fondo nella bocca del paziente esercitando una forte compressione con tutto il proprio corpo, quindi aiutarsi, magari chiudendo le narici dell'aggressore; per le percosse è preferibile seguire un corso specifico di auto-difesa (...).”

In Psichiatria, sempre secondo lo studio dell'equipe ospedaliera milanese, l'agitazione psicomotoria riguarda il 13,1% di pazienti di primo contatto.

Le infermiere hanno un rischio 3 maggiore, rispetto ad altri ambiti lavorativi, di subire aggressioni correlate a fenomeni d'agitazione psicomotoria.

Il 60% dei colleghi infermieri dei 3 S.P.D.C. presenti nel Dipartimento di Niguarda ha subito almeno un'aggressione durante la carriera lavorativa.

## I “nati per caso”

Detta così, può sembrare non solo una banalità ma anche la “solita scusa”. Ovvero: i “matti” sono tali perché “la società non li capisce”. In altre parole: la colpa del disagio dell'individuo è della società. Ebbene, che cosa c'è da meravigliarsi?

Non è che la pura e semplice verità, anche se talvolta non è l'unica: soffriamo (con un dolore indicibile e così grande, sempre più ingigantito dalle prove della vita, dai colpi degli altri umani, dalle ingiustizie del quotidiano, con un dolore così penetrato nel nocciolo duro del nostro intimo, legato indissolubilmente alle nostre cellule, al nostro respiro, da farci non solo desiderare di non essere mai nati ma anche di voler mettere fine alla nostra vita), soffriamo perché, al momento opportuno, non ci hanno amati. Non c'era, “lei”, dall'altra parte ad attenderci. A prenderci nel suo abbraccio. C'era il nulla, o forse peggio... Ma non “lei”. Non la mamma. Mamma in senso lato, ovviamente: per intendere con questa meravigliosa, universale parola chiunque sia l'“altro” da noi, l'unico che potesse, amandoci, dare un senso al nostro protenderci al di fuori di noi. Al nostro essere chiamati al mondo.

La bellissima, struggente ed efficacissima immagine della “mamma che non c'è” non è mia ma del gerontologo Francesco Maria Antonini, professore emerito dell'Università di Firenze e fondatore della geriatria italiana. È riferita agli anziani, in particolare a quelli colpiti dal morbo di Alzheimer, però si adatta benissimo anche ai “matti”. In comune, gli uni e gli altri, hanno il trattamento che finora è stato loro riservato dalla società, almeno da quella nostra attuale. Un trattamento che ha un nome che già ben conosciamo: contenzione.

L'articolo in cui il professor Antonini affronta l'argomento è apparso sul *Corriere della Sera* del 4 novembre 1997 ed è stato inserito nell'Archivio Storico del quotidiano il 14 giugno 2008 (nella sezione “Salute”, [www.cor-](http://www.cor-)

[riere.it](#)) con la seguente indicazione riassuntiva: “*Isole di libertà. Alcuni accorgimenti creano un ambiente in cui i vecchi con problemi di demenza possono muoversi senza rischi. Lo dimostra una iniziativa dell’Istituto ‘Golgi’ di Abbiategrasso*” (l’Istituto Golgi è una delle strutture dove viene portato avanti il Piano Alzheimer della Regione Lombardia, per il quale sono stati stanziati fondi e sono stati trovati infermieri e medici ben addestrati e motivati. Vi sono ricoverati 400 anziani, metà dei quali con demenza di Alzheimer).

“Perché gli anziani vengono legati?” si chiede il professor Antonini. “Perché vogliono scappare. E perché vogliono scappare? Gli anziani scappano ‘perché non hanno la mamma’.”

“L'uomo vecchio – egli continua – lo si vuole orizzontale, lo si giudica un oggetto da spolverare, che deve essere adattato alle proprie comodità. Le comodità dei medici, ma soprattutto degli operatori che vengono utilizzati, con poco stipendio e con molto orario, in un lavoro di 6 – 8 ore in ambienti che diventano alienanti per giovani non preparati. Ed ecco l’aggressività verso l’anziano. Lui si spaventa, non vuole più restare in quel posto dove lo impauriscono e nessuno gli vuole bene, vuole tornare a casa perché a casa c’è la mamma. La mamma che lo proteggerà, lo farà star bene, gli darà amore. Se non si capisce questo non si possono assistere le persone anziane, che hanno bisogno soprattutto di un linguaggio non verbale, fatto di carezze, sorrisi e vicinanza fisica.”

Il professor Antonini denuncia con forza il ricorso ai mezzi di contenzione: “Gli anziani sono senza difese, sono ancora più indifesi dei bambini. In Francia il mio amico professor Hugonot ha creato per i vecchi un telefono come quello che c’è per i bambini (Telefono Azzurro, *n.d.A.*). Facciamolo anche in Italia. Chi vede o viene a sapere che un anziano è maltrattato, denunci questi comportamenti. Nei reparti e negli istituti si lega e si danno molti, troppi farmaci. Farmaci potentissimi e dannosissimi, che diventano inevitabilmente l’inizio della fine. Legare un anziano con mezzi di contenzione o inebetirlo con mezzi chimici è negare il principio stesso su cui si basa la geriatria, che è “Alzati e cammina”. L’anziano vive e resta vivo dentro finché gli si dà qualcosa o qualcuno da aspettare, verso cui camminare”.

Nell’articolo del *Corriere della Sera* è riportato anche l’intervento del direttore medico dell’Istituto Golgi, dottor Antonio Guaita, esponente di spicco di quella “nuova geriatria” (credere nell’anziano, nel suo valore di uomo) che ha come caposcuola italiano proprio il professor Antonini.

“All’inizio dell’esperienza – ricorda Guaita – nell’Istituto di Abbiategrasso

il 14,4 % degli anziani sperimentava i mezzi di contenzione. Adesso il ricorso a questi sistemi (attuato, comunque, sotto controllo medico e per brevissimo tempo, e segnato in cartella clinica) è sceso all'8 per cento. Il problema grosso, che ha messo all'ordine del giorno il discorso della contenzione, è l'enorme quota di persone con malattia di Alzheimer. Nella popolazione in generale, e in quella ricoverata in particolare. Oggi, in Italia, il 50 % dei ricoverati nelle strutture per anziani ha come primo problema di non-autosufficienza quello mentale. Sono queste le persone su cui vengono comunemente usati i mezzi di contenzione: l'apparecchio ferma-braccia, le spondine al letto, i legacci. Perché vagano, si dice. Ma il vagabondaggio è un fatto positivo. Queste persone hanno soltanto bisogno di un perimetro sicuro e chiuso, devono poter andare dove vogliono, ma senza correre rischi”.

“Legare non serve. - dice Guaita - I mezzi di contenzione danno una sicurezza illusoria, vari studi l'hanno dimostrato.”

Tutti i geriatri più competenti, si ricorda nel testo dell'articolo, conoscono a memoria i risultati-choc di alcune ricerche. La prima è stata fatta in Canada nel 1981-82: in 63 case di assistenza per anziani (la media mensile degli ospiti in contenzione era del 71,3 %) risultò che metà delle cadute si verificava in persone che erano legate. Un'altra ricerca dimostrò che su 102 pazienti anziani tenuti legati c'era stato il 21 % di mortalità, il 12 % di infezioni ospedaliere e il 22 % di nuove ulcere da decubito. Poi un altro studio dimostrò che il mancato uso di mezzi di contenzione non aumentava la percentuale di cadute. Infine, una ricerca fatta in California nel 1987 evidenziò una lista di 37 morti che potevano essere direttamente addebitate a cause legate alla contenzione.

Chi studia la condizione degli anziani con demenza conosce il mondo tutto particolare in cui vivono. Spiega Guaita: “Per esempio, non distinguono più nettamente le ore diurne da quelle notturne. Si rimedia con ambienti ben illuminati di giorno e scandendo la giornata con le normali occupazioni. Per proteggerli dai pericoli si ricorre a certi colori, a certi contrasti. Si può ‘mascherare’ una porta e farla sembrare tutt'uno con la parete”.

Di notte, l'anziano che non dorme è un problema a casa e in istituto. “Ma gli ipnotici – spiega ancora Guaita – non andrebbero usati se non nei casi di insonnia vera, perché creano effetti negativi sulla memoria. Bisogna scoprire perché l'anziano fa il vagabondo notturno. Per esempio, per tutta la giornata è stato lasciato senza stimoli e cose da fare. Oppure si sveglia perché ha bisogno di urinare, ma non ha più la capacità di elaborare il com-

portamento corretto (alzarsi, andare in bagno), perciò si sente agitato e non dorme più. Noi mettiamo vicino al letto un wc da roulotte; così immediatamente lo vedono e il loro comportamento non è più simbolico, non deve passare attraverso un immaginario che costruisce percorsi. Oppure hanno fame. Basta lasciar accanto a loro qualcosa che sanno riconoscere come un cibo gradevole.”

Questo il contenuto dell’articolo del *Corriere della Sera* che ha per oggetto, lo ripetiamo, la problematica degli anziani. Vecchi e contenzione, ma anche “matti” e contenzione... Stesso destino. Sono pur sempre persone che “non hanno” o “non hanno avuto la mamma”.

Il problema vero, infatti, è proprio questo: che al mondo dovrebbero venire solo quelli che sono stati voluti. Da una madre, e anche da un padre. Da qualcuno che l’abbia fatto per amore. Non i “nati per caso” o i “nati per sbaglio”... Questo però è un discorso che ci porterebbe anche troppo lontano, che potrebbe mettere in discussione le stesse basi della vita umana, e non solo nella nostra società: vita per caso o vita per scelta?

### **Spegnere il cellulare ovvero: La comunicazione terapeutica**

“L’operatore psichiatrico deve identificare il bisogno di assistenza, comprendere il contenuto relazionale e soprattutto non anteporre la propria visione delle cose, le proprie priorità e aspettative. La relazione con il paziente si deve svilupparsi, a partire dalla comprensione dei suoi bisogni e desideri, verso la costituzione di un’alleanza terapeutica (...).

Nei reparti psichiatrici l’infermiere si trova a gestire una situazione molto problematica: l’approccio con il paziente aggressivo. Visto che è impossibile comprendere cosa stia pensando e come, l’operatore sanitario utilizza le caratteristiche principali della sua professione: l’osservazione, l’atteggiamento di ascolto attivo e la comunicazione, come comprensione dei bisogni. Inoltre è senz’altro necessario che faccia ricorso ad alcune doti personali, quali l’affidabilità, l’autocontrollo, l’elasticità mentale e la disponibilità verso gli altri.

L’aggressività non è esclusivamente un fenomeno di disturbo ma anche il sintomo di un bisogno, una richiesta di aiuto da parte del malato: l’infermiere deve essere capace di rispondere a queste necessità (...). Qualunque sia il tipo di intervento, il primo strumento che deve essere sempre ricercato

è la prevenzione.”

Le osservazioni appena riportate sono tratte dalle linee guida elaborate dall’Azienda Usl Città di Bologna Dipartimento di Salute Mentale Modulo Dipartimentale Ovest Clinica Psichiatrica SPDC “P. Ottonello” 20-06-2001, Equipe di lavoro - I.P. Gheduzzi - Supervisione - Prof. Ferrari - Dr.ssa De Ronchi - C.S. Pedrazzi ([www.ausl.bologna.it](http://www.ausl.bologna.it)).

Sono ulteriori, preziosissime indicazioni su come gestire situazioni a rischio e comportamenti a cui solitamente si risponde con la contenzione fisica mentre invece possono essere affrontati con modalità diverse.

“L’IP (infermiere professionale) – dicono queste linee guida – è la figura professionale che per più tempo, in tutto l’arco della giornata, è a contatto con il paziente. Tutti gli interventi che gli IP possono mettere in atto presuppongono una stretta relazione paziente- infermiere, che si caratterizza per il ruolo e la responsabilità di quest’ultimo nel facilitare e promuovere un tipo di relazione che abbia effetti positivi sul paziente e per l’obiettivo primario di rispondere ai suoi bisogni, facendo sì che il paziente raggiunga il maggior grado di autonomia possibile (rapporto supportivo). L’operatore deve perciò essere ben consapevole dei significati che assumono i gesti suoi e dell’altro, all’interno della relazione, imparando a valutarne effetti e significati.

Alla base del rapporto supportivo ci sono alcuni concetti che ne costituiscono gli elementi fondamentali: fiducia, empatia, interessamento, autonomia e reciprocità. Un elemento fondamentale per poter avviare una buona relazione terapeutica fra infermiere e paziente è la comunicazione terapeutica, cioè quel tipo particolare di comunicazione che aiuta il paziente a raggiungere il proprio benessere.

**L’ascolto:** è un elemento che consente all’operatore sanitario di raccogliere informazioni e crea buone condizioni per un’alleanza terapeutica. Con l’atteggiamento di ascolto si aiuta il paziente ad esprimersi; specialmente nei primi giorni del ricovero il paziente sentirà il bisogno di raccontare le proprie sensazioni e di interessare gli operatori sanitari. È opportuno lasciargli ampi spazi per potersi esprimere e per evitare che, con domande troppo brusche o troppo tecniche, si perda un’importante possibilità di instaurare una comunicazione terapeutica valida.

Durante la compilazione della cartella infermieristica l’infermiere non deve limitarsi a porre delle domande e a riportare sulla cartella solo ciò che gli interessa tralasciando tutto il resto, che in realtà serve a identificare e conoscere meglio il paziente.

Non sempre si ascolta nella maniera ottimale: se ci si fissa sui dettagli del discorso si rischia di perdere di vista il filo conduttore, si rischia di perdere gli aspetti della comunicazione non verbale.

Fingere attenzione può far percepire al paziente di non essere ascoltato, e ciò sicuramente non giova alla relazione terapeutica. D'altro canto il paziente può apparire deconcentrato, distratto, nelle condizioni psicofisiche e sensoriali non adatte a recepire determinati messaggi. Per questo il messaggio di ritorno è elemento basilare per l'ascoltatore, poiché consente di avere la misura corretta di quanto, del proprio parlare, è stato recepito.

**Meritare la fiducia:** il paziente comunica in confidenza notizie strettamente riservate all'infermiere, che sa bene di non poter divulgare, se non nei casi previsti dalla legge. L'operatore, affermando più volte in modo chiaro la sua assoluta discrezione, sottolinea che merita fiducia ed agisce in modo di meritarsela.

**La comprensione del messaggio verbale:** si esplica attraverso tecniche con le quali l'infermiere si assicura di aver compreso in modo chiaro il discorso del paziente: si ripetono una o più frasi, i concetti da lui espressi, si chiede conferma sull'intero discorso, sul significato di determinate parole, si cerca di riportare il discorso nel tema principale, si possono far organizzare al paziente sequenze di situazioni e/o di pensieri, facendogli riassumere i punti principali del suo discorso.

**Le domande appropriate:** occorre porre delle domande che non richiedano una risposta monosillabica; il paziente è così aiutato nella sua comunicazione verbale. Non bisogna porre troppe domande in sequenza, poiché egli risponderebbe solo ad alcune tralasciandone la maggior parte.

È importante preparare le domande, perché dalle relative risposte si acquisiscono informazioni e si offre al paziente la possibilità di discutere di tutto ciò che gli interessa. Con le espressioni che incoraggiano il discorso, o con quelle che lo aprono o lo concludono, si aiuta il paziente ad aumentare il controllo dell'interazione comunicativa, permettendogli di mantenere un sentimento di indipendenza. Non bisogna suggerire le risposte; può essere utile assecondare il paziente nel desiderio di cambiare discorso, porre al paziente domande incomplete, mostrare interesse e coinvolgimento senza esprimere dei giudizi perentori; occorre ridurre le parole usate nel discorso, rispettare i silenzi e gli sfoghi emotivi del paziente.

**La congruenza:** l'infermiere deve armonizzare la propria comunicazione verbale con quella non verbale. Di fronte ad una comunicazione incongrua aumenta lo stato di disagio del paziente.”

## Le “cattive pratiche” sono solo quelle degli altri?

La riflessione che segue è apparsa nel blog della struttura residenziale di Manzano, in Friuli Venezia Giulia ([residenza.splinder.com](http://residenza.splinder.com)), che così presenta se stessa:

“Questo è un blog collettivo scritto dalle persone che vivono e lavorano nella struttura residenziale di Manzano. Siamo un servizio residenziale e di riabilitazione istituito dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 e gestito dalla Cooperativa sociale “Duemilauno Agenzia Sociale”. Accogliamo in residenza 18 persone seguite dal Centro di Salute Mentale di Cividale che in parte erano già ospiti dell'ex Ospedale Psichiatrico di Udine e in parte sono giovani del territorio e vi opera un'équipe di operatori che è presente in struttura 24 ore al giorno.

Questo blog vuole essere non solo uno spazio in cui raccontare i piccoli e grandi accadimenti della residenza, ma anche uno spazio in cui confrontarsi, discutere dei temi oggi così importanti e delicati che ci riguardano (dai tentativi di riforma della Legge Basaglia al futuro della residenzialità, a tutte le nuove questioni che la psichiatria si ritrova ad affrontare) con semplicità e seguendo il filo conduttore della quotidianità qui vissuta”. Dal blog riprendiamo l'intervento dell'operatore Luca:

“Mercoledì, giugno 02, 2004

Uno spunto che è emerso nell'ultima riunione ‘plenaria’ del Forum della Salute mentale regionale e che secondo me è di centrale importanza riguarda il fatto che all'interno del forum, anche quando si parla di ‘cattive pratiche’, non lo si fa mai in relazione ai servizi in cui si è coinvolti, ma solo per quanto riguarda gli altri oppure lo si fa in generale.

Io mi sento di condividere fino in fondo questa analisi e penso di farne in qualche modo parte come oggetto di critica. Ho partecipato ai lavori di due ‘sottogruppi’ del forum (cooperazione/impresa sociale e promozione della salute sul territorio), tutti e due composti per lo più da gruppi omogenei di persone – cooperativisti nel primo caso, familiari di persone con disagio mentale nel secondo – e in entrambi i casi ci si è concentrati sulle ‘cattive pratiche’ effettuate da soggetti terzi rispetto alle persone presenti nei due gruppi (ovviamente ci sono stati anche momenti di autocritica, ma decisamente poco rilevanti e soprattutto fatti da soggetti che per il loro ruolo istituzionale non hanno da temere nulla esponendosi e denunciando ‘cattive pratiche’ che in qualche modo li riguardano). E aggiungo che io stesso non

me la sento affatto di esibire le magagne che vedo/vivo ogni giorno e questa mia renitenza mi disgusta ma il timore (di ritorsioni, di biasimo, di isolamento) è comunque superiore al disgusto: un timore di vivere all'interno del gruppo sociale (lavorativo, per lo meno) in cui sono inserito lo stesso stigma che vivono le persone per cui lavoro e che – anche attraverso il forum – cerco di abbattere”.

### **Paura, amore e voglia di vivere**

Quella che segue è la trascrizione integrale di una chat, un documento curioso e interessantissimo che, a mio parere, realmente riesce a far capire – anche grazie all'immediatezza del linguaggio e alla spontaneità della “chiacchierata” alla quale nulla assolutamente toglieremo – quali siano i tanti problemi che turbano gli infermieri che si occupano di disagio psichico. Infermieri, come si può capire da questa stessa “chat” (in [www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net), conversazione dell'11 novembre 2002 sul tema *Paura del paziente psichiatrico, come affrontarla* con la partecipazione come ospite di Paolo Zanovello, trascrizione effettuata a cura di InfermieriOnline), che, nonostante la formazione professionale già ricevuta, appaiono ancora sorpresi, se così si può dire, di fronte al complesso groviglio di emozioni e comportamenti che la relazione con il paziente psichiatrico mette in movimento. Il tutto acuito dall'essere gli infermieri in questione, così pare, giovani, e giovani educati alla moderna sensibilità che non di rado accetta la diversità invece di emarginarla. Ciononostante il loro dovere – anche nel loro stesso immediato interesse a tutela dell'incolumità personale – è quello di “contenere”.

