

Mario Novello

**IL RISOLVIBILE NODO DELLA
CONTENZIONE FISICA NELLE
PRATICHE DEI SERVIZI DI SALUTE
MENTALE**

Estratto



Milano • Giuffrè Editore

IL RISOLVIBILE NODO DELLA CONTENZIONE FISICA NELLE PRATICHE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

THE RESOLVABLE ISSUE OF PHYSICAL RESTRAINT IN MHS PRACTICE

Mario Novello *

Parole chiave: salute mentale; psichiatria; contenzione fisica.

Key words: mental health; psychiatry; physical restraint.

SOMMARIO:

1. Due domande preliminari; 2. La forza dei numeri e del numero 'zero'; 3. Come fare? Una storia di periferia; 4. Il problema della contenzione in altri contesti sanitari e assistenziali; 5. Un nuovo problema; 6. Alcune considerazioni.

1. Due domande preliminari.

La contenzione fisica può avere una valenza terapeutica ovvero un valore "positivo" come strumento di cura?

Sì, secondo alcuni, per quanto possa sembrare almeno un po' paradossale. In un reparto psichiatrico con funzioni giudiziarie per persone che avevano commesso lievi reati, in un civilissimo ed evoluto paese del Nord Europa, alcuni anni fa sono stato testimone diretto dell'applicazione di una forma di contenzione con una specie di breve guinzaglio fissato a un lettino per visita medica di buona fattura, in una situazione per tutti imbarazzante. Tale forma di contenzione veniva prescritta a orario per alcune ore al

* Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 « Medio Friuli » – Udine dal 1995 al 2012, ha partecipato al lavoro di chiusura/superamento dell'O.P.P. di Trieste e alla fondazione di nuovi Servizi territoriali con il prof. Franco Basaglia e con il dott. Franco Rotelli dal 1972 al 1995. Componente dell'Osservatorio Tutela Salute Mentale del Min. San. dal 1998 al 2001, ha collaborato alla stesura del Il P.O. 1998-2000 e ha predisposto un documento per il superamento degli O.P.G. nel 1998. Consulente della ARS-FVG fino alla soppressione. Ha rappresentato la Regione FVG per il superamento O.P.G. Svolge attività psichiatrico-forense dal 1979.

giorno come se si trattasse di un provvedimento terapeutico o rieducativo, sostenuto da considerazioni psicodinamiche ¹⁾.

Una “prescrizione” analoga è stata autorevolmente testimoniata da un collega in visita presso un S.O.P.D.C. di una grande città del nord Italia in tempi relativamente recenti ²⁾.

Se non altro per la dominanza delle psichiatrie incentrate sugli psicofarmaci, questa pratica di contenzione con presunti intenti terapeutici in base a considerazioni psicodinamiche sembra essere in disuso e comunque, in riferimento al contesto specifico di questa raccolta di scritti, dovrebbe rientrare nell’ambito del consenso informato, presumibilmente all’interno di una relazione terapeutica.

La contenzione è l’ineluttabile male minore?

Domanda che ne apre altre: se non può avere una valenza “positiva” ed effettivamente non può, la contenzione fisica costituisce una pratica spiacevole ma inevitabile che si rende necessaria a causa dei comportamenti di certi pazienti, agitati e/o considerati potenzialmente pericolosi, assumendo quindi la valenza “negativa” di ineluttabile male minore?

È pertanto la contenzione fisica determinata dalle caratteristiche specifiche di certe persone e dei loro disturbi mentali ovvero – opacamente – dalla “malattia” e dalla sua imperscrutabile oscurità?

Stando così le cose, è considerata una pratica “normale” e, legittimata, può venire applicata in modo automatico se non altro perché è comoda ed evita la fatica della relazione interpersonale in una situazione di difficoltà della persona, come indicherebbe l’uso più frequente nelle ore notturne ³⁾?

Si innesca un circolo vizioso in cui la persona che arriva al Servizio si difende preliminarmente da un Servizio “distante” e intrinsecamente aggressivo e vi resiste, fornendo una giustificazione alla sua applicazione e confermandone la ineluttabile necessità.

Più o meno sottilmente, la contenzione fisica diventa – implicitamente o esplicitamente – uno strumento disciplinare per chiarire chi comanda, chi detta le regole che devono essere rispettate, chi ha il potere?

