

LEGARE SI PUÒ? COSA È LA CONTENZIONE FISICA

GIOVANNA DEL GIUDICE

PORTAVOCE NAZIONALE FORUM SALUTE MENTALE; GIÀ DIRETTORE DEL DSM ASL 8, CAGLIARI

Quello che determina la riduzione verso l'abolizione della contenzione fisica è da ricercare in una forte intenzionalità degli operatori verso culture e pratiche della presa in carico della persona con sofferenza, anche in una situazione di crisi, che mettono al centro il rispetto, i diritti dell'altro, la relazione, l'attenzione, la capacità di ascolto. Non legare si può, quindi si deve

“La contenzione può essere chimica o fisica ma in entrambi i casi è una forma di violenza che è fortemente patologica. Se è fisica (e lo sappiamo tutti benissimo che nei reparti si lega...), è una violenza bestiale che dovrebbe ripugnare a ogni medico e a ogni infermiere degno di tale nome che non voglia considerarsi un boia. Se è chimica, è comunque una grave mancanza di rispetto anche per il corpo del paziente, perché infliggendo l'uso massiccio di psicofarmaci si hanno pesanti effetti collaterali”¹ I. Mina

LA CONTENZIONE FISICA IN PSICHIATRIA

In psichiatria, nella terminologia medica ed infermieristica, si parla di contenzione fisica per definire l'immobilizzazione parziale o totale di una persona affidata “in cura”, attraverso l'uso di cinghie, lacci, fascette, polsini, cinture, corpetti, sedie di contenzione o altri mezzi più o meno sofisticati. Ma, sbarazzandoci di ogni forma di mistificazione, più propriamente definiamo la contenzione fisica con Eugenio Borgna l'“essere ‘legati’: sottratti ad ogni libertà possibile e immersi in uno spietato isolamento”².

Nella psichiatria manicomiale l'utilizzo della segregazione e dei mezzi di contenzione quali le camice di forza, i corpetti, le cinghie... come l'uso della la “strozzina”³, dei letti “a rete”⁴ e dei camerini di isolamento, erano mezzi comunemente utilizzati per rendere “inoffensivi” pazienti che manifestavano comportamenti violenti od oppositivi, che agivano o minacciavano aggressività verso altri o auto-diretta. Venivano inoltre utilizzati come punizione e come strumenti, agiti o minacciati, per mantenere l'ordine e il controllo dell'istituto. La questione dei mezzi coercitivi ha accompagnato da sempre la storia della follia e del trattamento dei malati di mente.

Alla prima metà dell'ottocento, in Inghilterra, John Conolly, sulla scia del quacquero Tuke, nel manicomio di Hanwell, per la prima volta sostituisce al sistema di cura “repressivo” del malato di mente un metodo di cura “sostenuto dalla serena collaborazione di ogni dipendente, così che tutti siano sereni, protettivi, e per così dire familiari”⁵ e dimostra la possibilità del non utilizzo assoluto dei mezzi di contenzione. Dice Conolly “non è possibile descrivere a parole in che modo le difficoltà... svaniscono di fronte alla pazienza, la fermezza, e l'ingegnosità di uomini decisi a non considerare disperato nessun ostacolo finché non si è tentato tutto”⁶. Peraltro tale esperienza, contrastata pure dagli stessi professionali, non diviene la modalità comune e diffusa di assistenza al malato mentale negli asili pubblici.

In Italia Ernesto Belmondo⁷, psichiatra genovese docente all'Università di Padova, nel 1904, al XII congresso nazionale della Società Freniatria Italiana, rilancia i temi e le pratiche del Conolly, affrontando con forza il tema dell'abolizione dei mezzi di contenzione fisica nell'assistenza del malato psichiatrico nel manicomio denunciando che l'uso ordinario ed indiscriminato della contenzione nel manicomio produce regressione totale nei pazienti e gravi condizioni di violenza istituzionale.