Nascono così dubbi, lacerazioni, addirittura veri e propri drammi di coscienza. Aggravati dal fatto, come si evince dal testo, che dopo un po' è stato facile anche per loro – nonostante l'inesperienza – accorgersi che il ricorso alla contenzione viene spesso praticato anche là dove non ce ne sarebbe comunque bisogno. Giovani che allora si dibattono nel dilemma: legare, magari un loro coetaneo, fingendo che non sia successo niente o battersi perché succeda qualcosa?

Le parole scanzonate, gli scherzi, le battute spiritose che punteggiano i loro discorsi sull'angoscia e sul dolore (e che abbiamo voluto lasciare nell'estemporanea trascrizione, perfino sgrammaticata, che potrebbe apparir

molto lunga, anche per il tipo di impaginazione, ma che, a mio parere, si legge tutta d'un fiato) riescono, meglio di qualsiasi discorso cattedratico, a farci comprendere quanto la pazzia non sia altro che una dimensione – una qualsiasi – del nostro vivere quotidiano.

E forse saranno proprio loro, questi giovani infermieri così partecipi e curiosi, a salvare quegli altri giovani più sfortunati che il caso ha affidato alle loro cure.

Paolo Z: Athina lavora da due mesi in una struttura psichiatrica con 20 utenti, otto dei quali schizofrenici.

Adele: Ok.

Paolo Z: Solo due di questi sono aggressivi e mettono in atto comportamenti violenti. Ora si cercava di capire che tipo di struttura e che gruppo di lavoro caratterizza l'ambiente di lavoro di Athina.

Adele: Capito.

Paolo Z: Mentre attendiamo il ritorno di Athina possiamo fare qualche ragionamento sui pazienti schizofrenici. Athina lamentava di provare sentimenti di paura e questo è fra le cose più comuni quando ci si relaziona con questo tipo di utenza. Una delle prime cose a cui ci si deve preparare quando si ha a che fare con i pz psichiatrici è la gestione dell'angoscia psicotica. Lo psichiatra Paul-Claude Racamier racconta un episodio in cui ha visto in azione tutto il potere di cui uno schizofrenico è capace. Stavano facendo un viaggio in treno ed era tutto pieno. John si mette all'entrata di uno scompartimento occupato da viaggiatori seduti nei loro posti prenotati. Lo schizofrenico senza dire una parola e senza fare un gesto li guarda l'uno dopo l'altro. Questi uno alla volta abbandonano il loro posto con armi e bagagli. Stavo dicendo che l'angoscia psicotica è sempre presente quando si tratta con questo tipo di persone. Stavo raccontando di un fatto accaduto ad un noto psichiatra durante un viaggio in treno. Molte persone pensano che gli psicotici siano deboli, fragili e vulnerabili.

Athina: Niente di più falso.

Paolo Z: Invece esiste in loro una forza e una abilità che spesso neppure immaginiamo.

Athina: Sono intelligenti e furbi.

Paolo Z: Gli psicotici indubbiamente sono in uno stato di sofferenza tra i peggiori che si possa immaginare. Sono riusciti in qualche modo a sopravvivere ad una catastrofe psichica.

Adele: Posso dire una cosa?

Paolo Z: Sì.

Adele: Quello che mi spiazza con questo tipo di persone è la sensazione spiacevole di non riuscire ad entrare in sintonia con loro.

Athina: A volte capita anche a me.

Adele: Mi sembra di essere su due linee parallele.

Paolo Z: Sì.

Adele: Abbastanza vicine per vedersi ma troppo lontane per toccarsi.

Paolo Z: Nell'avvicinare uno psicotico spesso si ha la sensazione di trovarsi alle prese con un essere strano che ha in sé poco di umano, una specie di alieno da cui non sai mai cosa aspettarti.

Adele: Infatti!

Athina: Vero.

Zuweila: Come per tutte le diversità. Come per gli stranieri.

Paolo Z: È possibile infatti che anche avvicinandolo improvvisamente smarriamo le nostre certezze su come sia lecito o non lecito relazionarsi con gli schizofrenici. Può venire improvvisamente a mancare tutta la nostra certezza su come comportarsi. Esiste in noi depositata insieme alle prime vitali certezze un'immagine dell'essere umano.

Adele: Non proprio. Con gli stranieri il punto d'incontro lo trovi.

Zuweila: Adele, sei mai stata a contatto mezza giornata con uno schizofrenico?

Adele: Sì.

Zuweila: E non sei riuscita ad interagire?

Adele: Allora sono riuscita ad interagire, sì, ma a "tratti". Cioè in alcuni momenti sì, in altri c'era un muro di incomprendimento e tanta sofferenza da parte di entrambi.

Paolo Z: Mancava un punto di riferimento comune che negli schizofrenici è molto precario.

Adele: Ecco, è proprio questa la sensazione: niente punto d'incontro!

Paolo Z: Sì, l'idea dell'essere umano in quanto tale. Essere umano a cui riferirsi per dire che siamo fatti della stessa pasta.

Adele: E allora? Come si fa?

Paolo Z: Stiamo parlando di pazienti schizofrenici.

Zuweila: Ma non esiste uno schizofrenico uguale all'altro! Ognuno è diverso.

Claudio: Certo!

Zuweila: Non si tratta di una razza.

Paolo Z: Certamente.

Claudio: Ma i sintomi caratteristici sono sempre gli stessi.

Zuweila: Con alcuni si può interagire benissimo, con altri meno.

Paolo Z: Ci sono tratti comuni.

Claudio: Io ho un amico un po' schizofrenico, Fabrizio.

Paolo Z: Tutto dipende da quanto è conflittuale il rapporto.

Claudio: È un torinese di adozione.

Eire: E quale sarebbe la differenza tra uno schizofrenico e un paziente con disturbo bipolare?

Paolo Z: Ogni schizofrenico in quanto tale si difende con tutte le sue forze da qualsiasi conflitto intrapsichico. Il disturbo bipolare è un disturbo dell'umore.

Athina: Loro vedono cose irreali. Hanno deliri, allucinazioni.

Paolo Z: Il paziente schizofrenico ha problemi di rapporto con la realtà che si manifestano con deliri e allucinazioni, deliri e allucinazioni nelle fasi più acute.

Eire: Allora il rapporto con loro deve essere diverso da quelli schizofrenici?

Paolo Z: Sì, deve essere diverso.

Eire: Un dubbio: uno con un disturbo bipolare non ha allucinazioni?

Paolo Z: Può averle nella fase maniacale.

Eire: Ah, capisco, grazie.

Zuweila: Passa da una fase maniacale a una fase depressiva.

Paolo Z: Sì.

Athina: Allora ieri ho fatto la notte e uno schizo pensava che la struttura andasse a fuoco, che avessero messo una bomba e continuava a scappare avanti e indietro per il cortile. Aveva fino la schiuma alla bocca.

Paolo Z: Stava delirando.

Claudio: Tipici segni di pz schizofrenici.

Adele: Ma... scusa, Paolo...

Paolo Z: Sì?

Adele: Un pz come quello descritto da Athina si lascia correre per tutta la notte?

Paolo Z: Certo che no, sono quanto di più angosciante ci possa essere.

Athina: Ma, scusa, che si fa in quei casi?

Adele: Non si può aiutarlo in nessuna maniera?

Athina: Abbiamo cercato di tranquillizzarlo, ma lui niente.

Paolo Z: Nei momenti di delirio acuto si deve intervenire con azioni di contenimento fisico.

Zuweila: Alcuni chiedono di essere contenuti.  
Athina: Io volevo chiamare la guardia medica, ma mi hanno detto di no le colleghe.  
Adele: Ma non si peggiora la situazione?  
Paolo Z: Quando è in quello stato non esiste tipo di intervento psicologico o psichiatrico. Infatti è chiuso ad ogni tipo di stimolo esterno.  
Claudio: Che fa la guardia medica in questi casi? Nulla?  
Zuweila: Farmaci.  
Paolo Z: E segue solo la propria follia.  
Eire: Ma i pazienti ricoverati da voi sono quelli in fase acuta, no?  
Athina: Ma lo sai poi che ha detto quando ho smontato il turno?  
Paolo Z: Cosa?  
Zuweila: Che?  
Claudio: Cosa?  
Athina: Non scrivete nulla in consegna.  
Athina: Aveva paura.  
Zuweila: Furbo!  
Adele: Povero!!!  
Paolo Z: La psicosi è una forma di lotta contro la realtà.  
Zuweila: E la realtà spesso ha una forma di lotta contro la psicosi.  
Paolo Z: È come se, trovandosi dentro una realtà, questa fosse diventata invivibile. Il paziente avesse trovato come unica soluzione quella di lottare contro la realtà.  
Adele: È atroce...  
Zuweila: Realtà=società.  
Adele: Poveracci comunque, Paolo.  
Paolo Z: Realtà=senso del reale. Sì.  
Naima: K-pax?  
Adele: La schizofrenia è una malattia con componenti anche fisiologiche o solo psichiche?  
~~ Franco è tra noi. Benvenuto in Infermieri Online.  
Adele: Ciao, president.  
Zuweila: Ciao, Fra.  
Paolo Z: Componenti psicologiche e fisiche come credo in ogni altro tipo di disturbo.  
Athina: Ascolta, Paolo, non è che con il tempo diventiamo matte anche noi a forza di stare con questi utenti?  
Paolo Z: Non è un'eventualità da scartare.

Zuweila: He he...

Athina: Eeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeee...

Adele: Ahahahah, spero sia una battuta!!

Naima: Ah... ecco!

Paolo Z: Non era una battuta.

Claudio: Ma ti confesso che lo sono un po'.

Paolo Z: Se pensiamo che parte delle responsabilità...

Athina: Influisce anche nella nostra psiche?

Adele: Davvero, Paolo, chi lavora con gli psicotici?

Paolo Z: Riguardo alla schizofrenia...

Adele: Rischia di diventare tale?

Paolo Z: Dipendono dall'ambiente in cui la persona è cresciuta, scusate.

Zuweila: La famiglia, quindi?

Naima: Ma... la schizofrenia non ha una grossa componente organica?

Zuweila: Il sistema familiare.

Paolo Z: Aspettate che faccia la punteggiatura per indicare la fine della frase altrimenti non ci capiamo proprio più.

Claudio: Devi vedere certe facce che hanno i nostri colleghi infermieri di psichiatria.

Paolo Z: Lo psicotico può usare la follia come strumento per rendere folle l'altra persona,

Claudio: Come non puoi? Tutto si può!

Paolo Z: Le strategie della follia sono talmente forti che riescono a far perdere alla persona la fiducia nella propria percezione degli altri e di sé.

Eire: Azzzzz, quello è vero, Paolo? E succede con altri disturbi psichiatrici?

Paolo Z: In questo modo l'altro non si sente più nemmeno sicuro di quello che vede, sente o prova; per questo l'angoscia che si prova ad avvicinare uno schizofrenico...

Zuweila: ... deve essere terribile.

Paolo Z: ? del tutto giustificata. Il senso del reale è una funzione che abbiamo imparato da piccoli. Ma può anche essere messa in crisi come effettivamente è successo a questi pz.

Claudio: Comunque io ne conosco uno.

Eire: E la famiglia come può aiutarli?

Paolo Z: Lo schizofrenico non può vivere nella realtà e non può vivere senza. La combatte, ma non può permettersi di perdere la realtà e tutto qs è fonte di angoscia. Lo schizofrenico tende a trattare il reale come fosse di

estrema elasticità e quando le altre persone o la vita lo smentiscono tende come ultima soluzione a rifugiarsi nel delirio, nell'angoscia.

Adele: Riusciresti a fare un esempio?

Zuweila: Secondo te, per un trattamento ad uno schizofrenico è più indicata una terapia farmac. o psicoterapia?

Paolo Z: Sono necessarie entrambe, secondo me.

Zuweila: Incrociata?

Athina: Da me ci sono solo gli educatori.

Paolo Z: Io credo che una buona terapia richieda una struttura molto ben organizzata che prenda in carico il paziente e si occupi anche della famiglia.

Zuweila: Cioè, Paolo?

Paolo Z: Una comunità.

Eire: Una struttura di che tipo?

Adele: Ciao, Karpe.

Zuweila: Ciao, Karpediem.

Naima: Scusa, Paolo, ma il film "A beautiful mind" quant'è realistico?

Zuweila: Gli stiamo facendo troppe domande, ragà!

Paolo Z: Penso ad una comunità con psichiatra, psicologo e personale preparato. Mi dispiace, Naima, il film non l'ho visto.

Karpediem: Salve a tutti i partecipanti.

Paolo Z: Ciao.

Eire: Sì, ma parli del ricovero?

Athina: Hai ragione, Paolo.

Eire: Ciao. Pensa a noi adest.

Zuweila: La comunità fa parte di un percorso terapeutico, una tappa.

Naima: Ups..... parla di schizofrenia..... di un Premio Nobel... vabbeh...

Zuweila: Che non cronicizzi.

Athina: Che cmq dobbiamo relazionarci per otto con questi utenti.

Paolo Z: Bisognerebbe prendersi carico anche della famiglia.

Zuweila: Infatti.

Paolo Z: Molto spesso.

Zuweila: Spesso il sistema è malato.

Paolo Z: Le terapie familiari sistemiche hanno dato buoni risultati.

Claudio: Carissimi amici, qua c'è il rischio che con il tempo cronicizziamo noi!

Adele: Paolo...

Paolo Z: Senz'altro.

Eire: E così riescono a che non si cronicizzi? ? possibile questo?

Claudio: Sì, sì ti dico.  
Zuweila: Spesso i servizi cronicizzano gli utenti.  
Paolo Z: Sì, è possibile il trattamento di questa forma di malattia.  
Claudio: E gli infermieri subiscono le influenze dei malati. Hai capito, Zuweila?  
Zuweila: Proponendo per anni sempre lo stesso trattamento.  
Paolo Z: Ho visto trattare pazienti schizofrenici con buoni risultati in terapia familiare. Ma torniamo a parlare della paura che ci fa lo schizofrenico?  
Karpediem: Parlate di pazienti schizzo e della loro riabilitazione o della paura?  
Zuweila: Io facevo parte di un'equipe di terapia sistemica.  
Athina: Ma questa terapia a volte non va cambiata? Lo schizo a volte fa paura.  
Zuweila: Qual è la domanda?  
Paolo Z: Continuiamo a parlare di paura?  
Karpediem: Lo schizzo fa sempre paura.  
Zuweila: Ok, sì.  
Eire: Scusatemi...  
Paolo Z: Dunque...  
Athina: Non sai mai cosa può capitare.  
Paolo Z: Il paziente psicotico è un maestro nel far provare ad altri emozioni e sentimenti che sono suoi.  
Zuweila: Facciamo parlare Paoloooooooooooooo?  
Paolo Z: Ma che nega e non riconosce come propri.  
Claudio: Certo certo ZUWEILA.  
Adele: CLAUDIO!  
Athina: Ma loro lo capiscono quando tu hai paura.  
Adele: LA PIANTI PER FAVORE? GRAZIE!!  
Zuweila: Aspetta, Paolo, dicci meglio questa cosa interessante.  
Paolo Z: Scusate, non riesco a finire un discorso. Se mi date il tempo, lo faccio. Parliamo di identificazione proiettiva: si ha quando il paziente proietta parti di sé.  
Athina: Cioè?  
Paolo Z: Parti che egli non vuole riconoscere come proprie. In questi casi l'incontro col paziente porta a vivere emozioni e sentimenti.  
Athina: Ma che succede?  
Paolo Z: Per Athina...  
Claudio: PAOLO, QUANTI FANS CHE HAI!!

Zuweila: E qual è l'atteggiamento più sano da adottare di fronte ad una proiezione?

Paolo Z: A volte chi ha a che fare con qs pazienti prova emozioni che non sono sue ma sono del pz. Se si è capaci di farlo, l'atteggiamento migliore...

Claudio: Mi sono stufato di sentire gli psicotici!

Paolo Z: ... sarebbe quello di accettare qs proiezione senza ributtargliela addosso.

Zuweila: Non opporre resistenza?

Paolo Z: No. Non aiuterebbe.

Karpediem: Ma non può essere pericoloso?

Paolo Z: Forse aiuterebbe noi. Certo. Ecco perché secondo me per relazionarsi con qs tipo di persone occorre una buona preparazione personale e un adeguato sostegno...

Karpediem: D'accordo con te.

Paolo Z: ... da parte della struttura in cui si opera.

Athina: Anch'io pienamente d'accordo.

Paolo Z: Diversamente, l'operatore corre il rischio di burn out...

Zuweila: Esattamente!

Paolo Z: ... in quanto deve farsi carico di problemi...

Athina: burn out?

Zuweila: Affrontare i pazienti mai da soli...

Paolo Z: ... a cui non può da solo dare risposta.

Zuweila: ... dividendo l'investimento emotivo.

Paolo Z: Sì, esaurimento di risorse.

Karpediem: Devo dire di essermi già trovato in una situazione simile.

Paolo Z: Athina, burn out è l'esaurimento di risorse.

Athina: Grazie!

Paolo Z: Bisogna pensare che un paziente psicotico mette tutte le sue forze per buttare sugli operatori tutti i propri conflitti psicologici. Questo può fare davvero male: se non si è preparati adeguatamente...

Athina: Infatti io vado a casa e sono stressata, credetemi.

Paolo Z: Più che comprensibile.

Karpediem: Penso lo siamo tutti.

Franco: Questo si verifica spesso, anche non in ambito psichiatrico e comunque...

Athina: ... e per di più ci penso sempre. Non riesco a staccare.

Paolo Z: Questo è esattamente quello che vogliono i pz.

Karpediem: Non hai altre occupazioni, Athina?

Paolo Z: Infatti possono effettuare forti pressioni psicologiche perché...

Athina: No ka nn ne ho.

Paolo Z: ... perché gli operatori accettino come proprie le loro conflittualità. Non è raro il caso in cui una persona che si relaziona con un pz schizofrenico si senta invadere da sentimenti persecutori...

Karpediem: Relax è tutto ciò che non fai abitualmente.

Claudio ha lasciato la stanza. A risentirci a presto.

Paolo Z: ... o manifesti disturbi psicosomatici. Per questo, secondo me, è opportuno conoscere come questi pazienti operano su di noi influenzandoci...

Eire: Allora, secondo te, se questo può succedere a noi può succedere anche alla famiglia che se ne occupa, no?

Paolo Z: ... in modo da riuscire a distinguere quelli che sono i nostri problemi dai loro. La famiglia di solito è stato l'ambiente che ha provocato la schizofrenia. Penso che la famiglia sia immune. Anzi...

Zuweila: Anzi, alimenta.

Paolo Z: ... di fronte alla famiglia molto spesso i sintomi del paziente si riacutizzano.

Eire: Sì, ma anche è con questa con cui vive!

Paolo Z: Molto spesso la schizofrenia è frutto di una difesa radicale che il pz adotta per difendersi dai paradossi che la propria famiglia gli propone continuamente. Non è raro il caso che fra i familiari...

Eire: Almeno da noi soltanto i pazienti nelle fasi acute vengono ricoverati. Ma soltanto per un periodo breve.

Paolo Z: ... ci siano persone parecchio disturbate.

Zuweila: Il malato come valvola di sfogo, colui che esplicita il sintomo di un sistema malato.

Paolo Z: Esattamente. Siamo sulla stessa lunghezza d'onda.

Zuweila: ;-)

Franco: Appunto questo il motivo...

Eire: Ahhhhhhhh, capisco...

Franco: ... della terapia familiare... vero?

Paolo Z: Molto spesso un paziente che appare ben compensato ritorna in famiglia ed ha una ricaduta. Sì, Franco, per questo la terapia familiare serve.

Zuweila: L'infermiere ha un ruolo molto importante all'interno di una terapia familiare perché valuta realmente sul territorio, in famiglia, le dinamiche.

Athina: Nn i miei: li hanno già istituzionalizzati apposta!

Zuweila: Cosa che il medico in studio non può fare.