2. La forza dei numeri e del numero ‘zero’.

Volendo evitare considerazioni di carattere culturale per non rischiare di trovarsi

1) Da notare che in estate il reparto veniva chiuso e tutti, pazienti e personale, andavano in vacanza insieme in camper per un mese in Finlandia. Però, nella stessa città, un reparto ospedaliero per acuti era costituito da una serie di piccole stanze, con due pareti in cristallo trasparente e senza porta, quasi *open space* controllabile a vista da una sola persona, e nel mezzo di ciascuna si trovava un lettino simile a quello delle sale chirurgiche, con cinghie per l’immobilizzazione di ogni arto e del corpo. Semplicemente terrorizzante già alla vista.

2) Mentre stava parlando, un infermiere ha chiamato il paziente dicendogli « sono le ore 15, venga... ».

3) Per una consuetudine manicomiale poteva accadere che l’infermiere in turno telefonasse al medico reperibile in piena notte dicendogli « se mi autorizza la contenzione, non occorre che venga », nei primi anni della mia direzione del D.S.M. di Udine, fine anni ‘90.

impantanati in dispute che rischierebbero di rievocare i termini ‘ideologia’⁴⁾ e ‘utopia’⁵⁾, termini comunque tuttora vivi e interessanti, come se si trattasse di schieramenti contrapposti, un approccio al problema può essere concretamente empirico.

“...La ricerca Progres-acuti in Italia ha mostrato che il 70% circa di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura erano nel 2002 implicati nell’uso di mezzi di contenzione meccanica...”(quindi che il 30% non lo era)⁶⁾.

Una indagine svolta dalla D.G.S. in Lombardia ha rilevato che nei S.O.P.D.C. nel triennio 2009-2011 sono state attuate 5829 contenzioni fisiche⁷⁾

Nello stesso triennio nei S.O.P.D.C. del Friuli Venezia Giulia e in ogni altra struttura dei D.S.M., sono state attuate *zero* contenzioni, a parte un caso particolare di una persona che lo pretendeva⁸⁾. In altre regioni è già in atto una campagna di riduzione, si è formato una sorta di club dei S.O.P.D.C. che hanno le porte aperte e non praticano la contenzione. Il prof. Eugenio Borgna ha più volte testimoniato che a Novara era stata abolita la contenzione già nella sezione femminile dell’Ospedale Psichiatrico. Si potrebbe andare a ritroso nel tempo per ripercorrere le esperienze e le dottrine *no restraints*.

Dal momento che non è sostenibile che tale abissale differenza dipenda dalle caratteristiche particolari delle persone, si dovrebbe ragionevolmente concludere che determinanti le pratiche di contenzione fisica sono variabili culturali, organizzative e istituzionali.

Ne dovrebbe discendere che, avendo la contenzione fisica una valenza “negativa” sotto diverse prospettive, se in qualche sistema organizzativo con caratteristiche diverse può venire evitata, non può più essere considerata un male minore necessario, ineluttabile e non evitabile.

Dovrebbe quindi attivarsi un processo di puntuale comprensione delle variabili che la rendono evitabile e definirsi un preciso piano attuativo per il suo superamento tendenzialmente fino al suo azzeramento.

3. Come fare? Una storia di periferia.

Il problema diventa quindi *come fare* per superare la contenzione in un accettabile periodo di tempo, evidenziandosi che la durata del tempo diventa sempre più breve e

4) F. ROSSI LANDI, *Semiotica e Ideologia*, Bompiani, Milano, 2011.

5) F. BASAGLIA, *L’utopia della realtà*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2005.

6) R. MEZZINA, *Trattenere o liberare. Fenomenica della contenzione e pratiche di emancipazione*, in AA.VV., *I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura. L’utopia della cura in ospedale*, Edizioni Co.Pro.S, Caltagirone, 2007, pp. 30-36.

7) Più esattamente 2054 nel 2009, 1899 nel 2010, 1876 nel 2011, per lo più nelle ore notturne, con durata da meno di 6 ore a più di 24 ore. I dati, relativi a un’indagine svolta nel corso della Campagna Salute Mentale (C.S.M.) nei D.S.M. della Lombardia, sono tratti dal sito www.news-forumsalutementale.it.