Il suo insegnamento va ad influenzare sul piano normativo il Regolamento⁸ attuativo della prima legge italiana sull'assistenza psichiatrica.⁹ del 1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”. Il Regolamento, promulgato nel 1909, a proposito dei mezzi coercitivi, all'art. 60, recita “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 dell'Isti-

tuto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione (...)"

Ma la pratica dell'assistenza psichiatrica manicomiale italiana rimane di norma coercitiva e segregativa e l'utilizzo dei mezzi di contenzione diviene sempre più routinario, violento, aggressivo, punitivo, finalizzato a sancire il potere degli operatori e garantirne la "tranquillità".

La cultura della non comprensibilità, della non curabilità, del destino certo verso la cronicità del malato di mente, ricoverato "coatto" nei manicomi perchè "pericoloso a sè e agli altri e di pubblico scandalo"¹⁰, fornivano giustificazione all'uso dei mezzi di contenzione, come alla chiusura dei reparti, alla distanza difensiva dal ricoverato, al confronto con lui come oggetto di custodia e non di cura, in ultima analisi ad una assistenza del malato di mente e ad una organizzazione dell'istituto fondata intorno alla pericolosità, attribuito inscindibile della malattia psichiatrica.

Solo negli anni sessanta, Franco Basaglia a Gorizia, Sergio Piro al Materdomini di Nocera Superiore (Sa) e Manuali a Perugia danno avvio ad un processo di denuncia della violenza della psichiatria manicomiale e di liberalizzazione ed umanizzazione del manicomio. Lo slegare i matti, l'abolizione dei mezzi di contenzione, come l'apertura delle porte dei e nei reparti divengono i gesti esemplari e concreti, di grande forza e valore etico, che caratterizzarono il processo di restituzione di diritti e dignità alle persone con sofferenza mentale. Esperienze analoghe, negli anni successivi, vengono avviate da gruppi di operatori innovatori in altri manicomi italiani in particolare a Colomo (Pr), Novara, Arezzo....

Nel 1971 Franco Basaglia prende la direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste che conta 1200 ricoverati. Basaglia e la sua equipe operano da subito per lo smontaggio e il definitivo superamento del manicomio, per la messa in discussione teorico-pratica dei meccanismi culturali, scientifici, amministrativi, legislativi, economici che lo fondano, sviluppando organizzazioni e pratiche di cura rispettose dei soggetti, a partire dalla definitiva abolizione delle pratiche di limitazione della libertà personale e di violazione dei corpi, dalla fine della segregazione, dalla rottura della separazione dalla comunità.

Con la promulgazione della L.180 del maggio 1978 e con l'estendersi ad altre provincie italiane dell'impegno per il superamento, de-

finitivo, e su tutto il territorio nazionale, dei manicomi, il tema dell'utilizzo dei mezzi di coercizione nell'assistenza psichiatrica non emerge più all'attenzione, sembrando quasi superato. Certamente nella fase di costruzione della rete dei servizi di salute mentale territoriali e di chiusura dei cosiddetti "residui manicomiali", quindi fino a tutto il 1998, la questione delle persone legate nei servizi psichiatrici non ha rappresentato una area di discussione significativa e collettiva, né per gli operatori della salute mentale, né per le associazioni di familiari ed utenti; tanto più non sono emerse notizie di pazienti morti legati in Spdc.

La violenza manicomiale, la violenza della contenzione e della segregazione, delegittimate nel processo di chiusura del manicomio, sembravano essere state messa al bando e definitivamente superate. Il mutato paradigma alla base della malattia mentale, la negazione dell'equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale, non forniscono più "giustificazioni" alla violazione e alla violenza sull'altro. La psichiatria, entrata nella medicina, mette al centro la volontarietà della cura, l'adesione al trattamento, e viene sancito che, anche nelle situazioni che rendono necessario un trattamento sanitario obbligatorio, la cura deve avvenire "nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione"¹¹.