Paolo Z: Lo schizofrenico lotta contro la realtà perché essa nella propria famiglia non si era mostrata affidabile ed era causa di continuo conflitto. Lo schizofrenico fa con gli operatori quello che la sua famiglia fa con lui.

Eire: Ma si possono istituzionalizzarle per un lungo periodo?

Athina: Vero.

Paolo Z: Ci sono diversi tipi di trattamento.

Zuweila: Interessante, Paolo.

Eire: Vuoi dire di sì, Athina?

Paolo Z: L'istituzionalizzazione può servire quando non ci sono altre soluzioni possibili.

Athina: Sì, certo.

Eire: Ahhh...

Paolo Z: Molto spesso questi sono pz scomodi che nessuno vuole.

Eire: Sì, ma da noi non esiste questa possibilità.

Zuweila: Infatti per questo la riabilitazione diventa difficile dopo l'istituzionalizzazione.

Eire: Soltanto per periodi brevi e in fase acuta.

Paolo Z: Nessuno si prende carico di aiutarli con una terapia e quindi può essere comodo trovare un posto in cui contenerli.

Karpediem: Penso che in pochi posti ci siano queste possibilità.

Athina: Pensa per adesso noi ne abbiamo 80 di questi utenti.

Paolo Z: ? più facile contenerli piuttosto che lavorare per recuperarli, tanto più che è opinione condivisa che non si possa fare nulla per loro.

Zuweila: Noi stiamo avviando dei tirocini di lavoro.

Eire: Già da noi si pensa nella terapia e l'assistenza sul territorio o comunità.

Karpediem: Da noi si pensa solo a contenerli.

Paolo Z: Io penso che contenerli soltanto sia...

Zuweila: Bisogna farne di strada!

Paolo Z: ... dannoso sia per loro che per le persone che se ne occupano.

Athina: Da noi no, sono contenuti al mass 5 ma solo di notte.

Zuweila: Certo, Paolo.

Karpediem: Ma nessuno si vuole muovere...

Athina: Nn si possono contenere.

~~ Fox è tra noi. Benvenuto in Infermieri Online.

Zuweila: Il tempo della contenzione deve avere dei limiti, ragazzi.

Adele: Ciao.

Zuweila: Non si possono legare l'intera notte!  
Fox: Urca, quanta gente! Pensavo di essere solo.  
Karpediem: Ovviamente...  
Fox: Ciao a tutti.  
Franco: Ciao!  
Eire: Ciao.  
Zuweila: Ciao, Volpe.  
Karpediem: Ciao, Fox.  
Fox: Che si dice di bello?  
Athina: Nn si può farne a meno, Zu.  
Karpediem: Noi leghiamo giorni interi.  
Zuweila: Se qualche familiare vi denuncia potreste avere dei guai.  
Athina: Ahahaha, Ka esagera.  
Zuweila: Devono esserci dei registri di contenzione nei quali si deve registrare il tempo.  
Athina: Questo nn lo so. Noi nn li abbiamo.  
Karpediem: Lo sappiamo benissimo dei rischi che corriamo, ma non abbiamo alternative.  
Fox: Ahhh, si parla di contenzione... mariuoli.  
Paolo Z: Per concludere, vorrei dire che sentimenti di paura che provocano queste persone sono ampiamente giustificati e bisogna sapere farsene carico.  
Eire: E sono pazienti giovani?  
Karpediem: Nn abbiamo registri.  
Paolo Z: Il rapporto con questi pazienti è molto problematico. Possibile fare qualche cosa per loro, ma occorrono conoscenze e strutture adeguate.  
Fox: La contenzione di un paziente ha risvolti da codice penale.  
Zuweila: Infatti... Scusa, Paolo, continua.  
Paolo Z: Era il discorso conclusivo.  
Fox: Secondo il codice è sequestro di persona.  
Karpediem: Conosciamo tutto l'argomento. Paolo, continua.  
Paolo Z: Ho finito.  
Fox: Bravi, allora non legateli! Cercate di capire i motivi del perché si agitano.  
Paolo Z: Avete domande?  
Adele: Sì.  
Zuweila: Sì, inesauribili le domande.  
Athina: Sì, asp, Paolo...

Paolo Z: Spara!

Zuweila: Dovremmo stare qui tutta la notte!

Paolo Z: Direi di ridurre i tempi, che dite? Tutta la notte no.

Adele: Ahahahaha ...

Paolo Z: Ridimensiona.

Zuweila: Una chat molto animata per l'interesse.

Paolo Z: Sì.

Athina: Tu che dici: nelle loro richieste, sigarette caffè e chi più ne ha più ne metta, bisogna sempre assecondarli?

Paolo Z: La strategia di assecondarli secondo me è buona. Serve ad evitare inutili conflitti, a volte.

Athina: Però per me loro se ne approfittano.

Karpediem: A volte poco praticabile.

Athina: E quando nn ottengono diventano aggressivi.

Paolo Z: Questi pz hanno bisogno di un ambiente che sia il più possibile prevedibile e privo di conflittualità.

Fox: Sono d'accordo con Paolo.

Paolo Z: Certamente a volte se ne approfittano.

Karpediem: E dove lo trovi?

Paolo Z: Ma la controparte è spesso molto peggiore.

Zuweila: Dove lavori, Paolo?

Athina: Sì, hai ragione.

Adele: Io farei una proposta.

Paolo Z: Mettersi con un paziente schizofrenico in posizione conflittuale non è molto produttivo e rischia di degenerare in situazioni di ribellione o delirio. Dimmi, Adele...

Athina: Io non ho l'indennità a rischio.

Adele: Dato che l'argomento ha destato interesse...

Karpediem: Assecondarlo in tutto è molto peggio, a mio parere.

Adele: Perché non chiudiamo qui? Ce lo digeriamo.

Fox: Con questi pz devi instaurare un rapporto di vaga amicizia, anche assecondando le loro richieste.

Zuweila: E ci torniamo su?

Adele: E ci diamo appuntamento a giovedì prossimo?

Fox: Ma vietandone alcune. Sarai tu a decidere quali.

Athina: Sì, parliamone ancora, dà.

Zuweila: Fox, lavori in psichiatria?

Athina: È interessante.

Paolo Z: Non conosco il programma, ma mi dice Cion che per un po' siete a posto con gli inviti.

Adele: Cion...

Paolo Z: Per questa sera direi di salutarci qui.

Adele: Gli inviti li possiamo spostare.

Fox: Non proprio, ma lavorare in ospedale è come lavorare in psichiatria.

Zuweila: Alla fine della scaletta però c'è posto.

Adele: O no?

Athina...: Dov'è Cion?

Zuweila: ;-)

Fox: Però ho lavorato con pz psichiatrici.

Karpediem ha lasciato la stanza. A risentirci a presto.

Naima: Arrivederci a tutti. Ciao, Paolo, e grazie.

Paolo Z: Vi saluto e vi auguro una buona notte. Ciao a tutti.

Franco: Ciao, grazie.

Athina: Grazie, Paolo, alla prossima.

Zuweila: Ciao e grazie per la pazienza.

Adele: Ciao e grazie.

Franco: Sempre interessantissimo.

Paolo Z ha lasciato la stanza. A risentirci a presto.

Fox: Czz, ma questi infermieri vanno a nanna presto??

~ Cion è tra noi. Benvenuto in Infermieri Online.

Athina: Notte a tutti.

Franco: Ahahahahhahranco... Ciao, Athina.

Fox: Fare le notti non insegna.

Cion: Siete impossibili!

Naima: Adele...

Athina: Io adesso vado a fumare.

Zuweila: Ma chi era quel cavolo di Claudio, Zuweila?

Athina: Non ne posso più...

Adele: Dimmi...

Zuweila: Io mi faccio una birra!

Cion: E tu a dargli corda.

Athina: Aspettatemi

Cion: Eri peggio di lui!

Naima: Stasera non c'è Grimaldello?

Eire: Zu, scusa, prima di partire... Hai ricevuto la mia mail?

Cion: Mio fratello tra un po' mi ammazza.

Adele: No?!

Cion: Hahaha...

Franco: Ahahah!

Naima: Eheheheh...

Zuweila: Sì, ti risponderò, Francesca.

Adele: Spiritosona!

Cion: No, c'era il gemello.

~~ Karpediem è tra noi. Benvenuto in Infermieri Online.

Naima: Ah, ecco... Beh, sapevo che qui si acchiappava e sono venuta, però... nisba!

Eire: Ah, grazie, ma ti pregooooooooo: meglio "Paqui".

Naima: Vabbeh Ade', ma poi com'è finita?

Zuweila: Ioooooooooooo a dargli corda? Ma se non me lo sono filato proprio! Ha resistito come una mucca!

Eire: Si pronuncia "Paki".

Franco: Karpe... Ti sei perso la chiusura.

Adele: È finita...

Cion: Ciao oooooooooooooo!

Adele: ... prima ancora di cominciare!

Karpediem: Cribbio, che sfiga!

Franco: Oè, ma sei Paqui... Salùds, allora!

Cion: Nanna anche per me, ora che vi ho sgridato posso andare. Notte a tutti, ciao.

Adele: Ciao.

Franco: Ciaoooo.

Cion ha lasciato la stanza. A risentirci a presto.

## La morte di Pan, la paura del “diverso”

*“Invoco il possente e selvaggio Pan.  
Vieni... e i panici terrori disperdi al confine del mondo”*

Tra i figli di Ermes si contava anche il dio fallico degli abitanti del Peloponneso e, in particolare, dell’Arcadia. Era un dio provvisto di corna e zampe di caprone. Aveva il naso schiacciato, il corpo villosa e la coda. Viveva nei boschi suonando il flauto da lui inventato. Il suo nome era Pan.

La ninfa Driope (Calisto), sua madre, non appena l’ebbe partorito saltò via e fuggì senza lasciare nessuno che lo nutrisse tanto era spaventata nel vedere il suo viso selvaggio, barbuto e arcigno. Ma Ermes prese il bambino, lo avvolse in una pelle di lepre e lo portò in fretta sull’Olimpo. Lo pose accanto a Zeus e agli altri dèi e lo presentò loro come suo figlio. Gli dèi si rallegrarono e, più di tutti, si rallegrò Dionisio, il dio della gioia, del vino e del delirio mistico. Lo chiamarono Pan e tutti ne provavano piacere.

Dottoressa Claudia Giovannelli, lei ha una lunga esperienza professionale presso il Centro Salute Mentale dell’Ausl di Acilia, in provincia di Latina. È inoltre autrice di parecchi articoli sulle problematiche psichiatriche. In un suo articolo ([www.infermierionline.net/specialistiche/psichiatria\\_paziente\\_violento.htm](http://www.infermierionline.net/specialistiche/psichiatria_paziente_violento.htm)) lei riprende proprio il mito di Pan in relazione alle problematiche psichiatriche. Può dirci allora se, secondo lei, Pan – che era stato accolto con tutti gli onori fra gli altri dèi dell’Olimpo – potrebbe trovare oggi un posto nel nostro mondo?

*No, non potrebbe. Perché il nostro modello culturale chiede che si occulti tutto ciò che allontana dalle convenzioni sociali. Anormalità, devianza, follia sono "macchie" che, checché se ne dica, continuano a turbare ed incutere inquietudine. Le immagini della follia sono veicolate dai media con rappresentazioni spesso fallaci. Le distorte raffigurazioni psichiatriche nei set del cinema o nell'arte letteraria difficilmente delineano il folle nel suo reale disagio: quasi ogni volta si scivola nel ridicolo e nella follia in tutta la sua veste caricaturale. Sulla vera follia c'è una disinformazione diffusa che ci ridà la maschera del folle o come minus o come un individuo pericoloso, violento, geneticamente tarato (matri-patri-infanticida, giovane killer che uccide senza causa, neo Jack lo squartatore, Unabomber ecc.). Non viene rappresentato un individuo che, pur vivendo un profondo disagio, ha in sé risorse per vivere, amare, che ha capacità di scelta ed è comunque*

*soggetto di diritto. Si afferma sempre più il paradigma dell' "ereditarietà" genetica della follia, che si traduce nell'idea di inguaribilità e nella conseguente attesa del farmaco miracoloso o di una reclusione risolutiva, organizzata, certo pulita e soprattutto privata.*

Perché abbiamo tanta paura del "diverso"?

*La paura è un istinto primordiale, "come voce di Dio cui tutti gli animali ubbidiscono" per dirla con Kant. È un meccanismo di difesa che stimola il nostro organismo a tirar fuori ciò che di meglio possiamo dare sul piano sia fisico che psicologico. Dal lato fisiologico produce adrenalina e mobilita le energie per evitare una situazione di pericolo imminente. Il cerbiatto, se non avesse paura del leone, non riuscirebbe a fuggire e verrebbe ucciso. Vi è dunque una paura che risponde allo spirito di sopravvivenza, alla conservazione e all'adattamento (evoluzionismo di Darwin), una paura che non va eliminata ma piuttosto elaborata.*

Come si risponde a questa paura?

*Alla paura si risponde con due possibili automatismi: la fuga o l'aggressività, legati alla capacità di percepire alcune relazioni pericolose dove la percezione del pericolo si fonda su due meccanismi. Il primo è legato a una memoria innata, ancestrale, quella che possiedono le prede nei confronti dei predatori. Nella memoria del predato vi è un'immagine che fa scattare il meccanismo della paura e quindi della fuga automatica. Qualora la fuga risulti vana scatta la risposta aggressiva, anche se inefficace. Il secondo meccanismo non è innato ma legato a una memoria appresa con l'esperienza, cioè a una memoria legata alle immagini, ai suoni, agli odori... a una dimensione sensoriale che riporta a un nemico: un predatore o semplicemente qualcuno che ci è antipatico.*

Esistono anche altre forme di paura?

*Oltre alla paura come risposta a un pericolo reale distinguiamo altre velate maschere di una paura più interiore come l'ansia che si ha senza una obiettiva sorgente di pericolo, il panico, la timidezza eccessiva, la fobia e l'ossessività; J. Gray considera anche la frustrazione una forma di paura in quanto vissuto di inadeguatezza e percezione sgradevole dei propri limiti.*

*Per capire la paura, quindi, dovremmo indagare sulla vera causa che la determina e che può essere fuori di noi, nella reale aggressione, o dentro di noi, in una predisposizione mnemonica protesa ad evitare un pericolo e ad allontanarci dalla relazione con l'altro ritenuto ipoteticamente perico-*

*loso. Non è il leone che ci assale, ma un'angoscia interna, apparentemente ingiustificata, rivolta al leone in senso universale... alla "Leoninità", come direbbe Platone.*

## **Nel teatrino dell'urgenza**

“Il mito di Zeus – continua Claudia Giovannelli – ricorda l'autorità di cui può disporre il terapeuta nel cambiare, in modo lecito o illecito, lo stile e la qualità di vita dei pazienti. Ma può ricordare anche pazienti che, in determinate condizioni, esercitano sull'operatore una supremazia che definirei camaleontica. Nel teatrino dell'urgenza tra il ruolo di aggressore e quello di aggredito intercorre talvolta una linea sottile che delinea a fatica i confini del potere. La scena del conflitto vede ognuno di noi (ma anche i familiari) assumere di volta in volta il ruolo di vincitore e quello di vinto o, più esattamente, l'uno e l'altro insieme a seconda degli spostamenti in cui siamo vittime e insieme carnefici e in cui la violenza assume via via un'espressione diversa, ora subita ora reagita. Il sentimento di sconfitta o di vendetta, il vissuto di impotenza od onnipotenza, l'aggressione e la fuga sono estremi che si abbracciano e si confondono repentinamente.

I pazienti violenti sono soliti suscitare forti emozioni. Spesso evocano paura, ma possono anche indurre collera. Generalmente l'obiettivo di chi aggredisce è quello di spaventare, persuadere e sottomettere l'altro alla propria volontà; quindi, da parte dell'operatore, riconoscere la paura e palesarla abbassando la guardia e perfino dicendo “mi fai paura” può centrare l'obiettivo e affievolire di colpo l'ira che poi non sempre mira alla distruzione dell'oggetto.

I problemi sorgono quando invece di fermarsi al rito, come è regola nelle specie non-umane, l'aggressività è distruttiva. La fase o i periodi di crisi rappresentano un delicato passaggio teso alla risoluzione di una precarietà comportamentale, relazionale ed esistenziale. Le prime crisi, nella storia psichiatrica di un paziente, generalmente sono violente, non solo nella maniera espressa (acting out) ma anche nel vissuto emozionale. Con il passare degli anni, se ve ne seguono, si affievoliscono fino a rientrare in momenti preventivabili e superabili con ricoveri volontari o variazioni dei programmi terapeutici farmacologici e psicoterapici. Difficilmente si assiste alle impennate di crisi in un paziente cronico: la cronicità trova quasi sempre un

equilibrio nell'ago della vita.

I soggetti violenti e potenzialmente violenti costituiscono una pratica importante nell'emergenza psichiatrica. Quelli più violenti però non sono malati psichici né sono definibili come pazienti, ma sono quelli con disturbo psichico diagnosticabile, quelli che hanno un disturbo neurologico ed organico che conduce ad atti di violenza, quelli che percepiscono i loro atti e impulsi violenti come involontari (ego-distonici) e richiedono aiuto psichiatrico, quelli che sono intossicati o soffrono di una sindrome di astinenza.

Di coloro che non sono mentalmente malati e che non possono essere aiutati dall'intervento psichiatrico sarebbe cosa giusta che se ne occupassero meglio le autorità giudiziarie.

### **L'animale che è in noi**

La persona che sta per diventare "matta" è una persona che sta perdendo il proprio autocontrollo, che sta per sganciarsi dai tanti millenni di storia e di cultura che fino a quel momento ne hanno imbrigliata l'anima al suolo. Non importa perché stia per farlo: potrebbe anche aver ragione (e questo succede più spesso di quanto non si creda), potrebbe aver patito un torto e potrebbe essere proprio la consapevolezza dell'ingiustizia subita a spingerla a violare tutto ciò che fino a quel momento aveva ritenuto un limite invalicabile. Il confine del sacro... Chi ritiene che siano stati gli altri, a suo danno, ad averlo oltrepassato non esiterà a farlo a propria volta. Si autorizzerà da solo ad andare fino in fondo... Fatto sta che la persona in questione sta male e vuole buttare fuori tutta la propria sofferenza cercando un bersaglio sul quale indirizzarla che potremmo essere noi stessi o lei medesima. Eteroaggressività, nel primo caso: autoaggressività nel secondo.

Il problema allora diventa quello di impedire lo scatenarsi dell'aggressività sino alle estreme conseguenze, altrimenti è ovvio che non rimane altra soluzione che saltare addosso al soggetto in più d'uno e cercare di immobilizzarlo. Il ricorso alla contenzione non farebbe però altro che ingigantire la sofferenza e il senso di ingiustizia della persona, che alla propria disgrazia iniziale vedrebbe aggiungersene un'altra, da lei ritenuta ancor più immotivata – dato che è la conseguenza dell'averle negato ascolto in prima istanza – e quindi ancor più inaccettabile. Ella centuplicherà allora gli sforzi per sot-

trarsi alla contenzione e per riuscire a ottenere ciò che le viene negato. E, una volta scampata a questo trattamento, il ricordo dell'ingiustizia e del mancato ascolto – non avendo trovato soddisfacimento – continuerà a tormentarla e potrà diventare a sua volta il motore primo dello scatenarsi di una nuova, eventuale crisi di aggressività o anche di un rifiuto a restare nel mondo così sordo e così ostile, rifiuto potenzialmente quindi non meno pericoloso della prima. Omicidio e suicidio – con tutte le loro fasi intermedie o ad essi assimilabili – non sono che le due facce della stessa medaglia. I due poli versi i quali tende, con smisurata energia, con disperata resistenza, con illimitata angoscia, la persona che abbiamo di fronte nel momento in cui sta per abbandonare il regno del razionale per inoltrarsi nella foresta oscura della primitività...