8) Si tratta di una persona con gravissima patologia che ha sviluppato una relazione per certi aspetti perversa con i Servizi, non senza qualche tratto di iatrogenicità, ma sta mutando anche il suo atteggiamento che, allo stato attuale, mette in difficoltà gli operatori che hanno abbandonato la pratica della contenzione.

meno accettabile fino a chiudersi bruscamente man mano che si verifica nell'operatività quotidiana che è una pratica che può essere evitata e che pertanto perde legittimità ma anche giustificazione e senso all'interno di una relazione/dimensione terapeutica (oltre che giuridicamente rilevante). Maturando una diversa attitudine, sensibilità e capacità relazionale e terapeutica, la contenzione esce dal panorama degli strumenti di intervento prima di tutto nella rappresentazione mentale degli operatori e non viene più richiesta né sollecitata. Anzi, può suscitare un certo imbarazzo sentirne parlare come di una pratica che veniva attuata nel proprio contesto lavorativo.

Nella mia esperienza di direzione del D.S.M. di Udine, che ha richiesto anche il superamento di quanto rimaneva dell'Ospedale Psichiatrico con 400 persone in un contesto culturale-organizzativo con forte caratterizzazione manicomiale, l'eliminazione totale della contenzione è stata possibile nel giro di qualche anno, non senza difficoltà né senza strappi o resistenze e con un paio di passaggi drammatizzati e conflittuali, ma con una finale e conclusiva efficacia, giungendo anche all'apertura delle porte in S.O.P.D.C., purtroppo non costante.

Premesso che nella Regione F.V.G. il Dipartimento di S.M. è strutturale e attribuisce al direttore grandi responsabilità di indirizzo e di *governance*, comunque nel rispetto dell'autonomia e delle responsabilità dei direttori di S.O.C., sono stati effettuati alcuni passaggi che, in quel contesto particolare, sembravano rilevanti ⁹⁾.

Innanzitutto è stato individuato come obiettivo del D.S.M. il superamento della contenzione sia nella forma residuale nell'ex O.P. sia nei due S.O.P.D.C. ed è stato collegato al sistema premiante delle incentivazioni.

L'attivazione di un sistema di monitoraggio degli episodi di contenzione con raccolta

9) Nella Regione F.V.G. il D.S.M. è struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria, la unità operativa portante è il Centro di S.M. H24 che dispone di 8 letti per l'accoglienza di persone in crisi e/o in difficoltà, il S.O.P.C. è inserito strutturalmente nell'ospedale ma fa parte del D.S.M. e viene posta grande attenzione al problema della continuità terapeutica e all'integrazione funzionale e culturale tra il C.S.M. e il S.O.P.D.C., evitando fratture e discontinuità tra il momento territoriale e il momento ospedaliero. L'integrazione funzionale tra C.S.M. H24 e S.O.P.D.C. alleggerisce fortemente il carico sul S.O.P.D.C. che ha un ruolo ridimensionato, anche se è essenziale cerniera con l'ospedale, nel lavoro per la salute mentale che è quasi esclusivamente territoriale e soprattutto è orientato culturalmente al territorio.

Una rete di residenze e molteplici attività socio-riabilitative sono nella disponibilità/responsabilità del C.S.M. che ha sviluppato una rilevante integrazione con i Servizi Sociali (l.r. 6/2006), sviluppando progressivamente la pratica e la concettualizzazione del progetto personalizzato di salute. In F.V.G. vi è il tasso più basso di T.S.O. e di invii in O.P.G. con una rilevante attività di reinserimento e/o filtro.

Il D.S.M. di Udine, struttura operativa dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli", ha un bacino di utenza di circa 350.000 abitanti coincidente con quello aziendale (62 i Comuni), si articola in 6 C.S.M. (3 H24), 1 S.O.P.D.C. di Area Vasta (per oltre 500.000 abitanti) e una rete di residenze, interagisce con 5 Distretti Sanitari e 5 Servizi Sociali. Nel 1995 era ancora attivo l'Ospedale Psichiatrico con 400 persone ricoverate e vi erano 2 S.O.P.D.C..

La chiusura di un S.O.P.D.C. e l'inserimento del gruppo di lavoro nel nuovo C.S.M. H24 con proiezione territoriale ha fatto cessare le contenzioni che fino a quel momento vi venivano attuate (2005).

Il personale comprende circa 200 persone, più di 30 psichiatri, 3 psicologhe e una sociologa, 100 infermieri professionali, 7 educatori professionali, circa 50 O.S.S. e altri. Quindi un gruppo di lavoro molto complesso ed eterogeneo, formato da persone di diverse generazioni e di diversi orientamenti culturali e professionali, non necessariamente e/o obbligatoriamente in sintonia con le linee di indirizzo della Direzione.

di informazioni sulle circostanze e i modi di attuazione con lo scopo di permetterne un'analisi accurata, ha ridotto il numero delle contenzioni ma non le ha eliminate.