IL TEMA DELLA CONTENZIONE RITORNA ALLA DISCUSSIONE

Una ripresa di attenzione e di discussione intorno al tema dell'uso della contenzione fisica nei confronti delle persone con disturbo mentale si determina alla fine degli anni novanta e con gli inizi del 2000. Certamente l'aver definitivamente messo fine al manicomio pubblico su tutto il territorio nazionale rende possibile il ri-affrontare le criticità delle pratiche nei servizi di salute mentale, tra cui la contenzione, in alcune realtà ancora attuata, forse in alcune situazioni mai abolita.

Rispetto alla ripresa della discussione sulla contenzione e le porte chiuse dei servizi psichiatrici ospedalieri, punto di riferimento significativo è l'indagine del 2001 dell'Istituto Mario Negri di Milano, nata nel contesto dello Studio Collaborativo Italiano sugli Esiti dei Disturbi Mentali Gravi¹², sulle pratiche nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura dei Dipartimenti di Salute Mentale. La ricerca, che ha interessa-

to 39 Spdc e 2 cliniche universitarie che gestiscono un Spdc, riporta alla luce ed evidenzia la persistenza nell'assistenza psichiatrica di pratiche di tipo segregativo, custodialistico e contenitivo. I risultati di questa indagine¹³ assumono grande significato in particolare in assenza di "rilevazioni analoghe"¹⁴.

Ricordiamo che nel novembre 2000 il Comitato nazionale di bioetica, nel suo parere in merito a "Psichiatria e Salute Mentale", dichiara che "la legge 180 del 1978 ha rappresentato un fondamentale passo in avanti verso il riconoscimento della integrazione nella comunità dei soggetti affetti da disturbo mentale: nel senso simbolico del riconoscere la loro cittadinanza, come pure, con maggiore difficoltà, nel senso concreto delle relazioni sociali e di un'assistenza umana ed efficace" e, in relazione alla contenzione fisica, raccomanda di "prevenire, attraverso strutture ed interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente". Nel 2002 la Cgil nazionale redige la "Carta dei diritti degli operatori e degli utenti dei servizi psichiatrici" e nella stessa denuncia il ricorso alla contenzione fisica. Il Forum Salute Mentale¹⁵, nel suo documento fondativo del 2003, indica tra le principali criticità da affrontare nella organizzazione dei servizi di salute mentale la contenzione fisica. "La contenzione parte dal massimo dell'umiliazione e della mortificazione della persona e ripropone la copertura della nostra incapacità ad affrontare diversamente la sofferenza e la violenza, con una risposta irresponsabile di violenza e di difesa di sé, di violenza da parte del più forte, e di chi è in condizione di porre una distanza fra sé e l'altro: il ruolo, le regole, l'istituzione, il potere.

Contro tutto questo si è lottato per anni e si è dimostrato possibile perseguire altre strade con il supporto di operatori/trici formati e motivati che reggano l'impatto senza ferire, senza umiliare, con la costruzione di un ambiente e di un clima non violento, libero, nel suo complesso che fa capire come altri passi siano possibili e della stessa natura"¹⁶. Nel 2006 si costituisce il "Club degli Spdc porte aperte no restraint" a cui aderiscono operatori dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che operano con le porte aperte e fanno a meno della contenzione fisica, o operatori di servizi che

stanno adottando strategie per abolire la contenzione ed aprire le porte dei servizi.

Nel 2009 la Società Italiana di Psichiatria approva un documento sulla contenzione che definendo l'"evitare la contenzione fisica in un reparto di psichiatria un obiettivo ambizioso", che pur deve essere assunto da tutto il Dipartimento di Salute Mentale, stabilisce "un preciso quadro di garanzie scritte" che deve "accompagnare l'assunzione forte di questo impegno".