## **Il ciclo dell'aggressività**

Il ciclo dell'aggressività si compone di **5 fasi**, che vanno prontamente riconosciute per poter applicare nel modo più tempestivo le tecniche di interventi più adeguate.

### **1. Fase del fattore scatenante**

Fase del fattore scatenante (o *trigger*), individuabile in un'intensificazione dello stimolo avversativo, disinibizione indotta da sostanze, percezione di una mancanza di attenzione, fattori di provocazione (veri o presunti), stress o altro.

Le espressioni verbali e la mimica segnalano l'avvio. L'intervento più opportuno in questa fase sarà riconoscere e rimuovere il trigger e isolare la persona in ambiente neutro, con più bassi stimoli.

### **2. Fase della escalation**

Fase della *escalation*, in cui l'intervento consisterà in un approccio verbale utilizzando una comunicazione diretta (diretta espressamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (basata sulle rivendicazioni del momento, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, cioè tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze).

Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e di minaccia in

espressioni dialettiche che possono essere negoziate.

Le fasi 1 e 2 sono quelle della pre-aggressione. Richiedono una rapida presa d'atto del problema e un'adeguata rapida valutazione del rischio.

### **3. Fase critica**

Fase critica (o *acting out*): è il punto culminante dell'eccitamento. Aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla sicurezza e sulle riduzioni delle conseguenze; non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma piuttosto fondarsi sulla scelta di opzioni sintetiche e massimali: contenimento, fuga, autoprotezione.

### **4. Fase della descalation**

Fase della descalation (o recupero, o *recover*), caratterizzata dal graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. È una fase molto delicata, in quanto il paziente è recettivo per eventuali nuovi trigger. Non attuare interventi intempestivi, volti all'elaborazione dell'evento, che potrebbero innescare una nuova crisi. Il monitoraggio attivo ma distante, senza nuovi stimoli inopportuni, è l'unico intervento raccomandabile.

### **5. Fase della depressione post-critica**

Fase della depressione post critica, ovvero comparsa di emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. L'intervento dovrà attuarsi con l'elaborazione dell'evento, volta alla riduzione dei sentimenti più gravi. Confronto con la vittima.

Discussione dell'evento nella riunione quotidiana.

## **Scavare nel passato, scavare nel profondo**

Utile è anche l'anamnesi, cioè la ricostruzione della storia del paziente nei suoi periodi più critici attraverso un'intervista che metta in risalto gli elementi tipici dei pregressi atti di violenza.

### Domande

- 1 In quale circostanza il paziente è stato violento nel passato?
- 2 Qual è la frequenza degli episodi di violenza?
- 3 Se sono episodici, qual è la loro durata?
- 4 Come si comporta il paziente tra un episodio e l'altro?
- 5 Qual è l'entità della violenza? Può rivelarsi utile domandare al paziente

qual è la cosa più violenta che abbia mai fatto.

6 Che mezzi ha impiegato per perpetrare la violenza?

7 Ottenere eventuali dati riguardo a passati arresti, denunce o precedenti penali.

8 Informazioni utili su un cattivo uso dell'automobile (come una storia di liti durante la guida o violazioni multiple del codice stradale).

9 Come è giunto al Pronto Soccorso, da chi era accompagnato (quale dei familiari, forze dell'ordine ecc.) o quale altro percorso è stato intrapreso per l'attivazione dell'urgenza?

10 Testimonianze di familiari, di vicini o di altre persone.

11 Il paziente teme la violenza? Da parte di chi?

12 Fa progetti di violenza? Quali? Ha formulato un piano?

13 Il paziente è in possesso di armi o altri mezzi pericolosi?

14 Ha esperienza di arti marziali o altre capacità di difesa?

15 Il paziente è abitualmente violento?

16 Se la violenza è ben orientata, le vittime destinate sono facilmente raggiungibili? (Il Codice Penale e quello Deontologico fanno riferimento all'obbligo di avvisare le vittime potenziali)

17 Quali stress ambientali e familiari hanno predisposto alla violenza?

18 Note sull'autocontrollo: è in grado di farlo? Ha difese precarie?

19 Ci sono persone in grado di controllare e influenzare evitando il comportamento violento. Quali?

## **Evitare il conflitto**

Leggendo attentamente il seguente “decalogo di comportamento” ([www.simeu.it/marche/linee](http://www.simeu.it/marche/linee), a cura del dott. Leonardi), che dovrebbe essere seguito dal personale sanitario nei confronti del paziente violento in Pronto Soccorso, ci si accorgerà ancora meglio che il paziente cosiddetto violento spesso non è che una persona qualsiasi che a un certo punto ha perso il controllo. Questi consigli sono dunque molto utili, a mio avviso, anche per gestire qualunque situazione di conflitto interpersonale evitando l'instaurarsi della fase aggressiva, che potrebbe essere di “non ritorno”.

1) Non fissare troppo i pazienti. È bene guardare negli occhi, ma ciò può essere avvertito come minaccioso se viene fatto eccessivamente o insisten-

temente.

2) Adottare e mantenere un tono di voce morbido. Chiamare il paziente per nome, ove possibile, e mostrarsi interessati a capire in cosa consista il suo problema.

3) Cercare di incoraggiare il paziente a sedersi. Se anche l'operatore si siede, si può avere una riduzione dell'impatto della presenza fisica nella situazione, con conseguente riduzione delle probabilità di un comportamento violento.

4) Cercare di apparire fiduciosi senza presentare reazioni eccessive, soprattutto all'aggressione verbale, e mostrare preoccupazione per il disagio del paziente.

5) Cercare di non prendere gli insulti in chiave personale; tale accortezza aiuterà a mantenere le cose in prospettiva e ad evitare le reazioni difensive.

6) Nel comunicare con un paziente ostile occorre evitare, per quanto possibile, di volgergli le spalle per evitare di scatenare manifestazioni di ira e di rendere l'operatore facile bersaglio di un eventuale attacco improvviso.

7) Evitare di assumere posture chiuse, difensive o aggressive come stare a braccia conserte o far ondeggiare i pugni o muovere le dita. Si deve essere consapevoli del proprio comportamento personale, ricordando che tali azioni possono essere compiute inconsapevolmente.

8) Utilizzare i mezzi di contenzione solo come ultima risorsa e se è in pericolo immediato la sicurezza fisica di altri pazienti o del personale. I mezzi di contenzione devono essere utilizzati solo in funzione protettiva e non come punizione o con l'intento di fare del male.

9) Far andare via le persone estranee, quando possibile, poiché esse sono spesso all'origine di situazioni difficili.

10) Andarsene, se necessario. Di fronte a un'aggressione, la priorità assoluta è quella di abbandonare il campo e di gridare per attirare l'attenzione.

## **La paura dell'eroe**

“Nella cultura occidentale, in particolare in quella derivata dal mondo greco, – prosegue Claudia Giovannelli – l'eroe è uno che ha paura, uno che avverte che c'è una grande prova da fare e che, a differenza della maggior parte della gente, non scappa. Pur percependo quella paura, fa il grande gesto e quindi può arrivare ad affermarsi proprio in virtù della paura o, co-

munque, di una forte inquietudine interiore. Al termine inquietudine (*uneasiness*) ha dato una lettura empirica John Locke, intendendo per essa un disagio che scaturisce da un bisogno irrisolto, per cui la quiete è possibile solo se le proprie inclinazioni vengono soddisfatte. Locke vede nell'inquietudine il movente principale della volontà umana, qualcosa che spinge alla ricerca per la soddisfazione dello spirito al quale manca qualche bene.

Come l'eroe, il paziente in acuzie può provare una forza e una determinazione straordinarie che mirano a risolvere il proprio bisogno irrisolto. Egli può attivare talvolta azioni estreme e pericolose rivolte ad altri o contro se stessi. Per questo prendere sul serio ogni minaccia, gesto o tentativo omicida o suicidario, anche se può sembrare una manifestazione manipolativa, costituisce un passaggio da non sottostimare.”

## La paura nel ricordo

“Una volta superata la fase acuta – dice ancora Claudia Giovannelli – quando il paziente dopo essere stato dimesso (*'sciolto'*, per dirla con la voce di un paziente cui non veniva il giusto termine) torna e decide di farsi curare, quando con tale scelta, seppur precariamente, egli manifesta coscienza e comprensione dell'accaduto, l'atteggiamento degli operatori sembra permanere nella sfiducia e nel ricordo della violenza subita (*memoria emotiva*), contribuendo ad iscriverlo nel pattern di quei pazienti socialmente pericolosi, imprevedibili, intrattabili e, perché no, irrecuperabili.

Nonostante ora prometta collaborazione, egli continua a suscitare inquietudine innescando comportamenti di diffidenza ed evitamento da parte di chi ha assistito, in prima persona o per sentito dire, agli scenari violenti.

Siamo nel girone dell'irrazionalità, dell'assurdo e dell'oscillazione pericolosa; questo stereotipo stabilisce una distanza relazionale nei suoi riguardi e, di conseguenza, ne accresce il senso di isolamento sociale. Da qui la necessità di elaborare i sentimenti controtransferali, condizione indispensabile per la continuazione del trattamento. È utile un colloquio di confronto tra il paziente aggressore e la vittima (operatore, altro paziente o familiare) per evitare la scotomizzazione dell'evento, circostanza che accrescerebbe il senso di sicurezza da parte dell'aggressore nei confronti della vittima. Pertanto è indispensabile un viaggio nel passato e nel presente attraverso la rirraccontazione, il ri-vissuto e il ri-agito del comportamento violento. Come

ricorda Jung, l'ampliamento della personalità passa sempre attraverso un sacrificio mortale; l'esperienza del conflitto può svolgere una funzione trasformativa, se riusciamo a elaborarne il vissuto."

"Ma la parola – conclude Claudia Giovannelli – talvolta inaridisce il senso e parlare di paura non suggerisce certe formule razionali per la gestione di un'emozione così dirompente e invalidante. Può però rendere consapevole su ciò che siamo e ciò che proviamo, come a suggerire un segno conosciuto, una 'spia' che ci orienti al caso, perché il conosciuto e la consapevolezza riducono l'inquietudine. Così come l'uomo paleolitico anticipava più volte l'episodio di caccia con i graffiti rupestri traendo da questa ripetizione (vissuta e ri-vissuta sulle pareti) una sicurezza interiore capace di guidarlo nella realtà con una memoria rafforzativa, così il nostro segno rupestre dovrebbe ripercorrere l'alfabeto di quella violenza vissuta nelle scene dell'urgenza in modo da ridisegnare un nuovo apparato di risposta, bilanciato tra prudenza e imprudenza, tra paura e coraggio, che ci consenta di mettere in discussione il nostro modo di porci, ogni volta, senza fossilizzarlo come unico modo."

## **I matti hanno ragione?**

Dottor Valter Fascio, lei ha scritto un saggio sulle "strategie di sopravvivenza dell'infermiere psichiatrico". È dunque così difficile resistere alle pressioni a cui si è sottoposti?

*Sì. Il lavoro con situazioni multiproblematiche, come avviene nell'ambito psichiatrico, per lo più in contesti aziendali complessi e rigidamente burocratici, espone l'infermiere a momenti di forte esaltazione e a periodi di buia depressione. E allora, dopo tanti anni, mi sono chiesto: come attrezzarsi per sopportare e dare un senso a situazioni assistenziali per molti versi assurde e insostenibili, a prima vista senza vie d'uscita? Come conciliare e rispettare le richieste aziendali e le prescrizioni terapeutiche con l'esercizio professionale autonomo dell'assistenza?*

E quali risposte si è dato?

*Senza alcuna pretesa di teorizzare, ho cercato di elaborare una sorta di "strategia irriverente" di sopravvivenza alle ansie e tensioni lavorative, che nasce sia dall'esigenza di riflettere sulla qualità assistenziale presente*

*nell'area specialistica in cui svolgo la mia attività di coordinatore infermieristico, sia anche dal bisogno di sdrammatizzare e alleviare il peso quotidiano di un lavoro sanitario e socio-assistenziale che storicamente nell'ambito della psichiatria è sempre stato un po' il "ricettacolo" delle sfortune, dei fallimenti e delle ingiustizie umane. È un ridere delle mie pretese, ridere di ciò che la complessità, la "leggerezza" della vita, i "segnali" del destino mi propongono ogni giorno. È un ironizzare sul mio senso di onnipotenza per imparare a godere dei miei limiti, è un modo per "vivere" anziché solamente per "non morire".*

Da quale punto di vista è partito per elaborare il suo lavoro?

*Dalla teoria della società di Luhmann, che a sua volta si rifà alla corrente costruttivista radicale secondo la quale "il mondo è il risultato di processi interni" tramite i quali la realtà è osservata e costruita da ciascun individuo. Se ne deduce che l'attività di "conoscenza" non è descrizione di una realtà oggettiva e vera, ma sempre descrizione di "quanto osservato da", così come l'osservatore è il terzo escluso del suo osservare poiché non può vedere se stesso mentre opera. Con ciò Luhmann non intende tanto negare l'esistenza di un mondo esterno, ma piuttosto sottolineare l'impossibilità di conoscerlo al di fuori della nostra esperienza soggettiva e individuale.*

Che cosa significa tutto questo nella realtà infermieristica?

*Significa che costantemente in ogni "diagnosi infermieristica", così come in ogni interpretazione o lettura di eventi sociali (da quelli che concernono il mondo a quelli di individui singoli), entra in gioco la diretta esperienza personale, anche al di là del nostro ruolo di terapeuti-operatori. Il nostro essere uomini, padri, mariti o donne, mogli, madri, figli, lavoratori, anziani, giovani ecc., ogni nostra esperienza, ostacolo, fallimento, successo, con la memoria biologica di ciò che ha lasciato, ci condiziona quando entriamo in contatto con la vita e con l'esperienza di soggetti che sono "altro da noi". È perciò sempre con la nostra storia che osserviamo e descriviamo la storia e l'esperienza di utenti che sono "altro da noi".*

*Questa consapevolezza, se da un lato ci permette di differenziarci come infermieri e come persone, dall'altro rende la relazione e l'operare con l'utente molto più complicati, incerti, difficili: che cosa è più giusto? Che cosa è sbagliato? E per chi è giusto, per chi è sbagliato? Chi sono i cattivi e i buoni? Esistono i cattivi e i buoni? Chi sono i bugiardi e i sinceri? Che cosa pensare di utenti che un giorno ti sembrano noiosi, ripetitivi, fatui o*

*addirittura aggressivi perché ti chiedono aiuto con decisione e il giorno successivo, incontrandoli casualmente per strada, ti sembrano inaspettatamente vitali, astuti e capaci? E come coordinare tutto ciò con le visioni dell'uomo e del mondo che ogni singolo membro dell'équipe ha e vuole trasmettere agli altri?*

Non sono riflessioni facili da farsi...

*Questi sono i momenti in cui mi sento disorientato e dubbioso: mi mancano riferimenti stabili, certezze, punti fissi con l'appoggio dei quali muovermi, decidere, scegliere. Per dirla con Luhmann, la questione non è solamente più confermare o disconfermare verità assolute, ma migliorare la nostra capacità di cogliere e ridurre la complessità del mondo che ci circonda. Non è possibile salvare tutto e tutti, è assurdo pretendere da se stessi e dagli altri armonia, purezza, coerenza. Ha più senso attrezzarsi per "sopportare" gli errori, identificandoli, tornando indietro, recuperando e riconsiderando possibilità scartate poiché sembravano inadeguate e soprattutto... giocare a trasformare ciò che ci appare impossibile in qualche cosa che sia realizzabile e dunque "possibile".*

Da che cosa ha preso l'avvio per cominciare questo "gioco"?

*Dal senso. Il senso è la forma umana di elaborazione dell'esperienza: per sopravvivere l'essere umano è obbligato a ridurre la complessità riportando tutto entro una propria individuale dimensione di senso. Per esempio, poiché raramente ho finito per convincermi di aver avuto a che fare con un utente sicuramente masochista (anche se può succedere), posso di conseguenza affermare che qualunque sia stato il suo agire, sebbene ci sembri assurdo, avrà sicuramente un senso per lui. L'operazione non è, dunque, convertire dal generico "non senso" al "senso unico", ma piuttosto approfondire ulteriormente il significato che lui ha scelto e dato al suo agire. Mi riferisco a quando, avuta la fiducia, utilizzati i momenti di riflessione, ottenuti degli aiuti, l'utente che si è rivolto a noi promettendoci collaborazione rifiuta il nostro progetto di cambiamento e decide di continuare a fare di testa sua. La sua autonomia ci sfida continuamente e ci mette in scacco: "Perché, se non faccio ciò che voi mi dite, che cosa succede?"; "Voi fate pure, poi io vedrò se regolarsi di conseguenza", ecc.*

*Perché allora, peculiarmente per chi opera nell'ambito psichiatrico, non pensare all'utente come ad una sorta di sistema aperto alla struttura (comunità, ambulatorio, reparto, ecc.), ma, al tempo stesso, operativamente*

*chiuso alla struttura? Perché non riconoscere mai il bisogno dell'utente di "difendersi" dal potere degli operatori sanitari?*

*Ciò che a noi appare "sbagliato", illogico, inutile, dannoso, sovente non è altro che qualcosa che esce dai nostri confini di senso. Il senso attribuibile a pensieri, informazioni, comportamenti e scelte è del tutto soggettivo, a volte generalizzabile, ma comunque sempre unico, personale.*

Vuole forse dire che il "matto" ha ragione?

*Voglio dire che se gli infermieri accettano questo diritto del cittadino all'autodeterminazione (rientra nella deontologia professionale di ogni operatore sanitario), dovrebbero concretamente rispettare a priori la scelta, ad esempio, di molti utenti che si sentono "guariti" di non frequentare per un certo periodo i servizi di salute mentale così come invece la scelta di molti degenti degli ex ospedali psichiatrici di ieri (o delle comunità di oggi) di avere la propria libertà e di poter ottenere una casa. In sostanza, dovremmo accettare di stare "fuori", di essere "esclusi" dalle scelte di vita altrui perché niente che non sia il nostro punto di vista ci può dire che sono scelte giuste o sbagliate.*

*Per questo motivo anche le possibili soluzioni e gli interventi riguardanti qualsiasi situazione assistenziale, più che pianificati organizzativamente, vanno "convenuti" e costruiti con l'utente, secondo la creazione di codici della comunicazione e il coordinamento di significati che sono condivisi per entrambi (come per trovare affiatamento in una danza di coppia continua) nel gioco delle doppie contingenze.*

Questo nuovo punto di vista le ha riservato delle sorprese nella sua esperienza quotidiana?

*Sì, molte. Un ragazzo pakistano, studente in Italia, ricoverato con un trattamento sanitario obbligatorio presso un reparto psichiatrico e contenuto a letto, rifiuta da giorni di farsi lavare dagli infermieri in turno e si oppone supplicando e minacciando ad ogni loro tentativo (giustificato per motivi igienici) di intervento; dopo quattro giorni si presenta il fratello e in sua presenza, con il suo aiuto, accetta di farsi tranquillamente un bagno. La sua delega delle attività igieniche unicamente ad un familiare maschile lo fa automaticamente diventare un utente "non collaborante"? Si può parlare di "personalità aggressiva"? Oppure può essere, considerata la difficoltà di comprensione dovuta alla lingua diversa, il tentativo di comunicare l'esistenza di un'osservanza religiosa del suo Paese da rispettarsi? Oppure...*

*E ancora: una coppia marocchina in cui ogni decisione deve avere il benessere dell'uomo, in cui una donna per avere dei colloqui con gli operatori del Centro di salute mentale deve accettare di parlare solamente con operatori donne. Si può affermare che la donna ha bisogno di emanciparsi? Nella nostra cultura occidentale una tale suddivisione dei ruoli e sottomissione rappresenta ingiustizia, ma per quella donna può essere tranquillamente vivibile. Non sarebbe pericoloso un tentativo degli operatori di infrangere tali regole sociali condivise?*

*E che cosa ci dice poi che un tale tipo di comunicazione attorno ai significati aperti abbia un senso solo principalmente nel lavoro con l'utenza straniera, cioè con i non nativi? Ogni utente non è comunque, a priori, "altro" da noi e quindi "diverso", "non nativo", "straniero"? Gli antropologi oggi considerano qualsiasi individuo (indipendentemente dalla sua cittadinanza civile) nativo nella propria cultura... E noi infermieri?*

Come si fa, però, a sapere se il paziente dice la verità, visto che ciò che dice ha un senso innanzitutto solo per lui? Non viene meno proprio la forza interpersonale della comunicazione?