All'interno delle attività formative sul superamento delle pratiche manicomiali, sono stati attuati momenti formativi specifici su alcuni temi e in particolare su:

- il cambiamento del quadro dei diritti e del rapporto cittadini/servizi dopo la l.180/78 e nel quadro della Costituzione, anche in riferimento ad alcune sentenze della Corte Costituzionale;

- il cambiamento delle culture e delle psichiatrie nel processo di superamento del manicomio e nella costruzione di servizi di salute mentale ovvero nella ridefinizione del mandato di promuovere la salute mentale dei singoli, delle famiglie, delle comunità;

- la continuità della relazione terapeutica tra territorio e S.O.P.D.C. e l'integrazione funzionale delle diverse strutture del D.S.M. sollecitando dialogo e scambio tra operatori/operatrici con costruttivo confronto tra le diverse visioni e prospettive determinate o condizionate dall'appartenenza istituzionale. Spesso chi lavora in un contesto ospedaliero può avere difficoltà a relazionarsi con il mondo del "fuori" e facilmente, ma non obbligatoriamente, può essere condizionato da visioni ospedale-centriche, caratterizzate da scarso contatto con la realtà della vita e della sofferenza delle persone e delle comunità, e dalla preponderanza della regola istituzionale, strutturando una sorta di identificazione-identità di tipo istituzionale;

- la questione delle diverse rappresentazioni del paziente psichiatrico, l'analisi critica dello stigma della pericolosità e dell'incomprensibilità-imprevedibilità, la comprensione del rapporto tra il sentire e le reazioni del paziente e i diversi contesti di cura nonché delle diverse modalità di contatto con i diversi servizi;

- la determinante e qualificante importanza delle modalità di accoglienza in un servizio che sia comprensivo, aperto, flessibile, trasparente nelle modalità di funzionamento e nelle finalità terapeutiche, estraneo alla violenza e capace di dialettica nella relazione difficile, e che abbia caratteristiche strutturali e di habitat dignitose, non oppressive né opprimenti, ovvero un servizio accogliente e capace di trasmettere fiducia e rispetto della persona anche nelle situazioni più complesse e contraddittorie, tutt'altro che rare;

- la questione della dialettica istituzionalizzazione/deistituzionalizzazione dei servizi e degli operatori/operatrici nei diversi contesti organizzativo-istituzionali, e del rapporto tra organizzazione, rappresentazione della realtà e pratiche;

- la questione dello sbilanciamento verso una eccessiva medicalizzazione/astrazione della sofferenza e degli "sguardi" che possono discenderne e tradursi in una posizione anche soggettiva di oggettivizzazione e distanza di fronte a chi soffre;

- la questione del rapporto tra saperi e poteri all'interno di un quadro normativo, culturale e sociale in grande cambiamento, della introiezione di visioni/concezioni residuali dell'istituzione manicomiale e della contaminazione dei saperi attuali;

- la violenza dei singoli e delle istituzioni ma anche il gioco dei rinforzi reciproci delle paure dei pazienti e degli operatori che può tradursi nella sopraffazione della persona istituzionalmente più debole e/o in un avviticciamento in una spirale di violenza che apparentemente sembra giustificare la contenzione;
- il passaggio dalla concezione della pratica per prestazioni isolate centrate sul sintomo alla concezione del progetto di salute della persona nella comunità, contesto della vita reale;
- la relazione tra la concezione c.d. biopsicosociale dei disturbi mentali e la soggettività all'interno di una visione fenomenologica;
- la questione della evoluzione del mandato dei Servizi nella prospettiva della promozione della salute mentale e il rapporto Servizi/cittadini/associazioni e *stakeholders*;
- le modalità ottimali di funzionamento e di relazioni reciproche all'interno dei singoli gruppi di lavoro in rapporto ai ruoli, alle professionalità e ai carichi di lavoro nelle 24 ore, e all'interno dei diversi gruppi di lavoro, il clima relazionale e affettivo nel gruppo e nel servizio, il ruolo delle leadership e la chiarezza delle linee di indirizzo e della comunicazione e quanto altro ¹⁰;
- altro ancora all'interno dei Piani della Formazione del D.S.M. nell'arco di alcuni anni evidenziando che il problema della contenzione si colloca all'interno di una complessiva dinamica evolutiva dei Servizi e che il suo superamento è anche, ma non solo, condizionato dalla forma organizzativa e dal suo funzionamento e *governance*.

