

Se si può, si deve.
28 settembre 2010

di Livia Bicego

L'articolo [“Non più legare. Si può. Ne discutiamo?”](#) pubblicato qualche giorno fa sul sito del Forum da Giovanna Del Giudice sul tema del “legare”, impone un'analisi approfondita del documento **“Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”** emanato lo scorso luglio dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Un primo aspetto critico è l'enfasi posta sulla “prevenzione”, termine che permea l'intero testo e che non a caso è già presente nel titolo. La condanna delle pratiche del legare non è chiara come dovrebbe.

Emerge qua e là il concetto di inevitabilità, sia pur in poche ed identificabili situazioni. La contenzione, in tutte le sue forme, è un approccio da condannare in modo inequivocabile in quanto privazione e lesione di diritti, atto antiterapeutico e anticura, fonte di complicanze e nocività, spesso terribile anteprima di esiti infausti. Non va prevenuta, ma evitata e basta.

Che la contenzione poi sia una questione sottovalutata e non indagata, in psichiatria come in geriatria, senza letture di carattere epidemiologico, ma culturale e organizzativo, è fatto indubbio. Non dobbiamo pensare di “porre limitazioni alla contenzione” o “introdurre criteri razionali nella sua gestione” semplicemente perché non esistono criteri razionali che la giustificano... se non relazionali (e non si tratta di un errore di stampa).

La pratica della contenzione non solo avvala e sostiene il pregiudizio della pericolosità, ma la determina in quanto fonte e ragione di assoluto risentimento, rabbia, aggressività, negatività, sfiducia nelle cosiddette cure e in chi le eroga.

Le Regioni e le Province Autonome avrebbero dovuto interrogarsi sulle culture e relative modalità operative con cui, in alcune realtà, si riesce a rinunciare e condannare da anni la contenzione in tutte le sue forme (meccanica, farmacologica ed ambientale).

Sulla scorta di queste risposte concrete di negazione delle pratiche del legare avrebbero dovuto chiaramente esprimersi con un: “se si può, si deve!”.

Al silenzio assordante che regna, alla critica assente verso le pratiche di contenzione, è giusto e doveroso contribuire con esami e valutazioni utili a definire una strategia di affrontamento. Alle Regioni e alle Province Autonome di questo va dato atto, ma non si può invocare una strategia di prevenzione; si può solo promuovere la condanna totale, la dissociazione e il fermo invito al contrasto.

La questione non è fornire raccomandazioni, ma strumenti di lotta alla cattive pratiche della contenzione. È necessario dotarsi di strumenti fondati su criteri organizzativi ed operativi di provata efficacia, nonché su approcci culturali e professionali nuovi, mirati al cambiamento ed al miglioramento dei processi di cura e di accoglienza delle persone.

Bisogna costruire percorsi di attenta lettura del disagio, espresso e inespresso, che può e deve essere (questo sì!) prevenuto e contenuto, facendo propria una cultura di ascolto focalizzata sui bisogni e sull'attuazione concreta delle relative risposte.

Dopo questa breve premessa, tento l'analisi di alcuni passaggi che mi hanno particolarmente colpita.

La contenzione non è un intervento di urgenza: se così fosse, sarebbero assolutamente assenti le contenzioni protratte. Un'evidenza di un tanto ci viene fornita dalla ricerca PROGRESS che ci rappresenta come, nel periodo indice considerato^[1] risultano essere state contenute 113 persone (7%) su 1.507 dimesse, quasi 1/3 di queste erano persone con una permanenza protratta nella struttura di ricovero superiore ai 2 mesi. È un dato che smentisce la tesi da più parti fortemente sostenuta: si legano le persone prevalentemente per interventi d'urgenza.

Allo stesso modo risulta altamente criticabile l'attribuzione di difficoltà relazionali a persone portatrici di specifiche patologie psichiatriche. Sarebbe come attribuire responsabilità di *iperglicemia* a persone portatrici di diabete *scompensato*. Senza per altro trascurare il fatto che i conflitti spesso sono un sintomo o la conseguenza non solo della patologia, ma soprattutto della qualità dell'accoglienza e delle cure ricevute!

Altro passaggio. E' verosimile che la psichiatria (e volutamente non parlo di salute mentale!) sia spesso un contenitore aspecifico di diverse situazioni, ma ancor'oggi non ci è possibile immaginare un fare salute mentale senza prima accogliere e poi, eventualmente, indirizzare.