*Certo, la scelta di un tale approccio da parte degli infermieri amplifica il problema della "sincerità": nessun processo di comunicazione è in grado di controllare la veridicità dei simboli e dei significati attribuiti ai simboli da ciascun soggetto comunicante. Non c'è niente che ci permetta di fare in modo che l'utente, psichiatrico o no, ci dica la verità. Possiamo però iniziare a fare chiarezza almeno su ciò che è in nostro potere, cioè ciò che riguarda noi infermieri psichiatrici: qual è il ruolo che possiamo giocare? Quali sono i sentimenti che l'aiuto degli altri ci mobilita? Che cosa ci aspettiamo che l'altro faccia o pensi o dica? Di che cosa abbiamo bisogno per stare bene e sentirci a nostro agio in quella relazione? E così via dicendo. Dopodiché ognuno è legittimato a fare il proprio gioco: l'utente a ottenere prestazioni sanitarie per vivere meglio, l'infermiere a ottimizzare le risorse disponibili in modo appropriato per sostenere il maggior numero di persone possibili.*

Luhmann sostiene anche che ogni esperienza è tanto più evolutiva quanto più è libera da vincoli, ossia quante più "cose" sono possibili, quante più alternative esperienziali sono disponibili e realizzabili.

*E non è forse questo lo scopo e il senso dello "sperimentare"? E qual è nelle strutture psichiatriche lo spazio "concesso" alla sperimentazione?*

*Che possibilità hanno i nostri utenti di sperimentare soluzioni autenticamente alternative ai loro problemi? Quale margine di errore è concesso al loro agire? Che possibilità di crescita reciproca ci può essere in una relazione (infermiere-utente) in cui tutta o buona parte dell'energia è giocata sul dare la "risposta esatta", sul rispettare totalmente i "tempi assistenziali", gli "ordini impartiti" dai responsabili, le "prescrizioni terapeutiche" dei medici, i "budget a disposizione" delle aziende, sull'evitare accuratamente tutti i conflitti, disarmonie, rotture, disgregazioni, incongruenze, insubordinazioni, ecc.?*

*E l'infermiere psichiatrico? Non rischia di chiedere ed esigere troppa coerenza, armonia, perfezione dagli altri e da se stesso? Quanto riusciamo a perdonarci o a sorridere delle nostre imperfezioni, dei tradimenti del nostro "essere" e del nostro agire?*

*Mentre noi ci dilaniamo alla ricerca del perché il mondo è imperfetto e ingiusto, le cose vanno avanti per conto loro, moltissimo ci sfugge di mano. Eppure noi infermieri psichiatrici sappiamo come le cose dovrebbero andare, noi sappiamo come potrebbero essere risolti i problemi, noi sapremmo mettere le cose e le persone al posto giusto. Noi sapremmo come garantire armonia, sintonia di intenti tra bisogni e desideri delle persone, noi sapremmo come fare ad "abbellire il mondo": siamo stati creati per questo! Ma purtroppo non tutti scelgono contemporaneamente l'ordine, l'amore, la bellezza. Purtroppo o per fortuna?*

*Che cosa pensa che dovrete fare voi infermieri?*

*Dovremmo essere dentro le narrazioni circa il nostro ruolo assistenziale e condividerle mantenendo però la consapevolezza che si tratta pur sempre – appunto – di "storie", di costruzioni. Essere irriverenti (o "ironici") significa, in fondo, riconoscere le costruzioni unicamente come tali e non come realtà da modificare. Significa anche che possiamo rinunciare a ruoli di onnipotenza.*

*Ci riuscirete?*

*È difficile... ma ne varrebbe la pena. In fondo noi "angeli assistenziali" siamo dei sognatori, e amiamo prevalentemente le "storie belle", quelle che hanno "una morale", e a "lieto fine"...*

## Fiori di campo

Questa è una storia che mi ha raccontato lo psichiatra dottor Giuseppe Messina. È successa trent'anni fa all'Ospedale Psichiatrico di Reggio Calabria, ma potrebbe anche essere storia di oggi.

“Al Reparto Miraglia vi era un solo ammalato problematico, spesso legato al letto perché autolesionista: era un ragazzone macrosomico dalla voce tonica e cupa. Aveva tentato più volte il suicidio, soprattutto soffocandosi con le dita in gola. Spesso vomitava sangue per questo suo 'vizio'; talvolta era aggressivo. Si chiamava E.

Lo conobbi legato a letto, con una flebo inserita perché non voleva alimentarsi. Mi colpì la sua voce, il saluto spontaneo, il sorriso ebetoide. Lo feci sciogliere e lo portai un po' a spasso.

Fu molto contento e mi chiese di potermi venire a trovare durante i pomeriggi di guardia. Così, ogni volta che ero di turno, alle 18,00 in punto, E. era in Direzione ad aspettarmi. Nelle tante ore che trascorrevamo insieme gli piaceva molto parlare della sua vita anche se io, ancora giovane e inesperto, pensavo che i suoi racconti fossero solo frutto della patologia mentale che l'affliggeva!

Una sera gli proposi di rimanere a cena nel mio alloggio: non mangiava da molti giorni e si reggeva a stento. Ne fu entusiasta e così cucinammo insieme un barbecue con la solita brace che il 'Papa' aveva preparato in un secchio. Da allora il rito si ripeté ogni sera: E. portava in cucina la brace, io cucinavo la carne mentre lui apparecchiava. Non riuscivo a capire, ma E. si comportava 'normalmente'; mangiava regolarmente, forchetta e coltello, e neppure una volta, che fosse una, si mostrava agitato o nervoso. Anche quando, improvvisamente, dovevo spostare il turno e non potevo avvisarlo, se ne tornava in reparto, digiuno, senza protestare.

Una sera mi chiese di accompagnarlo a conoscere i suoi parenti nella cittadina della Piana di Gioia Tauro dove era nato e, siccome in quel periodo io lavoravo anche per l'Inam di quelle zone, una mattina andammo là insieme: ore e ore di ricerche, vaghe risposte, indirizzi inesistenti, “forse sono emigrati”, ma della sua famiglia nulla. Non capivo, ma avrei capito.

Il 30 Aprile del 1979 il mio primo periodo in Ospedale si chiuse. Dovevo presentarmi a Firenze il giorno dopo per il servizio militare.

E., a suo modo, capì. Mi portò un grosso mazzo di fiori di campo che aveva raccolto apposta e, senza una lacrima ma con un'espressione di tri-

stezza mista a rabbia, si allontanò verso il reparto.

Dopo alcuni mesi trascorsi a Firenze, venni richiamato con urgenza a Reggio Calabria a prendere servizio di ruolo in ospedale. Al mio arrivo domandai di E. Mi dissero che era legato a letto da tempo perché aveva dato fuoco alle cartelle dell'archivio e aveva 'lapidato' la macchina del Direttore, cioè di colui che, secondo il suo punto di vista, era il responsabile della mia partenza.

A letto il suo sguardo era sereno, dolce, per nulla rivendicativo. Non mi chiese di scioglierlo.

Trascorsi minuti a spiegargli il motivo della mia partenza, gli mostrai la divisa che indossavo, mi sembrò che capisse. Una lunga passeggiata e la reciproca promessa di riprendere i nostri barbecue.....

Quando tornai dal servizio militare sembrava che nulla fosse cambiato, ma non era così: la legge 180 aveva determinato una fuga dall'ospedale di medici e personale. Restammo solo in tre o quattro e io venni destinato ai due reparti femminili dove avevo cominciato.

E. non avrebbe comunque potuto mantenere la promessa fatta: morì qualche giorno dopo il mio rientro. Ma anche la morte in quel luogo acquistava un diverso significato, faceva parte del gioco, intrisa delle stesse dinamiche e delle identiche contraddizioni.

Assistetti in silenzio all'autopsia: un boccone in gola, forse nemmeno un suicidio, l'aveva soffocato. Pochi minuti, un ultimo saluto e un'auto all'interno della quale mi parve di riconoscere una delle persone che avevo incontrato durante la nostra uscita alla Piana di Gioia Tauro e che aveva depistato le nostre ricerche... Il feretro si mosse veloce con al seguito una famiglia che si era vergognata di lui. Cominciavo a capire!"

## **Il luogo dell'urlo ovvero: breve storia della contenzione**

Dottoressa Claudia Giovannelli, ci racconti un po' la storia della contenzione così come l'ha descritta nel suo bell'articolo apparso nel sito di InfermieriOnline ...

Nell'articolo ([www.infermierionline.net/specialistiche/storia\\_dell\\_assistenza\\_psichiatrica.htm](http://www.infermierionline.net/specialistiche/storia_dell_assistenza_psichiatrica.htm), *n.d.A.*) prendo le mosse da quella che fu la prima azione, ad opera di Jean Philippe Pinel (1745-1826), per cui egli viene tut-

tora ricordato nell'iconografia tradizionale. Pinel liberò i malati del manicomio francese di Bicêtre dalle catene. Un gesto emblematico, anche se egli discettò poi a lungo sulla utilità e sui limiti della contenzione dei pazienti psichiatrici.

Ma l'icona della pratica contenitiva in epoca pre-farmacologica, quella a cui ancora oggi spesso ritorna il nostro pensiero, era la camicia di forza. Che, in un certo senso, è sopravvissuta. L'ingresso degli psicofarmaci nei trattamenti psichiatrici non ha infatti eliminato contenzioni e isolamento né modificato significativamente la situazione.

“Quando gli infermieri mi massacravano di botte con la pretesa di curarmi, io mi rifugiavo nella mia seconda ombra, e non sentivo il dolore.” Ecco una frase come tante altre, ascoltata dalla voce di un ex internato nel manicomio di Gorizia nel film di Silvano Agosti dal titolo, appunto, “La seconda ombra”, proiettato nel corso del convegno di Trento. Una frase che rivela la brutalità e gli orrori perpetrati a persone internate nei manicomi, costituiti da cancelli, inferriate, porte e finestre sempre chiuse; luoghi dove catene, lucchetti e serrature imperavano sovrani. Luoghi dove le “cure” più comuni erano la segregazione nei letti di contenzione, la camicia di forza, il bagno freddo, l'elettroshock, la lobotomia (asportazione dei lobi parietali, cioè di una parte del cervello). Luoghi, infine, dove le giornate trascorrevano in immensi saloni tra il fumo delle sigarette, i canti e le preghiere imposte dalle suore.

Nel 1952, dopo che Henri Laborit notò gli effetti psicologici di un nuovo anestetico, la clorpromazina, si decise di provarlo in pazienti schizofrenici. La terapia ebbe successo, e così iniziò l'era del trattamento farmacologico delle malattie psichiatriche, dominato fino a quel tempo dagli interventi somatici finora descritti o psicologici (psicoanalisi e altre psicoterapie).

Prima gli ospedali psichiatrici erano il luogo dell'urlo. L'urlo ora rimaneva lì, nel petto, al fondo della gola. Noi non lo sentivamo. Eravamo tutti presi dal miracolo. Si potevano finalmente mettere da parte le camicie di forza, i letti di contenzione. Solo più tardi ci si rese conto che avevamo sostituito camicie di forza e fasce di contenzione con una camicia chimica.

La mente dei malati, azzerata da anni di istituzionalizzazione, spesso ne fu ulteriormente annichilita. La loro sofferenza non cessò; cessarono le urla, il vociare, il bestemmiare.

Molti affermano che se non ci fosse stato l'avvento dei farmaci il processo di deistituzionalizzazione non si sarebbe mai attivato in quanto né l'individuo né la società erano pronti alla co-esistenza tra diversi. Il reingresso degli

alienati nella società è stato possibile, secondo costoro, solo acquietando la voce della follia, mantenendo così l'ordine sociale.

Prima nei rapporti fra ricoverati e infermieri era questione di botta e risposta: da parte degli infermieri era una cattiveria aperta. Ora invece danno le punture e tutto finisce. Ma il successo terapeutico non è affatto mutato. Lo psichiatra Vittorino Andreoli afferma che i risultati di oggi, due secoli dopo, non sono maggiori o minori di quelli di Pinel. Ciò può spiegare che la follia manca ancora di una terapia specifica e ogni presidio è un semplice surrogato terapeutico, la maschera d'un effetto placebo. In questo caso la differenza tra i singoli presidi di cura è irrilevante e un bagno freddo o l'elettroshock o un recente ritrovato della farmacologia sono chiavi false di un ingresso alla follia che semmai avviene per combinazioni del momento casualmente indovinate e dello stesso valore, sia che appartengano alla psichiatria contemporanea che a quella di Pinel.

Talvolta l'elettroshock potrà anche rappresentare un'ultima spiaggia, ma in realtà è il segno della nostra impotenza terapeutica, che si trasforma in cieco accanimento verso la malattia mentale passando obbligatoriamente attraverso la testa del paziente senza considerare la sua anima.

La questione etica in psichiatria diviene un delicato elemento di discussione, specie se si accompagna a trattamenti che fanno dubitare del rispetto della dignità del paziente, come la terapia elettroconvulsivante e la psichirurgia.

In entrambi i casi la questione morale è duplice: da un lato si obietta che si tratterebbe di interventi terapeutici violenti ed esproprianti che, più che indurre reali processi di guarigione, si limiterebbero ad alterare rudemente e grossolanamente i meccanismi di funzionamento cerebrale; dall'altro si dice che, in ogni modo, la loro efficacia non è comprovata, mentre gli effetti collaterali a distanza di tempo sarebbero severi. Insomma, in tutti e due i casi ci si troverebbe di fronte a cure non etiche, innanzitutto perché "cattive" e, in secondo luogo, perché violentemente manipolative e non rispettose dell'autonomia e della dignità del paziente. Tuttavia, per quanto riguarda l'ETC (elettroshock), l'assunto che esso non sia efficace o serva solo episodicamente non è condiviso da molti psichiatri che ritengono, anzi, che questa diffusa credenza sia più il portato delle campagne ideologiche degli anni Settanta che il risultato di una serena disamina della letteratura scientifica.

Gli stessi presunti danni sulla memoria del paziente e la violenza della cura sono ritenuti elementi sorpassati, legati a somministrazioni errate e in

assenza di anestesia generale. Recentemente anche il Comitato Nazionale di Bioetica, pronunciandosi sulla terapia ETC, sostanzialmente non ha ravvisato nel suo uso alcun problema etico specifico quando (e solo se, ovviamente) esso sia giustificato dalla stato dell'arte delle conoscenze scientifiche.

Dopo la chiusura dei manicomi, gli infermieri vennero "liberati" anch'essi con i pazienti. Il processo di trasformazione istituzionale fu complesso e difficile e avvenne tra molteplici conflitti interni, in particolare tra gli infermieri che non si sentivano tutelati nel loro nuovo posto di lavoro e facevano fatica ad abbandonare il tradizionale ruolo di "custodi" per assumere/esprimere le potenziali capacità assistenziali nei nuovi processi di cura e riabilitazione.

Dopo la Legge 180, forse per comodità, si preferì mantenere quello stigma che inquadrava ancora l'infermiere nel suo trascorso storico di custode. Nei nuovi posti di lavoro, avendo un ruolo ancora indefinito in termini di mansioni, l'infermiere era colui che sopperiva alle carenze del servizio e svolgeva ruoli e funzioni inferiori alle sue reali competenze, come quella degli amministrativi, degli autisti, dei portinai-custodi delle chiavi dei servizi, dei servitori delle altre figure professionali o, tutt'al più e ancor più grave, l'infermiere più emergente e scaltro era colui che imitava goffamente il medico. Ecco che allora cominciammo ad appellarci alle Leggi e successivamente al mansionario che poco esplicitava i compiti in ambito psichiatrico. Il mansionario era l'unico documento a nostra tutela contro ogni abuso di mansioni inferiori ma, allo stesso tempo, ci castrava nel movimento espressivo della nostra crescita professionale.

Oggi l'infermiere si sta riappropriando di ampi spazi di autonomia e, da una funzione di stampo custodialistico, è transitato ad una di collaborazione e pianificazione dell'assistenza, pur non avendo cancellato definitivamente quello stigma che ogni tanto affiora e che ci pose sempre in una posizione di difesa.

In passato era lo psichiatra unicamente la figura che si poneva al centro del processo terapeutico, che decideva e operava servendosi del supporto delle varie figure sanitarie. Oggi la presa in carico è dell'équipe che, in maniera globale, crea una rete di interventi che chiama in gioco altre figure e persone esterne. Ci si proietta, quindi, in un modo di "prendersi cura" più articolato e completo.

L'operato degli infermieri in psichiatria si espleta in differenti luoghi e aree di intervento, sia istituzionali che sociali (SPDC, Centri di Salute Men-

tale, Centri Diurni, Comunità Terapeutiche, gruppi appartamento, domicilio del paziente, luoghi del sociale, istituzioni non psichiatriche, in aree formative, preventive, imprenditoriali, nel mondo del cooperativismo, in laboratori d'arte, nelle sfere socio-culturali e transculturali). Si potrebbe dire che l'infermiere svolge un ruolo di mediatore tra la psichiatria e la comunità che deve accogliere, tra il paziente e il mondo al quale egli quotidianamente si relaziona.

## Terapia coniugale

E siamo giunti all'ultima storia... Anche questa me l'ha raccontata lo psichiatra dottor Giuseppe Messina e anche questa è avvenuta nell'Ospedale Psichiatrico di Reggio Calabria. È una storia che fa quasi sorridere. Ma è pur sempre una storia dolorosa. Che ha il pregio, però, di farci riflettere sul rapporto tra pazzia e normalità. Per giungere alla domanda conclusiva, ovvia dopo il tanto (o il poco) che ci siamo lasciati alle spalle: ma chi è il "matto"?

“Giovane, robusta, la diremmo ‘bene in carne’, la ricordo sempre vestita a nero, mani congiunte (quando non era assicurata a letto) ed espressione perennemente mistica. Quella giovane signora, proveniente da uno dei più ‘chiacchierati’ paesi della provincia reggina, luogo di sequestri internazionali e gravi contaminazioni mafiose, aveva qualcosa di particolare: forse quei lineamenti marcati, il colorito sempre acceso, la voce flebile che contrastava con la corporatura massiccia.

Era considerata una paziente pericolosa, perennemente ‘convinta’ di parlare con Dio e con i Santi, spesso si faceva trasportare dalle sue allucinazioni imperiose e le dava di santa ragione a tutti. Non era litigiosa, né la ricordo mai agitata, ma improvvisamente, senza motivo, aggrediva qualche altra paziente con grande determinazione. Rispondeva alle domande sempre in terza persona: *‘Mi dissi chi mi chiamu Maria, mi dissi non m’u mangiu, mi dissi u minu’*. Spesso si isolava in un angolo del Reparto Osservazione donne, cantando nenie e litanie di santi con una voce squillante e melodiosa che lasciava trasparire trascorsi di vita tipici delle zone rurali dell’entroterra reggino.

Quasi ogni mese veniva a farle visita il marito, peraltro impegnato ad ac-

cusciare i due figli: era un omone di oltre un quintale di peso, ben impostato fisicamente e molto alto. Al suo arrivo mi stringeva la mano con energia, quasi a farmi male, dato che le dimensioni dell'arto erano almeno il doppio delle mie. Ma i suoi modi gentili e affabili, simili a quelli che avevo già sperimentato nei paesi della Piana di Gioia Tauro durante il mio lavoro come medico fiscale, contraddicevano l'aspetto e la prestanta fisica.

Chiedeva di stare solo nella 'cella' con la moglie e si avvicinava evidentemente senza alcuna reticenza anche quando ella era in preda a una delle sue crisi più gravi.

