

È tempo di abolire la contenzione

«E tu slegalo subito» perché non si cura legando

Appello promosso dal Forum Salute Mentale



SOSTE DI DISCUSSIONE

«E tu slegalo subito» era la risposta che Franco Basaglia dava agli operatori che gli chiedevano cosa fare di fronte a un paziente legato al letto. «E tu slegalo subito» è il titolo della campagna promossa dal Forum Salute Mentale per abolire una pratica tra le più disumane: la contenzione meccanica. Essa consiste nel legare polsi e caviglie della persona, imprigionandola con fascette ai quattro angoli del letto. Una moderna crocefissione per impedire gesti di auto ed eterolesionismo e placare stati di agitazione.

1. La contenzione si nasconde nei luoghi della cura. Una pratica che è il terrore e l'incubo di uomini e donne, di vecchi e bambini, di tutti quelli che vivono la fragilità delle relazioni, il dolore della solitudine, l'isolamento, il peso insopportabile della propria esistenza.

La contenzione non solo impaurisce, ferisce, umilia chi la subisce, ma anche gli operatori sanitari (medici, infermieri) che, non più soggetti portatori di competenze, affettività, relazioni, sono ridotti al ruolo di freddi custodi. Bisogna liberare entrambi, abolendo le fasce.

La rabbia, il dolore, l'impotenza, l'umiliazione che le persone legate devono vivere sono così profondi che a fatica riescono a raccontare. Per superare questa pratica c'è bisogno di operatori capaci di tenere insieme competenza ed etica, in grado di opporsi e disubbidire. Di protocolli, linee e organizzazioni che prevedano il non ricorso alla contenzione e la escludano.

2. Nel nostro Paese, in gran parte dei Servizi psichiatrici

ospedalieri di diagnosi e cura, la contenzione è pratica diffusa, come denuncia il Comitato nazionale per la bioetica. La pratica della contenzione è ben conosciuta negli istituti che si occupano di vecchi e nei luoghi che accolgono bambini e adolescenti.

Eppure ci sono luoghi in Italia dove è stata abbandonata e le porte sono aperte. Luoghi dove sono evidenti pratiche e organizzazioni dei servizi rispettose della persona, della dignità e dei diritti di tutti, utenti e operatori. Luoghi dove gli operatori e le organizzazioni sanitarie si pongono con rigore il problema perché sentono come fallimento del lavoro terapeutico il ricorso alle fasce. E ancora servizi dove singoli operatori compiono scelte coraggiose e riescono, pure se osteggiati, a opporsi. E vertenze aperte per contrastare i tagli ai servizi e rivendicare finanziamenti e organici adeguati.

È possibile allora immaginare luoghi della cura dove la Costituzione repubblicana vincoli l'agire quotidiano e l'esercizio

difficile e paziente della democrazia renda impensabili fasce, reti e porte blindate?

3. L'uso delle fasce, dei letti di contenzione, sopravvissuto alla chiusura dei manicomi, è la prova più chiara e scandalosa di quanto sia ancora viva l'immagine del matto pericoloso, inguaribile, incomprensibile. E quanto sia giustificata, voluta o tollerata la domanda di controllo, di custodia, di segregazione. In molti dei luoghi della cura si lega, ma si fa di tutto per non parlarne. Salvo quando capita l'incidente.

Francesco Mastrogiovanni, maestro di 58 anni, muore nel servizio psichiatrico di Vallo della Lucania (Sa) ai primi di agosto del 2009, dopo quattro giorni di contenzione; tre anni prima, nel 2006, moriva nel Servizio psichiatrico dell'ospedale «Santissima Trinità» di Cagliari Giuseppe Casu, fruttivendolo sessantenne, dopo che per una settimana era rimasto legato al letto.

Sono solo due morti, non silenziate, di cui siamo riusciti a sapere. Molti altri «incidenti»

sono accaduti, almeno negli ultimi dieci anni. Su questo vorremmo che ci fosse trasparenza e che il Ministero della salute si obblighi a ricevere dalle Regioni un report mensile di quanto accade.

4. «L'Italia ha rappresentato un modello avanzato di gestione nel processo di restituzione di autonomia alle persone con disturbo mentale, a partire dalla legge 180 e sino al superamento degli OPG. È auspicabile che i passi avanti sino a ora compiuti conducano a ulteriori avanzamenti nella tutela della salute mentale delle persone. È dal rispetto della dignità che

nasce l'idea stessa di terapia». Così il Presidente Mattarella in occasione della giornata mondiale della salute mentale 2015, «Dignità e inclusione», indetta dall'Oms. È urgente e necessario un cambiamento radicale. Occorre che chi cura come chi è curato sia consapevole dei propri diritti, e li possa agire. Che una comunità informata e partecipe attraversi i luoghi della cura, riconoscendo ciò che accade alle persone nei momenti di maggiore fragilità e dolore.