È importante sapere che la Regione Toscana proibisce il ricorso alla contenzione meccanica e norma e stabilisce tra le sue attività, quella di un'attenta azione di farmacovigilanza attraverso il monitoraggio delle prescrizioni farmacologiche. Sulla strada della chiarezza la segue in modo abbastanza netto la Regione Piemonte, ma per il resto prevale il compromesso, la mediazione o, peggio, il silenzio.

Verrebbe da chiedersi: di fronte a quale altra questione fonte di malattia, tragiche complicanze e negazione di diritti fondamentali, i diversi assessorati alla salute si sarebbero comportati così?

Non sarà che i cittadini/persone destinatari di pratiche di contenzione sono spesso "fragili" sotto molteplici aspetti, incluso quello di costituire un bacino elettorale insignificante e quindi di scarso rilievo agli occhi dei politici/amministratori?

L'effetto della contenzione è devastante a qualsiasi età. Ma amministratori, politici, professionisti e tecnici si sono mai interrogati sulle conseguenze quando all'età viene sommata la compromissione della prospettiva del proprio futuro, della crescita, dell'evoluzione verso una visione solida del proprio destino? Mi riferisco alle contenzioni subite da giovani donne e giovani uomini, spesso ragazzini e ragazzine.

La contenzione conferma e determina il pregiudizio dell'incurabilità e dell'inguaribilità che, proprio nella fase dell'età evolutiva e verso genitori, sorelle, fratelli... si impone e si imprime con tutto il peso dello stigma indelebile di sfiducia e visione negativa verso il futuro.

La contenzione rende impossibile qualunque cura poiché è incompatibile con un percorso terapeutico declinato sulle caratteristiche del soggetto, sui suoi bisogni, desideri, attitudini e competenze, tanto più se durante la fase di crescita e di sviluppo.

Non possiamo più parlare di gradualità del superamento della pratica di contenzione dopo quasi 40 anni dall'inizio del processo di deistituzionalizzazione. Questo è davvero ridicolo se non fosse offensivo verso le tante persone che soffrono per problemi di salute mentale e che vedono, quotidianamente, sovrapporsi a tali sofferenze quelle legate a pratiche inaccettabili.

Tra l'altro, il miglioramento continuo delle pratiche di salute mentale, se di scienza volessimo parlare, non può ignorare le molteplici evidenze sugli effetti nocivi e antiterapeutici delle pratiche di contenzione.

La gente è stanca, sfinita, arrabbiata e pertanto non accetta più *la gradualità del superamento*. Cresce sempre più la consapevolezza dei propri diritti e della possibilità che si può fare senza e, se si può, si *deve* fare senza. Queste affermazioni non sono astratte quando sostenute da pratiche e organizzazioni efficaci e possibili.

Nelle realtà dove le pratiche psichiatriche assistenziali sono state caratterizzate dalla condanna della contenzione in tutte le sue forme, si è assistito ad un allargamento della questione ad altri ambiti di cura come ad esempio quello rivolto alle persone anziane in condizioni di fragilità e di istituzionalizzazione.

Viene ancora da chiedersi, alla fine di queste riflessioni, se già fornire raccomandazioni possa equivalere a legittimare, sia pur minimamente,

se un reato possa essere autorizzato, sia pur di rado,

se un professionista della salute possa avvallare una pratica inefficace e nociva,

se possa accettare di essere un sorvegliante, un secondino, un controllore sociale, se sia davvero questo il suo ruolo,

se possa coprire, *subire* e compensare vuoti di risorse umane e limiti organizzativi, pur sapendo che si può fare diversamente e meglio.

E se sa che si può, che è possibile, può accettare ancora "raccomandazioni" per "prevenire" con "gradualità" le cattive pratiche?

Logica vorrebbe che, *anche in salute mentale*, se si può, si deve.

Non è più tempo di aspettare.

[1] Nella fase 2 del Progetto Progres Acuti si è proceduto alla valutazione delle persone ricoverate, accolte, dimesse e con permanenza protratte (> 60 gg.) e delle strutture di ricovero campionate (30% dei SPDC, le CPU, i CSM 24 ore, i Centri crisi, le case di cura convenzionate e non). Le persone dimesse venivano intervistate dagli/le Assistenti di ricerca, il questionario conteneva alcune domande relative alla contenzione fisica in senso alto (camerini, cinghie, ecc.).