Le prime volte tornavo al mio lavoro senza dare peso a quella visita, non dissimile (pensavo) a molte altre, ma in un'occasione sentii dalla stanza uno schioccare di mani talmente forte da fare eco nel corridoio. Mi avvicinai all'inferriata che permetteva di guardare dentro e mi accorsi che l'omone dava degli energici ceffoni alla moglie la quale, seduta sul letto, ne assorbiva l'evidente dolore senza replicare in alcun modo.

Istintivamente entrai nella stanza e apostrofaì l'uomo che, con la solita gentilezza ma anche con fermezza, mi disse: *'Dutturi, i vostri medicini non fannu nenti! A megghiu mericina pi sti cosi su du 'cinqu liri' belli fermi'* ('Dottore, le vostre medicine non fanno niente! La migliore medicina sono due sganassoni ben assestati') e, quasi soddisfatto per la 'terapia' somministrata, se ne andò 'rassicurando' la moglie che sarebbe tornato, come sempre, dopo un mese.

La signora, per nulla turbata né rivendicativa, dopo questi momenti si appartava cantando le sue litanie, portando sul faccione paonazzo le impronte delle amorevoli 'carezze' lasciate dal marito."

## **Il Reparto Quattordici**

"L'uomo che per caso vive ancora libero credo non abbia una idea concreta di cosa significa essere internati e magari passare anni in camicia di forza.

Non molti si figurano l'esperienza di chi viene sequestrato all'improvviso senza avviso e senza spiegazioni. Viene il momento in cui nessuno ti prende più sul serio come essere pensante e questi appare come un cambiamento senza ritorno. Ormai senti solo dei gridi di comando come si usa con gli animali. Chi cerca di salvarsi, o tenta di recuperare terreno, annaspa e affonda sempre di più in modo disperato come i prigionieri nelle sabbie mo-

bili.

Le diagnosi psichiatriche tolgono in modo difficilmente rimediabile il diritto di partecipare alla pari alla vita degli altri e sono sufficienti per escludere le persone dalla comunità sociale, anche senza bisogno del sequestro e dell'isolamento. Con molta probabilità è per questo motivo che negli ultimi anni alcuni psichiatri hanno pensato che nella vita civile si potrebbe fare a meno dei manicomi, avendo a disposizione altre forme efficaci di controllo o di squalificazione delle persone che sono giudicate di troppo o socialmente fastidiose.

Impaurita dalla propria complessità e ricchezza psicologica, la maggioranza degli uomini si sottomette volentieri a semplificazioni false e artificiali per condurre una vita apparentemente più sicura. Ma il concetto di normale e anormale in materia psicologica non ha nessun significato. Nessuno ha il diritto di obbligare gli altri al proprio modo di pensare e di vivere. Tanto meno sotto il pretesto di curare il cervello. Già Kant scriveva che i medici della mente inventano una malattia ogni volta che trovano un nome. Se però si pensa che il fine degli psichiatri è il controllo del pensiero, allora tutto risulta chiaro e comprensibile...”.

Chi dice queste parole è il medico psicanalista fiorentino Giorgio Antonucci, che negli anni Settanta è stato tra i primi in Italia a liberare, letteralmente e materialmente, i malati psichiatrici dalle catene e che ancora si batte perché tale liberazione rimanga e diventi effettiva e totale.

Per questa sua attività il dottor Antonucci ha ricevuto nel 2005 a Los Angeles il Thomas Szasz Award e, contemporaneamente, un riconoscimento dall'Assemblea legislativa della California, nonché dal CCDU Comitato Cittadini per i Diritti Umani. Così ricorda:

“Il Reparto Quattordici dell'Istituto Psichiatrico Osservanza di Imola... Era chiamato 'il padiglione delle donne agitate'. Come potrei dimenticarlo?

Presso i manicomi di Imola ho lavorato dal 1973 al 1996, dopo essere stato a Cividale del Friuli, a Gorizia con Basaglia e al Centro di Igiene Mentale di Reggio Emilia.

L'Istituto Osservanza di Imola aveva, in ogni reparto, porte di metallo spesso, verniciate di color grigio, tutte compatte come potrebbero essere i portoni di una diga. Le mura intorno al cortile erano gialle e altissime. I grandi alberi del parco, antichi e rigogliosi, in mezzo all'ambiente carcerario facevano un effetto triste. Quello tuttavia che più ancora colpiva era il de-

serto fra i reparti nonostante il numero grandissimo dei ricoverati. Ci si domandava: ‘Ma dove sono queste mille e quattrocento persone?’.

All’interno del Reparto Quattordici la situazione era ancora meno allegra. Superata la porta di ferro si entrava in un corridoio dai soffitti altissimi e bianchi. Sul lato destro c’erano le celle, chiuse da solide e spesse porte di legno interrotte solo dallo spioncino. Su quello sinistro si notavano finestre molto alte, che attraverso le inferriate lasciavano intravedere un cortile disadorno, costruito in cemento bianco, con solo due piccoli alberi al centro e circondato da mura insuperabili.

Delle donne lì ricoverate, che variavano da quaranta a cinquanta a seconda del movimento di espulsione dagli altri reparti, la maggior parte viveva immobilizzata in camicia di forza o con altri mezzi di contenzione, e alcune avevano la maschera sulla bocca, che serviva a impedire di sputare. Altre erano legate agli alberi del cortile. Si udivano lamenti e urla quasi in continuazione con silenziosi momenti di pausa. Il lavoro principale del personale di assistenza era togliere e mettere i mezzi di contenzione per dare il cibo alle internate o per pulirle dagli escrementi e dalle urine.

Tutti gli altri reparti dell’istituto, cominciando da quelli di ingresso cosiddetti di osservazione, erano più o meno nelle stesse condizioni, perché governati con gli stessi criteri e con i medesimi principi.

Il viaggio istituzionale, tolto per quelli che venivano dimessi in tempi brevi (cosa che accadeva molto di rado), era il passaggio da reparto a reparto, dall’esterno verso l’interno, e l’ultimo luogo era rappresentato dai ‘reparti delle donne e degli uomini agitati’ dove finivano le persone più ostinate o più ribelli.

Gli internati dell’intero istituto vivevano per lo più ammuccinati. I sentimenti dominanti fra tutti erano senza dubbio dolore e paura. Le condizioni statiche e l’intossicazione avevano accelerato l’invecchiamento. Si vedevano persone molto giovani precocemente sciupate con il viso turgido e la pelle rovinata e il modo di camminare e i movimenti del corpo largamente compromessi. Alla completa reclusione si aggiungevano gli elettroshock, i coma insulinici ripetuti, i neurolettici, i tranquillanti e altre medicine dannose, le crisi febbrili procurate a scopo di cura, e ancora diverse forme di compromissione della personalità e dell’intero organismo attraverso il danneggiamento delle attività fisiologiche o l’alterazione degli organi e delle regolari funzioni del sistema nervoso centrale e periferico. Avevano le ossa fragili e i muscoli deboli. Alcune persone portavano le cicatrici della lobotomia.

Le donne del Reparto Quattordici vivevano tristemente nell'abbandono e nella sporcizia. Le celle e i corridoi erano di color bianco ingiallito e tutto era disadorno. I gabinetti erano buche per terra dietro porte con lo spioncino. Non avevano vestiti e non avevano oggetti personali di alcun genere: portavano camici grigi o di altri colori uniformi forniti dall'istituto. Non avevano biancheria intima né luoghi dove ritirarsi senza essere vedute. Nessun comodino o armadio o altri mobili per uso individuale. I letti erano fissati al pavimento e avevano le maniglie per le contenzioni.

Quelle che potevano stare a tavola, e così era per tutti i reparti, disponevano solo del cucchiaino e avevano tazze o piatti di stagno o di plastica. Quelle che mangiavano legate al letto erano imboccate. Non c'erano coltelli né forchette né tovaglie.

I cibi erano obbligati e senza scelta, l'assimilazione era compromessa dall'immobilità. Sopravvivevano solo i più resistenti. Alcune infermiere mi raccontavano che chi era legato e rifiutava, anche occasionalmente, di mangiare e di bere veniva costretto con la forza per mezzo di sonde rigide che spaccavano le gengive e rompevano quei pochi denti che erano stati lasciati dagli elettroshock. Di notte si sentiva il canto degli usignoli e di altri uccelli. Lì dentro era rinchiusa la nostra fantasia, erano serrati i desideri e le passioni.

Riflettei sul lavoro che mi aspettava... Le persone legate al letto le slegai con le mie mani.

Vissute per tempi memorabili nella paura e nell'immobilità, le donne del Reparto Quattordici stentavano a rendersi conto che per loro potevano cominciare a riaprirsi alcune prospettive diverse.

Appena liberate dalle camicie di forza e dagli altri mezzi di contenzione, cercavano di camminare per il parco. Molte di loro cadevano a terra, si muovevano con difficoltà, deboli nei muscoli e nelle ossa, e per questi motivi, per la mancanza di pratica, dovevano essere accompagnate e sorrette. Poiché le infermiere erano, nella maggior parte dei casi, restie a farlo, provvedevo direttamente io.

I dissidi tra il personale sulle novità del mio lavoro sono stati, insieme alle ripicche e ai sabotaggi che ne sono derivati, una delle tante aspre difficoltà dei miei anni di Imola, dal primo giorno fino all'ultimo. Le persone che lavoravano con me mi seguivano solo a patto che mi assumessi tutte le responsabilità da solo. Nei primi tempi mi volevano eliminare e mi fu sospeso un mese di stipendio senza sapere il perché. Non fui difeso nemmeno dai sindacati. Gli avvocati di diritto amministrativo a cui mi rivolsi a Bologna

non combinarono mai nulla e non seppero mai fornirmi spiegazioni convincenti.

Dopo un mese di lavoro continuato da quando avevo cominciato a slegare le donne del Reparto Quattordici, queste ultime – tutte e quarantaquattro – uscirono nel parco. Dopo iniziai la demolizione dei muri, e poi la rimozione delle inferriate e delle porte di ferro. E così feci in tutti i reparti. I mezzi di contenzione erano di varia qualità, o per immobilizzare l'intero corpo, o per fermare le braccia, o per legare le gambe, o per fissare al letto il torace. Io li tolsi uno per uno, poi li misi tutti in alcuni sacchi e li mandai in direzione.”

### **Per un mondo migliore**

Quella che avete appena letto era dunque, nel racconto di Giorgio Antonucci, la contenzione negli anni Settanta. Ed ecco che cosa propone oggi l'Ospedale Niguarda, nelle sue linee guida già citate, per eliminare o almeno ridurre ciò che di essa, nonostante tutto, ancora rimane. Ci limitiamo ad illustrare le proposte relative agli aspetti ambientali e residenziali, che potrebbero davvero aumentare la sicurezza di pazienti e operatori e rendere migliore la vita di tutti. Perché ovunque ci sia un uomo che soffre, là è l'umanità intera a soffrire.

#### **L'ambiente**

“L'edificio dovrebbe avere un ingresso che funga da corridoio di Accettazione Psichiatrica, ovvero dovrebbe consentire il transito del ricoverato con modalità più snelle, privilegiandolo rispetto alla linea comune d'accettazione in seno al Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Dovrebbe prevedersi quindi una sala visita psichiatrica, provvista di ingresso separato, possibilmente in prossimità, se non affiancato, al Posto di Polizia interno; questo anche per il paziente che giunga accompagnato con modalità obbligatorie, coercitive o in stato di alterazione tale da far temere i suoi agiti, così che possa essere immediatamente accudito.

La parte burocratica relativa al suo ricovero dovrebbe trasmettersi on-line e in tempo reale tramite l'attuale portale di reparto, che utilizza il sistema intranet, per permettere al personale addetto all'accoglimento un avvicinamento pronto e personalizzato al caso.

I reparti e i servizi di tutto il perimetro psichiatrico devono prevedere un ambiente spazioso, confortevole, sicuro, accogliente quanto più possibile, con angoli di verde dove poter far entrare il paziente in fase di descalation. L'ambiente dovrebbe essere dipinto con colori neutri, accenni di delicate tinte pastello, facilmente lavabili e soggetti a ciclici processi di sanificazione, con quadri e copie di litografie riproducenti motivi allegri allo scopo di mostrare sì l'efficienza ma anche la cura nei dettagli che ognuno di noi vorrebbe trovare aprendo la propria porta di casa. L'affollamento può essere correlato alla violenza attraverso l'aumento dei contatti e il ridotto spazio difendibile, mentre un aumento del numero di persone senza affollamento genera aumento del controllo sociale e riduzione della violenza.

Questi principi, osservati negli studi sociologici, sono sovrapponibili a ciò che avviene in un reparto psichiatrico, nel senso che ad un maggior numero di ricoverati si associa un maggior numero di casi di violenza. Il numero di persone disponibili alla sorveglianza e l'intervento possono prevenire la perpetrazione di crimini, tra cui l'omicidio. Perciò l'effetto di personale presente può agire positivamente sul livello di violenza della comunità; inoltre il personale può essere opportunamente addestrato attraverso programmi ad hoc, tipo 'Crime Watch', oppure mediante auto-processi di organizzazione. C'è un rapporto curvilineo tra calore e aggressività: temperature ambientali moderatamente spiacevoli provocano un aumento dell'aggressività, mentre temperature estremamente calde la riducono.”

### Gli interni

“Lo spazio è indispensabile per diminuire i fattori di rischio correlati all'agitazione psicomotoria, fattori tra i quali si ricordano: l'ambiente percepito come minaccioso o angusto, la mancanza di privacy, la convivenza forzata, il misto di patologie diverse che convivono contemporaneamente nello stesso ambito, l'impossibilità d'uscire. Si dovrebbero prevedere dei protocolli soggetti a revisione periodica, da parte dello staff, per rendere l'ambiente idoneo ed efficace ai fini terapeutici. Vanno promosse politiche in tal senso: supporto dei manager, collaborazione dello staff clinico. Lo spazio, quindi, ha notevole importanza nelle scelte strategiche di un ambito psichiatrico.

Sempre riguardo allo spazio occorre aggiungere che attività 'sicure' andrebbero fornite per l'esercizio fisico e mentale e per quelle interazioni private che diminuiscano la tensione e provvedano alternative alla noia e alla violenza. Le aree per il riposo e quelle per l'attività diurna dovrebbero es-

sere separate e almeno un'area-soggiorno per reparto dovrebbe restare aperta per chi non riesce a dormire. Il comfort oggi trova la sua ispirazione all'interno dei criteri di accreditamento.”

#### Le stanze di degenza

“L'ambiente climatizzato è senza dubbio più confortevole, inoltre permette di tenere le finestre chiuse ermeticamente, come sui treni moderni, per evitare gesti o comportamenti lesivi della persona, dell'ambiente esterno o del decoro, quindi dell'immagine.

La sicurezza deve rispondere a quei criteri già noti da tempo, perciò serramenti in metallo e vetri infrangibili per le parti che si aprono sugli accessi esterni, vetrate, quadri d'abbellimento alle pareti, ricoperti in plastica trasparente al posto del vetro. Le pareti lavabili. Suppellettili, armadi e comodi dovrebbero essere fissati al muro o al pavimento dove poggiano.

Particolare attenzione deve porsi agli angoli ciechi, ovvero quei punti della stanza, dell'anticamera o prossimi al bagno in cui è possibile nascondersi alla vista. Sono invece da considerarsi inopportune le telecamere a circuito chiuso perché ritenute troppo invasive della privacy.

Un sistema di rilevazione di fumo come disposto in ottemperanza alla Legge 626 inerente alla sicurezza dei luoghi di lavoro, cui si deve aggiungere la presenza di bocchette idranti poste sui corridoi, che sono da preferire agli idranti a bombola, almeno per le parti comuni ai degenti, onde evitare che questi siano usati impropriamente.

Il campanello per la chiamata del personale deve essere posto al muro in prossimità della testata del letto in modo da evitare pericolosi cavi elettrici esposti.

I letti di degenza dovrebbero avere una struttura semplice e resistente, con il minor numero d'inserti o aggiunte; in pratica sono da evitarsi, ad esempio, i letti elettrici, con tavolino incorporato o con parti di legno smontabili.

La biancheria dovrebbe essere ignifuga al pari d'ogni suppellettile presente nelle stanze; tale biancheria tuttavia presenta costi elevati e durata inferiore rispetto alla biancheria comune e inoltre è poco apprezzata per la ruvidità che non si concilia con il riposo, perciò il suo utilizzo dovrebbe limitarsi al settore interno preposto all'assistenza delle degenze più a rischio.”

## Un vero matrimonio

L'episodio è stato raccontato anche dalle cronache locali: un vero matrimonio in Manicomio! A noi, ancora una volta, lo racconta direttamente lo psichiatra Giuseppe Messina, che vi ha assistito personalmente nel manicomio di Reggio Calabria.

“Lei era piccola nemmeno un metro e cinquanta, lui alto e robusto, l'esatto opposto. Si erano conosciuti in un piccolo comune della provincia dove risiedevano alcuni parenti di lei ed era scoppiato l'idillio.

Tutto in piena regola: l'abito era stato confezionato dal laboratorio di ricamo, la sala ricreazione era stata per l'occasione trasformata in sala ricevimenti, la chiesa addobbata a dovere, dolci, torta e rinfresco erano tutti di produzione interna.

Lo sposo si presentò puntuale mentre la sposa, pure in manicomio, ritardò un poco per abbigliarsi al meglio. La piccola chiesetta dell'ospedale non riuscì a contenere se non i parenti, le ammalate cui la sposa era più legata e qualcuno del personale. Molti di noi restammo fuori, avvicinandoci soprattutto in occasione del fatidico 'sì' (cui seguì uno spontaneo e sincero applauso) e della bellissima omelia di padre Giustino.

All'uscita dalla cerimonia un lungo corteo accompagnò gli sposi fino alla sala addobbata da fiori e drappi e lì cominciarono i bagordi che si protrassero per ore, anche dopo che gli sposi si erano allontanati per la loro agognata 'luna di miele'. Un vero matrimonio in manicomio!

Gli sposi, un po' come tutti, erano visibilmente commossi. Lei, soprattutto, non diceva una parola, sorrideva a stento e lasciava trasparire una sincera emozione dietro qualche lacrima che ogni tanto asciugava con un fazzolettino di pizzo regalatole da una paziente morta pochi giorni prima. Lui aveva un fare guascone; il faccione rotondo e le guance arrossate, il carattere allegro e un po' eccentrico, il vestito aderentissimo lo facevano apparire simile a un personaggio dei fumetti.

Mentre lui beveva l'ennesimo 'bicchierino', lei aprì le danze in un impacciatissimo valzer con il Direttore dell'Ospedale. Fuori, nei reparti, ogni cosa sembrava essersi conformata alla festa: le urla dei malati che accompagnavano tutti i giorni e tutte le notti magicamente scomparvero. A chiunque non aveva potuto essere presente fu servita una cena 'particolare'. I viali erano puliti e ordinati come avveniva quando vi era la visita di qualche celebrità. Anche i cani di Rocco parteciparono al banchetto, disciplinatamente

in attesa che egli portasse loro i resti per festeggiare.

Due persone in là con gli anni, lei ricoverata in Ospedale psichiatrico, lui onesto artigiano: un vero amore sbocciato teneramente tra due persone del tutto diverse, anche fisicamente, ma talmente affiatate fin dal primo giorno da suscitare tenerezza quando, all'incrociar degli sguardi, si poteva chiaramente percepire il grande sentimento che li legava.

Lei non aveva mai ripudiato la sua condizione e il luogo che l'aveva ospitata. Lui, pur di averla, l'aveva accettata così com'era, non si era vergognato di nulla, neppure di sposarsi in un luogo tanto chiacchierato.

Due belle figure che ancora oggi vivono il loro ménage serenamente in quel paesino della provincia di Reggio Calabria.”