Va da ultimo sottolineato che dal 2003, alcune regioni italiane nelle leggi per la tutela della salute mentale e nei piani sanitari affrontano e danno indicazioni, e in alcuni casi prescrizioni, contro le pratiche di psichiatria restrittiva, in particolare per la riduzione o l'abolizione della contenzione fisica nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Si fa riferimento alla regione Campania, al Friuli Venezia Giulia, alla Toscana, alla Sardegna, alla Calabria, all'Abruzzo, Piemonte Emilia Romagna, Puglia. Non risulta però in essere una modalità di verifica da parte delle regioni dei risultati degli obiettivi indicati.

I MODI E I LUOGHI DELLA CONTENZIONE FISICA IN PSICHIATRIA

La contenzione fisica più comunemente usata in psichiatria è legare al letto pazienti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) con l'utilizzo di cinghie, fasce, nastri... Possono essere immobilizzati gli arti superiori ed inferiori, o solamente gli arti superiori, o quelli inferiori, ambedue o uno solo, e, oltre alla immobilizzazione degli arti, si può immobilizzare anche il busto del paziente con una fascia toracica. In molti Spdc le persone legate ai letti vengono "controllate" attraverso un sistema di telecamere a circuito chiuso dal personale infermieristico.

Abbiamo evidenza di persone legate che si lamentano, che chiedono acqua, che chiedono di essere slegate....ma non sono neppure ascoltate. A volte le persone contenute vengono cateterizzate per ridurre il carico degli operatori, ma con possibili esiti patologici per i pazienti.

Ricordiamo un giovane ricoverato in un Spdc che, dopo molti anni di contenzione a letto, si muoveva nel reparto, ma anche veniva accompagnato in città, contenuto alle mani con i cosiddetti "laccetti da passeggio" che tenevano il dorso delle mani l'uno contro l'altro – tale postura coatta gli aveva determinato una cronica alterazione alla articolazione

scapolo-omeroale

Oltre alla contenzione nel Spdc, nell'ambito delle funzioni di un Dipartimento di Salute Mentale, sono attuate pure contenzioni di pazienti da parte di operatori psichiatrici nelle situazioni di emergenza, e in particolare durante il "trasporto" in ambulanza di un paziente verso un Pronto Soccorso ospedaliero o il Spdc.

Pertanto, e questo va sottolineato con forza, le limitazioni della libertà personale, gli atti coercitivi a cui vengono sottoposte le persone ricoverate in un Spdc sono di norma molto più ampi.

Si va dalla sistematica e routinaria "spoliazione" della persona, al momento del ricovero, dai beni personali ritenuti dagli operatori "pericolosi"¹⁷, tra cui i lacci delle scarpe e le cinture, dalla sottrazione durante la degenza dei vestiti e delle scarpe per "facilitare" il permanere della persona nel Servizio, dalle porte del reparto chiuse verso l'esterno, ma anche all'interno del reparto stesso fra i vari blocchi, ai divieti di uscire dal Servizio anche per le persone in regime di ricovero volontario, alla rigida regolamentazione degli orari in cui è possibile fumare, alle "perquisizioni" ai familiari in visita, alla limitazione delle visite e dei contatti con l'esterno, ed infine "alle pressioni indirette per ottenere comunque il comportamento desiderato"¹⁸ da parte degli operatori, non ultima la minaccia della contenzione. Esiste una stretta connessione tra le limitazioni sopradette e l'uso della contenzione fisica in un Spdc: vogliamo dire che la contenzione fisica viene di norma attuata in Spdc dove sono praticate, in maniera più o meno diffusa, anche le altre pratiche di violazione della libertà personali. Appartengono tutte allo stesso segno, alla stessa cultura, alla stessa organizzazione. La contenzione conferma e rafforza il paradigma della malattia della incurabilità, della incomprensibilità e pericolosità del malato di mente. Ricordiamo infine che la contenzione è utilizzata negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e che l'Italia nel 2008 è stata sanzionata dal Consiglio d'Europa per il non rispetto della dignità umana, compreso il ricorso alla contenzione, negli ospedali psichiatrici giudiziari, oltre che nelle carceri e nei centri di identificazione e di espulsione per gli stranieri

I Soggetti. Di norma negli Spdc vengono sottoposti a contenzione fisica pazienti ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio, ma

succede che siano legati anche pazienti in trattamento sanitario volontario - persone quindi che si sono rivolte spontaneamente al Servizio per chiedere aiuto, o pazienti in "osservazione" temporanea - persone che vengono trattenute al Servizio il tempo per definire una diagnosi o un trattamento. Si ha evidenza di pazienti in osservazione prima legati e poi dimessi, senza essere stati mai ricoverati. Solo in alcune situazioni medici trasformano il ricovero volontario dei pazienti che contengono in obbligatorio.