Se si può, si deve.

28 settembre 2010

di Livia Bicego

L'articolo [“Non più legare. Si può. Ne discutiamo?”](#) pubblicato qualche giorno fa sul sito del Forum da Giovanna Del Giudice sul tema del “legare”, impone un'analisi approfondita del documento **“Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”** emanato lo scorso luglio dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Un primo aspetto critico è l'enfasi posta sulla “prevenzione”, termine che permea l'intero testo e che non a caso è già presente nel titolo. La condanna delle pratiche del legare non è chiara come dovrebbe.

Emerge qua e là il concetto di inevitabilità, sia pur in poche ed identificabili situazioni. La contenzione, in tutte le sue forme, è un approccio da condannare in modo inequivocabile in quanto privazione e lesione di diritti, atto antiterapeutico e anticura, fonte di complicanze e nocività, spesso terribile anteprima di esiti infausti. Non va prevenuta, ma evitata e basta.

Che la contenzione poi sia una questione sottovalutata e non indagata, in psichiatria come in geriatria, senza letture di carattere epidemiologico, ma culturale e organizzativo, è fatto indubbio. Non dobbiamo pensare di “porre limitazioni alla contenzione” o “introdurre criteri razionali nella sua gestione” semplicemente perché non esistono criteri razionali che la giustificano... se non relazionali (e non si tratta di un errore di stampa).

La pratica della contenzione non solo avvalle e sostiene il pregiudizio della pericolosità, ma la determina in quanto fonte e ragione di assoluto risentimento, rabbia, aggressività, negatività, sfiducia nelle cosiddette cure e in chi le eroga.

Le Regioni e le Province Autonome avrebbero dovuto interrogarsi sulle culture e relative modalità operative con cui, in alcune realtà, si riesce a rinunciare e condannare da anni la contenzione in tutte le sue forme (meccanica, farmacologica ed ambientale).

Sulla scorta di queste risposte concrete di negazione delle pratiche del legare avrebbero dovuto chiaramente esprimersi con un: “se si può, si deve!”.

Al silenzio assordante che regna, alla critica assente verso le pratiche di contenzione, è giusto e doveroso contribuire con esami e valutazioni utili a definire una strategia di affrontamento. Alle Regioni e alle Province Autonome di questo va dato atto, ma non si può invocare una strategia di prevenzione; si può solo promuovere la condanna totale, la dissociazione e il fermo invito al contrasto.

La questione non è fornire raccomandazioni, ma strumenti di lotta alla cattive pratiche della contenzione. È necessario dotarsi di strumenti fondati su criteri organizzativi ed operativi di provata efficacia, nonché su approcci culturali e professionali nuovi, mirati al cambiamento ed al miglioramento dei processi di cura e di accoglienza delle persone.

Bisogna costruire percorsi di attenta lettura del disagio, espresso e inespresso, che può e deve essere (questo sì!) prevenuto e contenuto, facendo propria una cultura di ascolto focalizzata sui bisogni e sull'attuazione concreta delle relative risposte.

Dopo questa breve premessa, tento l'analisi di alcuni passaggi che mi hanno particolarmente colpita.

La contenzione non è un intervento di urgenza: se così fosse, sarebbero assolutamente assenti le contenzioni protratte. Un'evidenza di un tanto ci viene fornita dalla ricerca PROGRESS che ci rappresenta come, nel periodo indice considerato^[1] risultano essere state contenute 113 persone (7%) su 1.507 dimesse, quasi 1/3 di queste erano persone con una permanenza protratta nella struttura di ricovero superiore ai 2 mesi. È un dato che smentisce la tesi da più parti fortemente sostenuta: si legano le persone prevalentemente per interventi d'urgenza.

Allo stesso modo risulta altamente criticabile l'attribuzione di difficoltà relazionali a persone portatrici di specifiche patologie psichiatriche. Sarebbe come attribuire responsabilità di *iperglicemia* a persone portatrici di diabete *scompensato*. Senza per altro trascurare il fatto che i conflitti spesso sono un sintomo o la conseguenza non solo della patologia, ma soprattutto della qualità dell'accoglienza e delle cure ricevute!

Altro passaggio. E' verosimile che la psichiatria (e volutamente non parlo di salute mentale!) sia spesso un contenitore aspecifico di diverse situazioni, ma ancor'oggi non ci è possibile immaginare un fare salute mentale senza prima accogliere e poi, eventualmente, indirizzare.