E con questa bella storia d'amore e di speranza, e soprattutto di comprensione, si conclude il nostro “libro collettivo”. “Io sono un mago. una magia mi ha portato qui. Il guaio è che non ricordo più la magia per uscire”, ha scritto una volta un ricoverato. Il problema è tutto qui. Aiutare le persone a ricordare come si fa a vivere. Ma noi siamo poi sicuri di saperlo fare?



## *Postfazione*

### **La contenzione psichiatrica oggi.**

#### **Dalle dichiarazioni di intenti a quanto realmente accade.**

#### **La contenzione psichiatrica: un problema difficile da trattare**

Come è sottolineato nel libro *Casi da pazzi: Quando giustizia, psichiatria e servizi sociali incrociano la strada del cittadino italiano*. Francesco Miraglia un avvocato controcorrente, della stessa autrice del presente volume (Nuove Edizioni Koinè, Roma 2007), quando – giustappunto – “giustizia, psichiatria e servizi sociali incrociano la strada del cittadino italiano” nella maggior parte dei casi si è costretti a constatare che, nonostante la legge Basaglia, nonostante il progredire di tante terapie e percorsi riabilitativi, al malato di mente, ai pazienti psichiatrici, soprattutto per quelli di loro che vivono nelle condizioni socioculturali le più disagiate, spesso non vengono assicurati neppure dignità e rispetto.

Se questo vale per certi tipi di ricovero, per i TSO (trattamenti sanitari obbligatori), per l’ESK (elettroshock) riproposto per le cosiddette depressioni resistenti, per le ergoterapie, per la “malacarietà” di certe comunità, tutto questo si moltiplica per dieci, per cento, per mille quando si affronta il tema della contenzione psichiatrica.

Il problema della contenzione fisica in psichiatria rappresenta infatti una delle questioni più controverse e complesse nella storia della disciplina dei sistemi di terapia e assistenza, in cui confluiscono nello stesso tempo aspetti tecnici (il perché e il quando), aspetti riorganizzativi (il come), aspetti etico-deontologici (quando è lecito e con quali garanzie) ed aspetti riguardanti la responsabilità professionale (il chi, e nuovamente il perché, il quando, il come) (Catanesi, Ferranini, Peloso, 2006). Un problema complesso nella stessa espressione con la quale lo si indica, poiché gli atti coercitivi fanno riferimento ad una situazione nella quale si fa uso della forza fisica da utilizzare in un trattamento sanitario.

Un problema quindi troppo difficile da trattare. Difficile da trattare perché immediatamente evoca altri problemi ancora, che vanno dalle carenze quantitative del personale a quelle qualitative (professionalità, competenze, aggiornamento) fino a quelle di logorio: il noto fenomeno del burn-out del personale che, sottoposto a turni e compiti logoranti, si brucia, non ce la fa più, finendo addirittura col non sopportare più gli stessi pazienti.

Difficile da trattare perché chiama direttamente in causa quel sottobosco,

mercato dell'assistenza, in cui in poco tempo vengono create nuove strutture non meglio precisate, senza i minimi requisiti assistenziali, proprio per l'alto numero di richieste da parte di familiari di pazienti non autosufficienti, non più assistibili a domicilio. Strutture che, senza i relativi controlli e sorveglianze, finiscono per utilizzare la contenzione al posto del personale.

Difficile da trattare, infine e soprattutto perché, come abbiamo già riferito, oggi in Italia tanti, troppi malati mentali vengono contenuti, legati senza provocare scandalo, per motivi dipendenti dai costi economici e di risorse umane conseguenti alla stessa clinica ed epidemiologia delle patologie mentali (C. Valgimigli, 2001).

Fino a una decina d'anni fa, nonostante il tema delle contenzioni abbia attraversato tutta la storia dell'assistenza psichiatrica, dell'uso che di esse si faceva non se ne parlava di solito in libri, riviste e convegni degli psichiatri, se non del tutto marginalmente.

### **Oggi non è più così**

Certe denunce e successivi processi per pazienti deceduti mentre erano legati al letto, diversi interventi dei mass media, certe foto denuncia di pazienti legati al letto con relativo dibattito con i vari esperti e con la gente (come, ad esempio, quello avvenuto sulla *Gazzetta di Modena* dal 19 novembre 1998 per circa due settimane con i seguenti titoli: “Questa serie di fotografie denuncia l'uso di letti di contenzione a Modena. Una pratica che viola dignità umana e diritti dei malati. Scelta terapeutica o cronica mancanza di personale?” e “Quei matti ancora da slegare. Fate attenzione alle catene chimiche”) hanno presentato all'opinione pubblica una realtà difficilmente pensabile. Interrogazioni al Ministro della Sanità, interventi di alcuni assessori regionali, linee guida nei vari Dipartimenti di Salute Mentale: tutto questo è diventato letteratura, bibliografia. Poi, puntualmente, spesso sono calate di nuovo cortine di silenzio su questi temi. Temi che comunque hanno registrato forza e voglia di cambiamento; al punto che noi stessi, partendo dal caso di una signora di 77 anni abitante in una località a poco più di una decina di chilometri da Modena, e deceduta il 10 agosto 2003 dopo essere stata ricoverata per 40 giorni in un SPDC e contenuta per tanto, troppo tempo ininterrottamente notte e giorno, abbiamo pronto un manoscritto con una serie di documentazioni, già consegnato all'editore, sulla differenza nella psichiatria moderna tra le dichiarazioni di intento e di principio e quanto realmente accade.

Nel volume di prossima pubblicazione appare evidente come in tanti casi

la cartella clinica venga, soprattutto nel caso delle contenzioni sia fisiche che chimiche, non scritta correttamente, con omissioni e alterazioni, sulle quali troppo spesso tanti, troppi magistrati chiudono entrambi gli occhi. Il figlio della signora in questione si è rivolto alla Procura, ma non è riuscito neppure ad andare a processo perché il caso è stato archiviato. Ci si chiede allora: ma come vengono registrate le contenzioni? Da chi? Per quanto tempo? Con quali controlli? In quale parte della cartella vengono registrate: in quella clinica o in quella infermieristica?

Un altro aspetto che ci ha spinto a diventare, come ci viene riconosciuto, esperti di un tema così articolato e complesso riguarda l'epidemiologia. Se c'è una costante nei dati che dovrebbero fotografare la realtà della contenzione psichiatrica nei diversi territori italiani è la loro variabilità. Poco diversi dai numeri del lotto. Ci è parso importante, perciò, collaborare anche a questo libro di Nunzia Manicardi *Italiani da slegare. Contenzione: la vergogna del silenzio*.

Già il coordinatore infermieristico Walter Fascio e l'infermiera Claudia Giovannelli, l'avvocato civilista Stefania Cerasoli, gli psichiatri Giuseppe Messina e Giorgio Antonucci hanno in questo volume presentato gli aspetti giuridici, medico-legali, psichiatrici, di comportamento con relative storie anche finite tragicamente. Riteniamo quindi importante, nell'economia di questo elaborato, dedicare uno spazio più approfondito alla bibliografia e alla letteratura relative alla contenzione e ad alcuni protocolli o linee guide come modelli.

### **Epidemiologia della contenzione. Dalle percentuali approssimative a quanto accade.**

Da sempre, ma soprattutto a partire dall'introduzione della Legge 180 che ha chiuso i manicomi (1978), dalle varie Regioni, ASL, Assessorati alla salute e Servizi sociali vengono richiesti e sollecitati, per quanto riguarda le strutture per anziani, i dati relativi ai pazienti psichiatrici contenuti ogni anno nei vari reparti; e da sempre, salvo poche eccezioni, queste richieste rimangono disattese. Anche la più grande ricerca nazionale di alcuni anni fa, il "Progetto Progress Acuti sulle strutture di ricovero psichiatrico per pazienti acuti", pure evidenziando elementi rilevanti della realtà italiana, mostrava come questi fossero generalmente approssimativi. L'80% dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e il 60% delle cliniche psichiatriche universitarie (CPU) dichiarano di avere la porta di ingresso chiusa nonostante i pazienti siano ricoverati in trattamento volontario. Per quanto

riguarda le contenzioni affidate a mezzi meccanici, la media nazionale si aggirerebbe intorno al 67%: utilizzata nel 73% negli SPDC e per il 54% nella CPU. Solo nel 21% delle strutture i mezzi di contenzione sarebbero del tutto assenti.

Sin dal 7 aprile 2001, giornata mondiale della salute mentale, lo psichiatra Camillo Valgimigli nell'editoriale della rivista scientifica *Living with Schizophrenia* sosteneva che: "Le contenzioni fisiche e chimiche sono tuttora una realtà nell'assistenza psichiatrica italiana" e rivolgendosi al Ministro della Salute chiedeva testualmente: "Noi crediamo invece che sia giunto il momento di affrontare senza reticenza alcuna un problema così inquietante ed angosciante sia per gli operatori psichiatrici, sia per i familiari e per i pazienti stessi. Per affrontare responsabilmente il problema è necessario far uscire rapidamente alla luce del sole la questione contenzione nelle pratiche quotidiane dell'assistenza psichiatrica, riconoscendola per quello che è effettivamente, perché chi la sceglie e la adatta ne risponda. È importante evitare, da una parte, atteggiamenti di solo denuncia, disapprovazione e condanna e, dall'altra, risposte incapaci a confrontarsi con la realtà e la durezza delle situazioni. Bisogna arrivare a conoscere i dati di tutto il territorio nazionale circa il numero, la durata, le motivazioni delle contenzioni fisiche e dell'isolamento, le ragioni degli infermieri e dei medici, l'esistenza di regolamenti scritti adottati dai DSM e/o dagli SPDC, il numero e la qualità degli incidenti a carico del paziente e del personale conseguenti alla gestione della contenzione e, infine, i vissuti di chi subisce questi trattamenti".

Ma i dati epidemiologici sulle contenzioni sono, a 31 anni dalla Legge 180, ancora un'utopia.

### **Diffusione epidemiologica: dalla letteratura, dagli studi e dalle ricerche alla pratica quotidiana nei vari reparti e SPDC**

Come viene sottolineato sia in *La notte dell'assistenza* (a cura di C. Belloi e C. Valgimigli, Franco Angeli Editore, Milano 2001) sia in *Il sottile filo rosso = violenza e malattia mentale* (a cura di E. Agrini e F. Spingatti, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2005), sia anche in *Etica della contenzione = criticità della cura* (a cura di C.M. Cornaggia, A. Mascarini e L.E. Zappa, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2008), la letteratura risulta essere ancora povera di studi clinici controllati sul numero delle contenzioni/mese per medico.

Emerge dovunque, ad esempio, una forte variabilità tra il numero di contenzioni prescritte dai medici che lavorano solo nei reparti e negli SPDC e

quelli che sono presenti solo per i turni di guardia. La variabilità risulta invece essere meno evidente per quanto riguarda il numero delle contenzioni/mese per infermiere. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che i dati vengono raccolti per singolo infermiere, in quanto il dato relativo al gruppo di infermieri in turno varia da regione a regione, da Ausl a Ausl e, soprattutto, da reparti universitari a quelli pubblici e a quelli privati.

Poco chiaro il dato relativo al motivo della contenzione. Quasi il 79% dei soggetti contenuti lo è per agitazione psicomotoria, termine ampiamente usato in psichiatria ma troppo generico e con pochi elementi chimici. Le reali ragioni per cui viene effettuata la contenzione sono, insomma, ancora poco dichiarate e poco trasparenti.

I momenti della giornata in cui avviene il maggior numero di contenzioni sono le ore del tardo pomeriggio e le ore serali. Lo si potrebbe spiegare col fatto che, durante le visite dei parenti e nelle ore notturne, si verificano momenti di minore tolleranza della clamorosità dei pazienti che coincidono anche con la riduzione del personale presente. Al mattino invece, quando in genere quasi tutti i medici del reparto sono in orario di perizia, si ha il numero maggiore di pazienti che vengono decontenuti, cioè slegati.

In alcuni casi si è cercato di verificare l'incidenza della contenzione psichiatrica in contesti in cui si sono create occasioni di formazione di tutto il personale e in quelli in cui la formazione è inadeguata o non esiste affatto. C'è la conferma, se mai ce ne fosse stato il bisogno, che laddove esistono programmi di aggiornamento e di formazione del personale il numero dei pazienti contenuti diminuisce nettamente.

Infine, ma non certo per importanza, l'enorme variabilità del ricorso alla contenzione fisica nei diversi servizi psichiatrici è dovuta anche al disaccordo sul che cosa si intenda per contenzione, includendo alcuni anche l'uso delle spondine al letto mentre per la maggior parte degli operatori più in generale per contenzione si intende il fissaggio del paziente al letto.

### **I protocolli operativi e/o linee-guida sul corretto uso della contenzione negli SPDC e nei vari reparti psichiatrici.**

La differenza tra le dichiarazioni di principio e di intenti e quanto invece realmente accade si manifesta nei vari protocolli e linee-guida che regolamentano il contenimento del paziente psichiatrico a letto; protocolli e linee-guida che esistono praticamente in quasi tutte le realtà psichiatriche italiane, elaborate in genere da gruppi di lavoro multiprofessionali, coordinate soprattutto dagli uffici di qualità delle varie aziende sanitarie ospedaliere e

delle case di cura private accreditate. Vengono chiamati con le espressioni le più diverse, con un linguaggio articolato e complesso ma che vuole sottolineare in ogni parola e in ogni riga una certa scientificità.

Per meglio far comprendere queste procedure abbiamo ritenuto opportuno riportare quasi integralmente il contenuto dei protocolli in merito a 2 realtà psichiatriche modenesi :

1) Procedura generale per la gestione del paziente con turbe comportamentali potenzialmente lesive, a cura dell'Unità Operativa Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria;

2) “Regole di comportamento a sostegno delle azioni di tutela e di garanzia dei pazienti con turbe comportamentali potenzialmente lesive per sé e per gli altri”, elaborate da una Casa di Cura privata accreditata.

### **Le linee-guida di un SPDC dell'Azienda Ospedaliera Universitaria**

“La procedura generale per la gestione del paziente con turbe comportamentali potenzialmente lesive” è il punto di riferimento per tutto il personale del reparto dello SPDC dell'Azienda Ospedaliera Universitaria del Policlinico di Modena. A pag. 5, con titolo “Ios 01”, tale procedura indica 7 punti, che recitano testualmente:

PUNTO 1 Valutazione da parte di qualsiasi operatore sanitario di un comportamento potenzialmente lesivo di un paziente.

PUNTO 2 Ricerca di una comprensione psicologica del fenomeno comportamentale, con il coinvolgimento di un medico se non già presente .

PUNTO 3 Valutazione da parte del medico dell'eventuale attuazione di terapia sedativa d'urgenza.

PUNTO 4 Nel caso di insuccesso della misura di cui ai punti 2-3, nel caso di turbe comportamentali così gravi e immediatamente pericolose da non poter attendere oltre, si procede, anche senza la presenza del medico di reparto o di guardia che comunque dovrà essere avvisato immediatamente dopo, al contenimento fisico del paziente al letto con le apposite cinghie di contenimento in dotazione.

PUNTO 5 Nel caso in cui il medico di cui al punto 2 lo ritenga opportuno, può essere indicato il ricorso alla richiesta di consulenza psichiatrica.

PUNTO 6 Se il medico valuta una netta, lucida e protratta opposizione del paziente alla manovra di contenimento resasi necessaria in presenza di una psicopatologia, dovrà essere considerata l'opportunità di procedere alla richiesta di T.S.O.

PUNTO 7 Nel caso gli operatori presenti al momento del pericolo non

siano in grado di controllare tempestivamente la situazione, essi devono immediatamente chiedere l'intervento degli operatori dell'istituto di vigilanza Coop Service, che valuteranno a loro volta l'opportunità di coinvolgere la forza pubblica.

Nella pagina successiva, la n. 6, la Nota 1 riporta le "Modalità di contenimento fisico del paziente al letto con le apposite cinghie di trasmissione", da effettuarsi nel modo seguente:

"Il contenimento fisico del paziente al letto con le apposite cinghie di contenimento in dotazione è eseguito di norma dagli infermieri, i quali debbono curare attentamente che il fissaggio sia eseguito correttamente, cioè:

P1 Debbono essere fissati tutti i quattro arti;

P2 Le cinghie non debbono consentire ampio raggio di movimento al paziente;

P3 Non debbono comunque esercitare una pressione eccessiva ai polsi e alle caviglie, pur impedendo che il paziente possa facilmente sfilarsi le stesse;

P4 Andranno riportati in due appositi e distinti registri:

A) Le eventuali lesioni nervose periferiche o osteoarticolari riportate dal paziente in conseguenza del contenimento stesso;

B) Tutti gli infortuni a pazienti e/o operatori collegati a comportamenti aggressivi di pazienti.

P5 Sia il medico che l'infermiere debbono visitare frequentemente il paziente contenuto per accertarsi che lo stesso non subisca lesioni da trazione, torsione o compressione e per stabilire il giusto significato relazionale e terapeutico del contenimento stesso, tenendo tuttavia presente che la manovra deve comunque durare il minor tempo possibile per il rischio, soprattutto nel paziente psichiatrico, che possa indurre regressione comportamentale e dipendenza istituzionale.

Vanno trascritti nella cartella clinica i motivi che hanno reso necessaria la contenzione. Ogni mezz'ora il personale infermieristico valuta la correttezza delle modalità del fissaggio. Ogni 4-6 ore vengono rilevati i parametri vitali e viene annotato nella consegna infermieristica lo stato fisico del paziente. Viene annotato il regime di alimentazione. Viene altresì verificato lo stato di igiene del paziente e l'eventuale insorgenza di ferite, ulcere o piaghe da decubito. Ogni 12 ore il medico annota in cartella il controllo sulle condizioni psichiche e sulla persistenza o meno dei motivi che hanno reso necessario il contenimento fisico. Se la contenzione si protrae più di un tempo ipotizzabile per la risoluzione dell'acuzie (72 ore) il medico av-

visa il Giudice Tutelare, indicando i motivi che hanno reso necessario il contenimento e i motivi che rendono necessaria la sua prosecuzione.

All'ultima pagina le linee-guida riportano "Doveri giuridici di registrazione relativi al contenimento fisico del paziente"; sostenendo testualmente: "Per la rilevanza giuridica della manovra di contenimento fisico sopra descritta, che spesso espone gli operatori a lavorare all'interno della stato di necessità, nel rischio di violare la libertà personale del paziente, si impongono tassativamente gli obblighi di puntuale e immediata registrazione di tutti gli interventi adottati nei rispettivi documenti, per i medici la cartella clinica e per gli infermieri la consegna-rapporto; indicando chiaramente i documenti sui quali devono essere registrate le contenzioni".

### **I protocolli operativi e/o linee-guida sull'uso corretto della contenzione in Casa di Cura privata accreditata**

Ancora più precisi sono i richiami normativi e i documenti di riferimento e le indicazioni cliniche e le modalità con cui può essere attuato l'intervento contenitivo indicati nelle "Regole di comportamento a sostegno delle azioni di tutela e di garanzia dei pazienti con turbe comportamentali potenzialmente lesive per sé e per gli altri", elaborate dalla direzione di una Casa di Cura per le malattie nervose e mentali accreditata con l'ASL di riferimento.

Le linee-guida riportano testualmente: richiami normativi (6.0); definizioni (7.0); contenuti (8.0); prescrizioni nel tempo (9.0); valutazioni parametri vitali (10); dati ed elementi da inserire nella cartella clinica e nella consegna rapporto degli infermieri. E, inoltre, i doveri giuridici di registrazione e il conforto, la sicurezza e la dignità del paziente. Vediamo di seguito.

#### **RICHIAMI NORMATIVI E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO (6.0):**

Art.517 Codice Penale

Art. 591 C.P.

Art. 593 comma 2 C.P.

Art. 54 comma 1 C.P.

Nuovo Codice Deontologico Medico art. 42 ss.