La ricerca del Negri già citata indica che "il 42% dei Spdc non trasforma il ricovero volontario del paziente in Tso qualora disponga la sua contenzione"¹⁹. In alcune circostanze si ha evidenza che per contenere vengono chiamate le forze di ordine pubblico nel Spdc, che peraltro non sempre si mostrano disposte ad attuare la contenzione. Non sembra esserci una relazione tra diagnosi clinica e ricorso alla contenzione, molto di più sembrano influenzare il ricorso alla stessa storia di comportamenti violenti, minacce di comportamenti violenti, problemi comportamentali legati ad uso di sostanze, disturbi cognitivi nell'anziano.

Prescrizione ed Attuazione. La contenzione fisica viene definita dagli psichiatri che la utilizzano un "atto sanitario" quando non "terapeutico", anche se poi fanno fatica a parlarne, né la trascrivono di norma nelle cartelle cliniche. Peraltro la maggior parte dei "prescrittori di contenzione", a giustificazione della sua applicazione, fa ricorso, si appella allo "stato di necessità" normato dall'art. 54 del codice penale. Va ricordato che tale articolo non si riferisce specificatamente al medico o agli operatori sanitari ma a qualsiasi cittadino e sancisce che l'azione non è punibile se è motivata dalla "necessità di salvare sé o 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". Quindi va dimostrata l'imminenza e la non evitabilità in altro modo del pericolo e tanto più la proporzionalità dell'azione al pericolo. Quale relazione può esserci quindi tra lo stato di necessità e la contenzione di pazienti che dura anche fino a cinque, sei, sette, otto, nove giorni?

Scrivo un infermiere al responsabile di un Spdc: "Siamo di fronte ad uno stato di necessità quando una persona, che non vuole a tutti i costi essere rinchiusa in reparto, sfera qual-

che calcio alla porta, urla, impreca, minaccia? Non è stato di necessità quando una persona disturba molto perché è confusa ed è notte. Non è stato di necessità quando si teme solo che cada dal letto perché è anziana e disorientata"²⁰. E' il medico che "prescrive" la contenzione, sono gli infermieri ad eseguirla.

La prescrizione medica di contenzione deve descrivere ed analizzare i motivi che la rendono necessaria, come il tempo presumibile della durata e deve essere trascritta nella cartella clinica del ricoverato, così recitano la maggior parte delle linee guida sulla contenzione stilate nei dipartimenti.

Nei fatti in un numero rilevanti di Spdc che praticano la contenzione non esiste un sistematica registrazione della stessa, la contenzione spesso non viene riportata nella cartella clinica del paziente.

Va ricordato che nel Codice Deontologico dei medici non si parla di contenzione, mentre se ne parla nel codice deontologico degli infermieri. Il codice deontologico dall'infermiere del gennaio 2009 all'art. 30 recita: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali". Tale articolo è stato oggetto di discussione e di punti di vista contrastanti.

In alcuni casi infermieri che si sono rifiutati di attuare una contenzione prescritta dal medico, hanno fatto ricorso all'obiezione di coscienza prevista dal codice deontologico all'art.8: "L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito". Una diffusa motivazione adottata quale giustificazione per il ricorso alla contenzione è la carenza di personale del comparto. Fermo restando che deve essere garantito un numero di personale adeguato nelle situazioni operative, abbiamo evidenza che non esiste una connessione stretta tra numero di personale e ricorso alla contenzione.