È importante sapere che la Regione Toscana proibisce il ricorso alla contenzione meccanica e norma e stabilisce tra le sue attività, quella di un'attenta azione di farmacovigilanza attraverso il monitoraggio delle prescrizioni farmacologiche. Sulla strada della chiarezza la segue in modo abbastanza netto la Regione Piemonte, ma per il resto prevale il compromesso, la mediazione o, peggio, il silenzio.

Verrebbe da chiedersi: di fronte a quale altra questione fonte di malattia, tragiche complicanze e negazione di diritti fondamentali, i diversi assessorati alla salute si sarebbero comportati così?

Non sarà che i cittadini/persone destinatari di pratiche di contenzione sono spesso "fragili" sotto molteplici aspetti, incluso quello di costituire un bacino elettorale insignificante e quindi di scarso rilievo agli occhi dei politici/amministratori?

L'effetto della contenzione è devastante a qualsiasi età. Ma amministratori, politici, professionisti e tecnici si sono mai interrogati sulle conseguenze quando all'età viene sommata la compromissione della prospettiva del proprio futuro, della crescita, dell'evoluzione verso una visione solida del proprio destino? Mi riferisco alle contenzioni subite da giovani donne e giovani uomini, spesso ragazzini e ragazzine.

La contenzione conferma e determina il pregiudizio dell'incurabilità e dell'inguaribilità che, proprio nella fase dell'età evolutiva e verso genitori, sorelle, fratelli... si impone e si imprime con tutto il peso dello stigma indelebile di sfiducia e visione negativa verso il futuro.

La contenzione rende impossibile qualunque cura poiché è incompatibile con un percorso terapeutico declinato sulle caratteristiche del soggetto, sui suoi bisogni, desideri, attitudini e competenze, tanto più se durante la fase di crescita e di sviluppo.

Non possiamo più parlare di gradualità del superamento della pratica di contenzione dopo quasi 40 anni dall'inizio del processo di deistituzionalizzazione. Questo è davvero ridicolo se non fosse offensivo verso le tante persone che soffrono per problemi di salute mentale e che vedono, quotidianamente, sovrapporsi a tali sofferenze quelle legate a pratiche inaccettabili.

Tra l'altro, il miglioramento continuo delle pratiche di salute mentale, se di scienza volessimo parlare, non può ignorare le molteplici evidenze sugli effetti nocivi e antiterapeutici delle pratiche di contenzione.

La gente è stanca, sfinita, arrabbiata e pertanto non accetta più *la gradualità del superamento*. Cresce sempre più la consapevolezza dei propri diritti e della possibilità che si può fare senza e, se si può, si *deve* fare senza. Queste affermazioni non sono astratte quando sostenute da pratiche e organizzazioni efficaci e possibili.

Nelle realtà dove le pratiche psichiatriche assistenziali sono state caratterizzate dalla condanna della contenzione in tutte le sue forme, si è assistito ad un allargamento della questione ad altri ambiti di cura come ad esempio quello rivolto alle persone anziane in condizioni di fragilità e di istituzionalizzazione.

Viene ancora da chiedersi, alla fine di queste riflessioni, se già fornire raccomandazioni possa equivalere a legittimare, sia pur minimamente,

se un reato possa essere autorizzato, sia pur di rado,

se un professionista della salute possa avvallare una pratica inefficace e nociva,

se possa accettare di essere un sorvegliante, un secondino, un controllore sociale, se sia davvero questo il suo ruolo,

se possa coprire, *subire* e compensare vuoti di risorse umane e limiti organizzativi, pur sapendo che si può fare diversamente e meglio.

E se sa che si può, che è possibile, può accettare ancora “raccomandazioni” per “prevenire” con “gradualità” le cattive pratiche?

Logica vorrebbe che, *anche in salute mentale*, se si può, si deve.

Non è più tempo di aspettare.

[1] Nella fase 2 del Progetto Progres Acuti si è proceduto alla valutazione delle persone ricoverate, accolte, dimesse e con permanenza protratte (> 60 gg.) e delle strutture di ricovero campionate (30% dei SPDC, le CPU, i CSM 24 ore, i Centri crisi, le case di cura convenzionate e non). Le persone dimesse venivano intervistate dagli/le Assistenti di ricerca, il questionario conteneva alcune domande relative alla contenzione fisica in senso alto (camerini, cinghie, ecc.).