Nuovo Codice Infermieristico Legge 833 (23/12/78) artt. 33-35

Direttiva Regionale (11/04/1989) 3 artt. 1-2

#### **DEFINIZIONI (7.0):**

Stato di necessità: Per stato di necessità si intendono le condizioni cliniche per le quali il paziente si trova in uno stato tale da costituire un evidente pericolo per sé, per gli altri degenti e per il personale.

Intervento contenitivo: Per contenzione fisica si intende l'applicazione di bracciali sia agli arti superiori che inferiori fissati al letto.

CONTENUTO (8.0):

Indicazioni cliniche e modalità con cui può essere attuato l'intervento contenitivo.

1) Valutazione da parte di qualsiasi operatore sanitario di un comportamento potenzialmente lesivo di un paziente.

2) Ricerca di una comprensione psicologica del fenomeno comportamentale, con il coinvolgimento di un medico, se non già presente.

3) Valutazione da parte del medico dell'eventuale attuazione di terapia sedativa d'urgenza.

4) Nel caso di insuccesso della misura di cui ai punti 2 e 3, oppure nel caso di turbe comportamentali così gravi e immediatamente potenzialmente lesive da non poter attendere oltre, si procede, anche senza la presenza del medico di reparto o di guardia che, comunque, dovrà essere avvisato immediatamente dopo l'intervento contenitivo (e che provvederà a valutarne l'effettiva necessità).

5) Nel caso gli operatori presenti al momento del pericolo non siano in grado di controllare tempestivamente la situazione, devono immediatamente dopo l'intervento contenitivo avvisare il medico (che provvederà a valutarne l'effettiva necessità).

6) Le situazioni di emergenza-urgenza, quindi, presentate da pazienti con turbe comportamentali potenzialmente lesive, o legittimate da "uno stato di necessità" (art. 54 c.p. 1° comma), sono le uniche motivazioni per un intervento contenitivo.

7) Gli interventi contenitivi, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione, di norma vengono eseguiti dagli infermieri.

8) Modalità con cui si attua la contenzione fisica:

\*\* Per contenzione fisica si intende l'applicazione di bracciali sia agli arti superiori che inferiori fissati al letto.

\*\* La contenzione fisica deve essere attuata nel posto letto libero più vicino alla guardiola; in ogni caso verrà lasciata aperta la porta ed il personale (infermieristico e/o ausiliario) dovrà assicurare una sorveglianza molto frequente.

\*\* Del provvedimento preso verrà informata la Direzione Sanitaria.

L'intervento contenitivo (9.0) deve essere limitato nel tempo. La prescrizione deve indicare l'ora di inizio e l'ora di termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di

prolungare o di ridurre l'uso dell'intervento contenitivo deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni fisiche e psicologiche del soggetto da parte dell'équipe di reparto.

Sia il medico che gli infermieri (10) devono controllare, secondo necessità o almeno ogni 30 minuti, il paziente contenuto valutando i parametri vitali, accertandosi che lo stesso non subisca lesioni da trazione o compressione e per assicurare il massimo apporto relazionale. L'intervento contenitivo deve comunque durare il minor tempo possibile per il rischio che possa indurre regressione comportamentale e dipendenza istituzionale.

NB. Se permangono le condizioni cliniche che hanno portato alla contenzione fisica, il medico dovrà valutare la necessità di proporre un TSO; in tal caso lo stesso dovrà valutare l'opportunità dell'ingresso delle forze dell'ordine in reparto.

Vanno trascritti nella cartella clinica da parte del medico (11), e nella consegna e nella cartella infermieristica da parte degli infermieri:

- i motivi che hanno reso necessario l'intervento contenitivo
- l'ora di inizio/termine dell'intervento contenitivo
- l'ora di inizio/termine dell'intervento stesso
- i controlli del paziente contenuto ogni mezz'ora
- ogni 30 minuti devono essere rilevati i parametri vitali e deve essere annotato nella cartella infermieristica lo stato fisico del paziente
- il medico annota nella cartella clinica il controllo delle condizioni psichiche e la persistenza o meno dei motivi che hanno reso necessario l'intervento contenitivo
- devono inoltre essere riportati: a) le eventuali lesioni nervose periferiche o osteoarticolari riportate dal paziente in conseguenza del contenimento stesso, b) tutti gli infortuni di pazienti e/o operatori collegati a comportamento aggressivo dei pazienti stessi.

#### DOVERI GIURIDICI DI REGISTRAZIONE

Per la rilevanza giuridica delle procedure descritte, che spesso espongono gli operatori al rischio di violare la libertà personale del paziente (intervendo all'interno di "uno stato di necessità"), si impongono tassativamente gli obblighi di puntuale e immediata registrazione di tutti gli interventi adottati nei rispettivi documenti: la cartella clinica per i medici e la consegna e la cartella infermieristica per gli infermieri.

Il comfort, la sicurezza e la dignità del paziente sono da perseguire durante l'intervento contenitivo sempre e comunque.

## **Principi di natura giuridica, deontologica ed etica delle linee-guida della Casa di Cura privata accreditata**

Ci siamo a lungo soffermati su questi due diversi documenti, elaborati nella stessa realtà psichiatrica modenese universitaria, pubblica e privata, perché di fatto sintetizzano quanto oggi in Italia sarebbe necessario sapere sulla contenzione per quanto riguarda definizione, contenuti, riferimenti giuridici e normativi, campo di applicazione, responsabilità, indicatori applicabili, modalità di verifica.

Se si aggiunge che a pagg. 3 e 4 delle “Regole di comportamento” della Casa di Cura privata accreditata sopra citata ci si sofferma anche sull’“oggetto, scopo, campo di applicazione e responsabilità”, ne deriva che le varie discussioni su “contenzione sì, contenzione no” perdono di significato. Infatti, proprio per evitare ambiguità o interventi scientificamente discutibili, il documento riferisce:

“È opportuno richiamare sinteticamente alcuni principi di natura giuridica, deontologica ed etica che presiedono all’attività sanitaria in genere, e quindi applicabili anche al trattamento terapeutico ed assistenziale di parenti con turbe comportamentali potenzialmente lesive. Il dato costituzionale afferma in termini inequivocabili la volontarietà del trattamento sanitario che deve comunque avvenire nel rispetto della dignità dell’uomo. Ne deriva l’indispensabilità di un valido consenso al trattamento medico che deve essere finalizzato al 'bene' del soggetto. Le uniche ipotesi che consentono giuridicamente e deontologicamente l’attuazione di interventi terapeutici o diagnostici senza il consenso dell’interessato sono individuate nelle previsioni di Trattamento Sanitario Obbligatorio (sono quelli previsti esplicitamente dalla legge) e dal ricorso di uno stato di necessità, volto ad evitare l’attuazione di danni a sé o agli altri, anche attraverso interventi di carattere eccezionale. Tenuto conto che l’intervento professionale comporta obblighi di mezzi e non di risultati, è noto che si debba adoperare nella cura e nell’assistenza del soggetto con ogni mezzo disponibile includendo anche mezzi intrinsecamente disponibili qualora necessari, anzi **INDISPENSABILI** a risolvere un problema **GRAVE CONTINGENTE**, purché adottati secondo una **PRASSI PROFESSIONALE E CON GLI ACCORGIMENTI CHE IL 'CASO' di volta in volta richiede**. Possono rientrare in questa prassi **MEZZI DI CONTENZIONE MECCANICA (fisica) e/o FARMACOLOGICA** che vengono **LEGITTIMATI** appunto dal ricorso di uno **'STATO DI NECESSITÀ'**, da cui l’opportunità di chiarire regole di comportamento.

Scopo di queste procedure, di queste regole di comportamento a sostegno delle azioni di tutela e garanzia dei pazienti con turbe comportamentali potenzialmente lesive (per incolumità sua, degli altri presenti, degli operatori stessi, dell'ambiente) è di imporre l'ASPETTO VALUTATIVO in ordine all'opportunità di usare mezzi meccanici e/o farmacologici, da utilizzare sempre e comunque con carattere eccezionale, distinguendo rischi potenziali da quelli attuali.

Deve comunque emergere che in ogni caso il soggetto viene LIMITATO nella propria LIBERTA' e pertanto deve essere sorvegliato con maggiore accuratezza.

Deve inoltre essere ribadito e sottolineato che la decisione di utilizzare questi mezzi è di stretta competenza del medico, in quanto si configura con un TRATTAMENTO TERAPEUTICO che, per le sue implicazioni sulla persona e per i rischi che comporta, richiede una valutazione clinica e terapeutica.

### **Campo di applicazione**

I richiami normativi citati diventano pertanto punti di riferimento e di sostegno di tutte quelle azioni di tutela e garanzia che si prospettano nelle singole gestioni dei casi che possono verificarsi all'interno dei vari reparti della Casa di Cura o nel corso delle attività ambulatoriali e/o di reparto.

### **Responsabilità**

Questi casi richiamano in primo piano le responsabilità del medico che, attraverso una attenta analisi del caso provvederà:

con l'applicazione delle misure di tutela necessarie, nonché della modalità di attuazione della durata, del provvedimento con la previsione comunque di interventi di verifica. Pertanto in certe situazioni, in presenza di un paziente con turbe potenzialmente lesive (in condizioni cioè di rischio attuale per l'incolumità sua, degli altri presenti, degli operatori stessi, di tutto l'ambiente insomma) corre l'obbligo di agire da parte del MEDICO per evitare l'attualizzazione del danno, sempre che il contenuto di tale intervento sia proporzionato al pericolo cui, in caso di inerzia, andrebbe incontro il paziente in questione, con riferimento specifico ai contenuti Art. 54 c.p. I° comma.

È superfluo sottolineare che tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione di un paziente con turbe comportamentali potenzialmente lesive è RESPONSABILE dell'applicazione di queste procedure.

Questo, dunque, è quanto contenuto nelle linee-guida ospedaliere universitarie, pubbliche e private (corsivi, maiuscoli e sottolineature sono nostri).

Da una attenta lettura ne deriva che questi documenti ufficiali della psichiatria pubblica privata modenese sarebbero sufficienti per una corretta cultura sulla contenzione psichiatrica relativa ai malati di mente legati al letto.

Sono documenti, perciò, che dovrebbero entrare di diritto nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori della salute mentale.

### **Dalla teoria alla pratica clinica quotidiana... Non so, non ho visto e se c'ero dormivo**

Ma, purtroppo. quando dai principi e dagli intenti dei documenti si passa a quanto realmente accade, quanto dei contenuti nelle pagine allegate è tenuto presente nella pratica quotidiana del lavoro psichiatrico? Quanto ciò che realmente accade nei ricoveri psichiatrici e nelle contenzioni viene effettuato sulla base dei regolamenti e delle procedure?

Nel volume di prossima pubblicazione da noi curato riferiamo ampiamente di alcune ricerche, dalle quali emergono le enormi diversità tra la teoria e la pratica. Diversità di cui la maggior parte dei P.M., dei vari magistrati che decidono quando le contenzioni finiscono in tribunale, generalmente non tengono conto, finendo così per archiviare la maggior parte delle indagini, senza accertare quelle responsabilità puntualmente riportate nelle linee-guida ma disattese sul campo tanto da non tutelare in alcun modo i pazienti psichiatrici.

Ci piacerebbe davvero sapere se i Magistrati, di fronte ad indagini per azioni coercitive e contenitive nei confronti di tanti pazienti psichiatrici, si sono mai soffermati punto per punto su protocolli del tipo di quelli sopra-descritti. Ma se le regole e le procedure fossero rispettate, la contenzione non sarebbe un problema, e non finirebbe in tribunale...

Ci piace concludere questo nostro elaborato con l'intervento di uno psichiatra apparso sulla *Gazzetta di Modena* (24/12/2008) ai tempi già citati della denuncia sui "matti ancora da slegare". Lo riportiamo con lo specifico intento di far comprendere l'atteggiamento culturale troppo spesso di indifferenza e di non partecipazione degli operatori della salute mentale di fronte al problema del legare a letto i malati di mente. L'articolo uscì il giorno della Vigilia di Natale:

“Non so, non ho visto e se c’ero dormivo”

Esso si apriva con queste parole:

“Arriva Natale ma il problema delle contenzioni continua a tenere banco. Un mese dopo il Forum della Gazzetta sull’argomento, giungono decine di fax tra Modena e la Regione per ottenere i dati reali delle contenzioni. Dati che speriamo vengano resi pubblici. Sembra – i dati sono andati via poche ore fa – che la maglia nera spetti al Diagnosi e Cura: le cliniche private e la clinica universitaria fanno un’ottima figura. Mentre si sta finalmente facendo luce sul problema della contenzione degli anziani, denunciata dagli stessi operatori, (...) da circa un mese circola in tutte le strutture psichiatriche modenesi la lettera del dr. Comani intitolata “Non so, non ho visto e se c’ero dormivo” che pubblichiamo integralmente a conferma che sono ben lungi dall’essere risolti i problemi in terra modenese”. Proseguiva poi con la pubblicazione della citata lettera dello psichiatra dr. Gianantonio Comani del Centro di Salute Mentale di Pavullo (Modena).

“Continuiamo a tacere, non esprimiamo alcun giudizio né prendiamo nessuna posizione sulla ristrutturazione aziendale, sulla terza (?) controriforma sanitaria, sulla ennesima metamorfosi nominalistica (anche sostanziale?) della Istituzione psichiatrica, su tutto quello che viene scritto sui giornali intorno alla psichiatria modenese (emiliana), su ciò che scrivono colleghi di altre regioni eccetera, eccetera. Aveva provato Mario Tommasini (insieme a Franco Rotelli) oltre a due anni orsono, su incarico della Giunta Regionale, a cercare di capire cosa succedeva nella psichiatria emiliana, da dove proveniva la sensazione di arretratezza, di immobilismo, di decadimento culturale, di esaurimento di tensione ideale; quel documento, inviato a tutti gli operatori dei Servizi Psichiatrici della regione, rimase lettera morta; nel frattempo sono passate tutte le ristrutturazioni aziendali possibili e impossibili ed anche rispetto a ciò nessuno di noi ha sentito il bisogno o il desiderio di esprimere un proprio pensiero.

Ora è iniziato un nuovo corposo capitolo, fatto di numerosi articoli sulla stampa locale ('Gazzetta di Modena') e su quella nazionale ('Diario della settimana' del 18 novembre e 'Il manifesto' del 1° dicembre) con interrogativi precisi, documentati, sulle pratiche 'terapeutiche' che quotidianamente mettiamo in opera: neppure ora pensiamo, non dico di rispondere pubblicamente, ma neppure di riflettere e discutere fra di noi su ciò che facciamo, su quale senso diamo a ciò che facciamo?

Personalmente non sono per nulla sicuro che il problema sia di contenzione fisica sì o no; oppure che sia sufficiente rispettare 'formalmente' la

dignità umana e i diritti delle persone di cui ci prendiamo cura; credo che dobbiamo interrogarci su ciò che intendiamo per prendersi cura, su ciò che riteniamo terapeutico (non è terapeutico tutto ciò che facciamo in virtù del fatto che siamo investiti della funzione terapeutica: sappiamo bene quanto, per esempio la ‘terapia’ farmacologica non sempre sia ‘terapeutica’) Gianantonio Comani Centro di Salute mentale di Pavullo”.

### **Breve considerazione conclusiva**

Abbiamo voluto concludere questa nostra postfazione con l’intervento: “Non so, non ho visto, e se c’ero non dormivo” di questo psichiatra modenese perché potrebbe essere scritto in qualsiasi giorno dei prossimi anni da qualunque operatore della salute mentale italiana. Di fronte all’amara realtà che, a trentuno anni dalla Legge 180, “i matti sono ancora da slegare”.

Infatti, in tutto questo tempo della nostra realtà psichiatrica nazionale si sono chiusi i manicomi ma, come riferiscono i rapporti ufficiali, le porte nell’80% dei reparti psichiatrici, sia pubblici che privati che a direzione universitaria, sono ancora chiuse a chiave. Contro i principi ispiratori della stessa legge Basaglia, che avrebbero dovuto una volta per sempre cancellare il concetto di pericolosità sociale per sé o per altri, concetto tra l’altro non contenuto negli stessi trattamenti sanitari obbligatori. Sono scomparse le camicie di forza, ma sono state introdotte quelle più violente e invisibili: le camicie chimiche farmacologiche.

Le corde contentive-coercitive che fissano al letto i pazienti, le contenzioni cioè (ultimo retaggio di manicomio), non vengono quasi mai riferite nei documenti clinici ufficiali. Proprio per dimostrare (con una certa ipocrisia) il cambiamento. Se però la contenzione non è riportata nel diario delle cartelle cliniche, si può facilmente sostenere che in quel reparto psichiatrico tutto procede tranquillamente e che la contenzione... non esiste!

Da ciò i trionfalismi dei convegni, dei congressi e dei seminari sponsorizzati dalle multinazionali farmaceutiche, preoccupati non solo di fare soldi ma che tutto resti come prima.

Dai legacci ai legamenti. In altri termini, il significato è sempre lo stesso: cambiare le cose lasciando tutto come prima.

Con la contenzione è sempre e comunque manicomio.

avv. Francesco Miraglia

in collaborazione con la dott.ssa Simona Valgimigli  
(per gli aspetti di psicologia e di psichiatria giuridica)



### **Bibliografia e riferimenti**

- \* R. Hillard – B – Zitek: *Emergenza psichiatrica*, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2005
- \* Belloi L., Valgimigli C.: *La notte dell'assistenza*, Franco Angeli Editore, Milano 2001
- \* Rivista Sperimentale di Freniatria: *La contenzione in psichiatria*, vol. CXXX-N°3, 2006
- \* C.M. Cornaggia, A. Mascarini, L.E. Zappa: *Etica della contenzione. Criticità della cura*, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2008
- \* C. Valgimigli: *Le contenzioni fisiche e chimiche: tutt'ora una realtà nell'assistenza psichiatrica italiana (Living with Schizofrenia)*, Milano ottobre 2001
- \* E. Agrini – F. Spinogatti: *Il sottile filo rosso: violenza e malattia mentale*, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2005
- \* R. Catanesi, L. Ferrarini, P.F. Peloso: *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè Editore, Milano 2006
- \* C. Mengazzi: SPDC. *Le funzioni, le cure, gli operatori. Evidenze, criticità. Prospettiva*, Cic Edizioni Internazionali, Roma 2004

Date le finalità divulgative del presente libro si è preferito omettere la pur amplissima documentazione scientifica in merito. Si può comunque rintracciarla attraverso i testi e gli autori qui citati.

#### Siti consultati

[www.artaudpisa.noblogs.org](http://www.artaudpisa.noblogs.org)  
[www.associazioneantigone.it](http://www.associazioneantigone.it)  
[www.ausl.bologna.it](http://www.ausl.bologna.it)  
[www.ccdi.org](http://www.ccdi.org)  
[www.corriere.it](http://www.corriere.it)  
[www.filodiritto.com](http://www.filodiritto.com)  
[www.forumsalutementale.it](http://www.forumsalutementale.it)  
[www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it)  
[www.ilmondodiholden.altervista.org](http://www.ilmondodiholden.altervista.org)  
[www.incompatibile.altervista.org](http://www.incompatibile.altervista.org)  
[www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net)  
[www.isole.ecn.org](http://www.isole.ecn.org)  
[www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)  
[www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)  
[www.sanmatteo.org](http://www.sanmatteo.org)  
[www.senato.it](http://www.senato.it)  
[www.simeu.it/marche/linee](http://www.simeu.it/marche/linee)  
[www.superabile.it](http://www.superabile.it)  
[www.violetta.noblogs.org](http://www.violetta.noblogs.org)

[www.youtube.com/watch](http://www.youtube.com/watch)  
[oknotizie.alice.it](http://oknotizie.alice.it)  
[paoloteruzzi.myblog.it](http://paoloteruzzi.myblog.it)  
[raideneews.blog.excite.it](http://raideneews.blog.excite.it) (Notiziario infermieristico)  
[residenza.splinder.com](http://residenza.splinder.com)  
[sospsiche.it](http://sospsiche.it)



Finito di stampare nel mese di gennaio 2010  
presso la Tipografia Facciotti s.r.l. -