Non possiamo continuare a non interrogarci di fronte a quanto ogni giorno accade e denunciare, rifiutare, disub-

La contenzione umilia sia chi la subisce che chi la attua. Sul fatto che sia una pratica illecita e incivile, vorremmo non ci fossero più dubbi.

bidire. Che la contenzione sia una pratica illecita, indegna, incivile, vorremmo non ci fossero più dubbi.

Per sottoscrivere l'Appello scrivere a: etuslegalosubito@gmail.com – facebook: E tu slegalo subito

Il nodo della contenzione visto dagli operatori psichiatrici

Legare o non legare, questo è il problema

Roberto Camarlinghi

In Italia esistono 320 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e in 300 di questi vige la pratica di legare i pazienti. Una prassi che si vorrebbe superare ma si continua a praticare. Perché? Perché, pur dichiarandosi (i più) contrari all'uso di mezzi coercitivi come lacci, cinghie, fasce, si continua a ricorrervi? Abbiamo seguito Giovanna Del Giudice, psichiatra e presidente della «Conferenza permanente Franco Basaglia per la salute nel mondo», in uno dei tanti incontri che sta conducendo per promuovere le ragioni del no alla contenzione, a partire anche dal suo libro... e tu sle-

galo subito (edizioni alpha beta verlag). L'incontro si è svolto in un Dipartimento di salute mentale della Lombardia, erano presenti medici, infermieri, educatori, psicologi.

Con lei abbiamo ascoltato le loro difficoltà, visioni, aspirazioni. Ci ripromettiamo di tornare nei prossimi numeri con Giovanna Del Giudice a discuterle, farci i conti, capire come si possono smontare e ricomporre in un nuovo discorso di cura. Ora diamo loro spazio.

«Non vogliamo la contenzione, ma la facciamo lo stesso. Perché? La contenzione è un

residuo della cultura manicomiale, ha detto lo scorso aprile il Comitato nazionale per la bioetica. E il suo superamento un tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura della cura. Però la usiamo anche noi. Poco, ma la usiamo. Siamo residui anche noi?».

«Ricordo anni fa un giurista che davanti ai soloni della psichiatria lombarda – i quali esibivano i corretti protocolli per contenere bene – esordì dicendo: «Il codice penale considera reato la limitazione della libertà individuale con una pena dai 6 agli 8 anni di carcere, incrementata di 2 se fatta da un pubblico



DIARI DELL'OPERATORE

«Il fattore scatenante la contenzione è l'aggressività del paziente e la paura dell'operatore. Ossia la sensazione di avere davanti una persona pericolosa».

ufficiale". Ora noi siamo tutti pubblici ufficiali nel momento in cui timbriamo il cartellino nell'azienda ospedaliera...».

«Ma da sempre i matti sono stati legati ed è stato considerato naturale legarli. In una vecchia legge del 1909 si definiva se e come contenerli. La 180 su questo tace. Così la contenzione diventa una questione etica. Tanto se un paziente denuncia, chi vuoi che gli dia retta? È matto...».

«Si lega per prevenzione: "Lo lego, così evito che faccia casino". Ho in mente un SPDC del centro-Italia: 16 posti letto, 13 pazienti contenuti, 8 medici in servizio. Per cui non è questione di organico, ma di impostazione culturale. Anche se quando guardo i nostri organici c'è da preoccuparsi...».

«Non si contiene per risparmiare risorse. Perché comunque legare impegna energie emotive e di tempo. Per tutto il tempo in cui la persona è contenuta, qualcuno deve starle vicino. Per cui non si lega per convenienza, ma perché non se ne può fare a meno».

«Quando facevo il medico in SPDC le guardie del mercoledì erano le più ambite perché non succedeva mai nulla. C'era la Champions League e allora

gli infermieri facevano prevenzione: terapia farmacologica a tutti. Questa è la psichiatria!».

«Siamo tutti ideologicamente contrari, però poi chi lavora in SPDC conosce la situazione concreta del reparto, sa che chi pratica la contenzione non lo fa con cattiveria. Qualche volta serve, non è sempre vero che le persone che subiscono la contenzione siano traumatizzate. Anche con questa modalità si può costruire una relazione, perché quando leghiamo non perdiamo di vista il rapporto con la persona».

«Il fattore scatenante è l'aggressività: un alto livello di aggressività fisica che non si riesce a gestire diversamente. È vero che si possono somministrare medicine, ma se la persona non le vuole? Si sta lì a cercare di convincerla, ma è una contrattazione estenuante. Allora sale il livello, si arriva in 2, in 3, si chiede alla persona "vuoi la punturina o la fiala?". Tanti di noi si sono presi le gocce sputate in faccia. Quando finalmente si riesce a farle assumere la terapia, un po' per volta i livelli di aggressività calano e si recupera una relazione».