Diffusione del fenomeno. In Italia il tema della contenzione fisica, della segregazione e delle limitazioni delle libertà personali dei pazienti psichiatrici in particolare nel periodo di ricovero presso un Spdc, non è stato oggetto

di ricerca rilevante e precipuo.

Va detto anzi che è un tema su cui si è sottaciuto, di cui non si parla se non con "imbarazzo" e spesso in occasione di fatti di cronaca. Dal 2006 sono arrivate anche all'evidenza dell'opinione pubblica le morti di almeno quattro persone morte legate al letto in un Spdc, a Cagliari, a Bari, a Forlì, a Vallo della Lucania (Sa). Nello studio dell'Istituto Mario Negri di Milano del 2001, già menzionato, si evidenzia che il 12% dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc) non fanno assolutamente ricorso ai mezzi di contenzione e tra i rimanenti Spdc un terzo in rari casi ricorre alla contenzione. Nel 2005 la ricerca "Progress Acuti", promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, riporta i dati dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di tutte le regioni italiane -solo la Sicilia non ha partecipato alla ricerca- evidenziando che il 15% degli Spdc opera con le porte aperte e non fa uso di mezzi di contenzione²¹. Nei tre giorni della rilevazione, "in 3 su 10 degli SPDC visitati, c'era almeno una persona legata. Fino a 4 contemporaneamente in alcuni. Gli uomini molto di più che le donne, gli immigrati più dei locali"²². Su 285 Spdc italiani 200 dichiarano di fare ricorso alla contenzione e di usare un camerino di isolamento.

Esiti. Nella letteratura sono segnalati esiti negativi gravi, fino alla morte o a lesioni irreversibili, conseguenti alla contenzione, di natura ortopedica, vascolare, neurologica. Va rilevato che la contenzione fisica si associa perlopiù ad un abuso farmacologico. Già Agostino Pirella nel 1976, nell'introduzione al "Trattamento del malato di mente" di J. Conolly, scriveva: "Le 'contenzioni fisiche' (fascette, cinghie o altro) sono anche impiegate largamente nonostante l'uso e l'abuso di quantità anche nocive di psicofarmaci, introdotti senza sosta da una industria farmaceutica che intende ricavarne crescenti profitti".

La contenzione non sostituisce quindi né limita il ricorso agli psicofarmaci, come alcuni asseriscono, ma si associa ad esso. Gli esiti negativi della contenzione si assommano quindi a quelli dell'abuso farmacologico. Abbiamo evidenza, e meriterebbero una indagine precisa, che un numero rilevante di pazienti che subisce la contenzione fisica insieme ad un sovradosaggio farmacologico, viene trasferita, per patologie organiche conseguenti, in reparti di medicina o in rianimazione. Poco è stato indagato sullo svi-

luppo del percorso di malattia e di relazione con il servizio pubblico dei pazienti che hanno subito la contenzione, in particolare al loro primo ricovero in un Spdc. Poco si è indagato su conseguenze psicologiche e motivazionali sugli operatori psichiatrici che attuano la contenzione.

LA CONTENZIONE FISICA NELL'ASSISTENZA PENITENZIARIA E NELLA ASSISTENZA NON PSICHIATRICA

Una attenzione particolare deve essere data alla contenzione delle persone detenute, dacchè nella situazione di reclusione "il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e motivazioni di carattere disciplinare è evidentemente più elevato, e il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e trattamento di eventuali complicanze sanitarie può essere inferiore"²³.

La legge di riforma del sistema penitenziario del 1975, L.354, all'art. 41, prevede in casi eccezionali l'impiego della forza fisica e l'uso dei mezzi di coercizione per "prevenire o im-

pedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti". Si legge: "Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere *costantemente* controllato dal sanitario." E' rilevante altresì evidenziare l'utilizzo della contenzione in riferimento agli anziani e ai soggetti disabili. Nei confronti di anziani confusi, irrequieti, che tendono alla fuga, che rischiano di cadere, etc.....la contenzione è utilizzata, a volte è pratica routinaria, nelle geriatrie, nelle medicine, nelle RSA per anziani, nelle case di riposo.

Si ha evidenza di prescrizioni di contenzione fatte dal medico di medicina generale²⁴ di un anziano in casa di riposo. Se la contenzione fisica è attuata per scongiurare rischi alla salute fisica del paziente si hanno evidenza di numerosi e gravi esiti, quali lesioni contusive,

Consumare meno e meglio

I tre testi pubblicati dalla casa editrice Arianna fanno parte della collana *Consapevole: stili di vita – modi di pensare*; spunti di riflessioni e consigli pratici per informare il consumatore, per renderlo responsabile del ruolo che ogni singolo cittadino può assumere nella modifica delle logiche del mercato, per educare alla possibilità di modi di fare la spesa e consumare diversi, orientati alla sobrietà e alla sostenibilità ambientale. Pratiche che in **Rifiuto. Riduco e riciclo** riguardano in particolare il tema dei rifiuti; dai rischi delle tecniche di smaltimento, alle recenti emergenze scoppiate in Campania e altre città d'Italia: campanelli d'allarme che denunciano la necessità di ridurre meno, produrre meno merci, produrre tecnologie più efficaci, sprecare meno e riscoprire l'arte del riciclo, per evitare che i nostri paesaggi si ricoprano di immondizia e veleni. Un'altra prospettiva di futuro sostenibile è quella descritta nel **Manuale Pratico della Transizione**: progetti articolati e dettagliati per creare un sistema di produzione localistico, con una reale diminuzione dei consumi energetici; come dimostrano gli esempi raccontati e la metodologia descritta, con la produzione di cibo locale, lo sfruttamento di risorse energetiche locali e la volontà portare avanti politiche di cambiamento, la piccola comunità locale può essere il punto di partenza per sfuggire ai rischi – primo tra tutti i cambiamenti climatici - delle dipendenza dal petrolio. Il sottotitolo di **Shock Shopping** recita "Scopri come le catene dei supermercati manipolano e impoveriscono la tua vita: conoscere le logiche della distribuzione, gli inganni e i costi delle grandi catene e dei centri commerciali", con esempi riferiti a marchi conosciuti (Coop, Ikea, Esselunga) che dimostrano come aziende e filiere distributive sono disposte anche ad utilizzare vere e proprie tecniche di controllo e di strumentalizzazione contro le quali si possono riscoprire soluzioni di acquisto e consumi alternativi: dalla piccola distribuzione, all'economia solidale, alle filiere corte locali...

Montanari Stefano (a cura di), **Rifiuto. Riduco e riciclo**, Cesena 2009, p. 153, euro 12.00; Hopkins Rob, **Manuale Pratico della Transizione**, Cesena 2010, p. 283, euro 18.50; Pipitone Saverio, **Shock Shopping**, Cesena 2009, p. 156, euro 10.80.

aumento delle cadute, maggiore danno prodotto dalle cadute di persone contenute, lesioni da decubito, incontinenza meccanica, insorgenza o aumento di uno stato confusivo, morte per asfissia o, come successo negli ultimi mesi in una casa di riposo del nord, la morte per combustione, a seguito di un incendio, di un anziano legato, e quindi impossibilitato a lasciare il letto. In istituti per disabili si vedono persone immobilizzate, legate o limitati ed impediti nei movimenti, in "seggioni", dove trascorrono un tempo senza storia.

... PER CONCLUDERE

La contenzione fisica non è un atto necessario ed indispensabile se 85 Spdc in Italia non fanno ricorso alla contenzione. Anche il ricorso

eccezionale e sporadico alla contenzione fisica riconsegna la sofferenza psichica al terreno della incomprensibilità, produce oggettivazione e negazione del soggetto e la legittima, potendosi quindi in ogni momento determinare il ritorno ad un suo uso routinario. Quello che determina la riduzione verso l'abolizione della contenzione fisica è da ricercare in una forte intenzionalità degli operatori verso culture e pratiche della presa in carico della persona con sofferenza, anche in una situazione di crisi, che mettono al centro il rispetto, i diritti dell'altro, la relazione, l'attenzione, la capacità di ascolto. Non legare si può, quindi si deve.