«Per arginare l'aggressività cerchiamo di mettere in atto ogni espediente: sigarette a disposizione sempre, giorno e notte, a volte ospitiamo la famiglia in reparto dandole una stanza... Eppure capita di arrivare alla contenzione. La contenzione farmacologica a volte è rischiosa perché spesso le persone sono già intossicate di farmaci. Allora si preferisce la contenzione meccanica».

«Noi la soluzione l'avremmo:

dovremmo essere di più, allora si che potremmo evitare di arrivare alla contenzione!».

«Le alternative sono possibili se ci si trova in uno stato emotivo diverso: se non si ha paura, se si percepisce che l'ambiente è in sicurezza. Noi invece abbiamo la sensazione opposta, di avere davanti una persona che potenzialmente ci spacca la faccia. E qualche volta succede».

«Capita che di notte ci siano due infermiere donne che si trovano a gestire una persona agitata anche prestante fisicamente. Cosa si può fare se non tenerla ferma in attesa che arrivino i carabinieri o altri medici di reparto? A volte non si è fatto ricorso alla contenzione meccanica, ma fisica: si sta seduti sulla persona per mezz'ora cercando di tenerla ferma. Anche questa è contenzione».

«Nel reparto c'è un registro delle contenzioni, è un obbligo regionale. La cosa significativa è che tutti i medici hanno una firma. Questo vuol dire che tutti ci siamo trovati nella necessità di contenere. La media è di 10 contenzioni all'anno».

«In SPDC arrivano persone in TSO (trattamento sanitario obbligatorio). Una persona in TSO non vuole star lì, sente di aver subito violenza. Questa condizione la spinge alla conflittualità. Se poi si aggiunge una psicosi florida e magari anche la tonicità muscolare, è naturale che cerchi di far valere le sue ragioni con le armi che ha, nostro malgrado...».

«Abbiamo a che fare con personalità antisociali. Nell'ultimo periodo ci troviamo persone con oligofrenia o ritardo men-

tale. Lì è difficile stabilire una relazione e facilmente si arriva alla contenzione».

«Sarebbe bene che la contrattazione con il paziente fosse fatta da un operatore del CPS (Centro psicosociale, così sono definiti i centri di salute mentale in Lombardia, ndr) conosciuto. Invece non accade così. Ci siamo chiesti: come l'operatore del CPS può entrare nell'SPDC?».

«Siamo tutti bravi a dire "non dobbiamo contenere", però poi dobbiamo trovarci lì, con una persona che non accetta di essere curata, di essere sopraffatta nella sua libertà e reagisce come un animale ferito. Magari è pure straniera e non parla la lingua...».

«Per me infermiere, quando un paziente viene legato, è un momento emotivamente faticoso. Siamo in tanti con una persona agitata e aggressiva, concentrati sul fatto che nessuno si faccia del male. Sono pochi minuti,

ma è come se noi operatori ci annullassimo. Ci domandiamo "ma siamo infermieri?"».

«Ci sono pazienti in comunità che chiedono loro di essere contenuti per non farsi del male loro. Ricordo un paziente che era una montagna, che nascondeva i coltelli nelle scarpe per farsi del male e che quando scivolava nella fase acuta della malattia chiedeva aiuto».

«Durante la contenzione il paziente può sputare, mordere, graffiare, strapparci la divisa. E non finisce lì, perché dopo uno di noi sta con lui. Che può dormire, piangere, implorare "per favore slegatemi", può gridare, dirci le peggiori parole. E non per qualche minuto, ma per ore. È svilente per noi operatori».

«È tu slegalo subito, la famosa frase di Basaglia, implica non avere paura. Perché se tu hai paura l'altro sente che non sei in grado di contenerlo e va an-

cora più in crisi. Forse dovremmo imparare a trattare di più con i pazienti».

«Cosa resta di un uomo in quel momento? Cosa resta di me come professionista? Ho assistito alla contenzione di un uomo anziano e sono state queste le domande che mi sono poste».

«Io invece mi sono chiesto: è così terribile legare per 2-3 ore una persona al letto cercando di farle capire che il reparto non è così terribile? O è meglio contenerla farmacologicamente, cosa che viene socialmente più accettata?».

«Se in 300 SPDC d'Italia su 320 si lega ci sarà una ragione».

«Se però quei 20 non legano vuol dire che evitare umiliazione e dolore a persone già sofferenti è possibile. Bisognerebbe capire come si fa».

Roberto Camarlinghi è giornalista di Animazione Sociale: rcamarlinghi@gruppoabele.org