Note

- ¹ I. Mina, *E se il TSO non ci fosse?*, Atti seminario SPDC, in, *Rivista sperimentale di Freniatria* - supplemento n. 2/2003. Mina è tra i fondatori della cooperativa sociale *Luci nella Città* di Torino, di cui socia lavoratrice.
- ² E. Borgna *L'aggressività psicotica come scacco relazionale* - *Rivista Sperimentale di Freniatria* N.3/2006.
- ³ Lenzuolo bagnato gettato sulla testa del ricoverato/a ed arrotolato intorno al collo, fino ad ottenere, per ipossia, la caduta a terra della persona.
- ⁴ Letto chiuso da una fitta rete su tutti i lati ed in alto.
- ⁵ J Conolly, *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)* - Piccola Biblioteca Einaudi 1976.
- ⁶ Ibidem.
- ⁷ P.F. Peloso ed alt: Genova 1904-2004. Il problema della contenzione fisica tra storia ed attualità. Giuffrè, Milano 2006
- ⁸ Regio Decreto N.615 del 1909.
- ⁹ Legge N.36 del 1904 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati".
- ¹⁰ Era questa la formula con cui con la legge del 1904 le persone venivano ricoverati negli ospedali psichiatrici, su ordinanza del Questore.
- ¹¹ L.180/78 Art 1 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori".
- ¹² Lo Studio SPT, a cui hanno partecipato 61 servizi psichiatrici territoriali di 12 regioni, è uno studio longitudinale di pazienti con disturbi psicotici finalizzato alla valutazione dei loro esiti lungo cinque anni dalla presa in carico.
- ¹³ La metodologia e i risultati dell'indagine sono presentati da Emanuela Terzian e Gianni Tognoni in *Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura* in *Rivista sperimentale di Freniatria* - supplemento n. 2/2003.
- ¹⁴ Ibidem.
- ¹⁵ Il Forum è un movimento non tradizionale di operatori della salute mentale, non professionali, sindacalisti, persone che hanno esperienza di disturbo mentale, familiari, intellettuali, amministratori, costituito a Roma nell'ottobre del 2003 con l'obiettivo di guardare alla qualità dei servizi della salute mentale e di superare la dissociazione tra gli enunciati e le pratiche, tra le risorse in campo e i reali percorsi di cura. www.forumsalutementale.it.
- ¹⁶ Il pezzo del documento sulla contenzione è stato elaborato da Franca Ongaro Basaglia ad Ischia nel settembre 2003 e raccolto da Giovanna Del Giudice.
- ¹⁷ Il ritenere pericoloso un oggetto di uso comune, senza tener conto della sua funzione specifica, è fortemente connesso con le culture degli operatori sulla malattia mentale e può avere perfino come conseguenza l'incentivare i pazienti ad utilizzarlo come oggetto lesivo verso se stesso e gli altri.
- ¹⁸ Ferrannini L., Peloso P. ed altri *Aspetti clinici della contenzione* in *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè 2006.
- ¹⁹ G. Cardamone e altri *Una elaborazione critica dei dati sui SPD* in *Rivista sperimentale di Freniatria* supplemento n.2/2003.
- ²⁰ Sito www.forumsalutementale.it
- ²¹ Oggi il numero di Spdc che lavorano con le porte aperte e/o non fanno uso dei mezzi di contenzione raggiunge circa il 30% degli Spdc italiani.
- ²² P Dell'Acqua *I luoghi della cura*, in *Quaderni Italiani Europei* 2009/2.
- ²³ Forum Salute Mentale Napoli, settembre 2006.
- ²⁴ M. Mislaj L. Bicego, *Assistenza e diritti*, Carrocci Faber 2007.