Parallelamente alle azioni orientate a promuovere processi di crescita e di consapevolezza nei Servizi, sono stati affrontati anche altri problemi:

- la tacita attribuzione ai Servizi di S.M. del ruolo di controllo e gestione di una fascia di devianza psico-sociale in odore di pericolosità come se si trattasse di un problema eminentemente sanitario. Si creava una situazione confusa e impropria che da un lato esponeva gli operatori/operatrici a rischi impropri costringendoli a caricarsi di una funzione che non competeva loro, in una condizione di percepita solitudine istituzionale, e dall'altro lato alimentava una netta deresponsabilizzazione rispetto ai propri comportamenti violenti da parte di una specifica e limitata fascia di utenza di tipo antisociale, mai chiamata a risponderne in nome di una presunta incapacità/irresponsabilità. Si creavano circoli viziosi che fornivano alibi e giustificazioni alla pratica della contenzione in senso più generale e alimentavano confusione e disorientamento negli operatori/operatrici rispetto al proprio ruolo e mandato i quali sentivano di potere/dovere ricorrere alla contenzione anche come autodifesa all'interno di una istituzione che li lasciava soli ed

10) Fattori che aumentano il rischio di violenza imminente secondo il Royal College of Psychiatrist: "...sovraffollamento, mancanza di privacy, carenza di attività, lunghe attese per incontrare lo staff, scarsa comunicazione tra staff e pazienti, leadership clinica debole...", National Collaborating Center for Mental Health, "Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica", Ed. Pensiero Scientifico, 2004, p. 64. Da aggiungere anche la scarsa comunicazione all'interno dello staff.

esposti (tralasciando le eventuali contenzioni opportunistiche che, oltre alla stigmatizzazione e al divieto non meritano riflessioni per la loro palese illiceità);

– la delicata questione della incapacità di intendere e di volere presunta pregiudizialmente nel paziente psichiatrico e declinata nella quotidianità delle relazioni e delle interazioni istituzionali a fronte della dimostrata capacità di assunzione di responsabilità nella realtà e nella vita di tutti i giorni. Questione molto complessa che non può venire elaborata in questo breve scritto, ma che rimanda al tema dell'assunzione dei doveri parallelamente all'accesso ai diritti anche sul piano giuridico, al tema dell'*empowerment* e dell'emancipazione a fronte delle difficoltà che i Servizi possono incontrare a tale proposito e così via, rimandando comunque a tutte le aree tematiche sopra richiamate.

Tuttavia, nonostante che tutte le iniziative attivate dalla Direzione del D.S.M. avessero mutato la sensibilità e l'attenzione nei confronti della contenzione, nonostante i puntuali richiami che provenivano anche dal Forum Salute Mentale, la pratica della contenzione si era ridotta ma non era stata superata. Un gruppo di lavoro la aveva perfino rivendicata come uno strumento di lavoro e di difesa con una risentita lettera alla stampa, lo stesso gruppo che poi, confluito nel C.S.M. H24, la aveva dismessa rapidamente risultando completamente inadeguata e fuori contesto.

Nel 2006 era accaduto un gravissimo episodio con un ragazzo molto giovane su cui erano confluite varie contraddizioni del sistema e che si era concluso con una contenzione (dopo somministrazione impropria di midazolam e un atto di comprensibile ribellione successivo al quasi immediato risveglio in subconfusione), presenti i familiari fuori della porta. La contenzione era stata protratta nel fine settimana, con impedimento ai familiari di visitarlo, con conseguente disidratazione.

Il lunedì mattina il suo psichiatra curante, indignato, lo aveva “liberato” e portato al C.S.M. senza problema alcuno, evidenziando in vivo l'incongruenza della contenzione. Per iniziativa dei familiari, sostenuti dal Forum Salute Mentale regionale, era stata sollevata la questione che era giunta ai più alti vertici della Regione permettendo – attraverso i passaggi istituzionali e gerarchici – di chiudere la questione della contenzione dopo l'episodio drammatico che aveva messo in luce tante contraddizioni, tanti rischi e una sostanziale malpratica. Per un periodo la contenzione era stata ripetuta nei confronti di quell'unica persona che la induceva violentemente, citata precedentemente, a favore della quale erano anche stati attivati progetti di supporto personalizzato molto impegnativi, e poi non è più stata messa in atto dopo il suo trasferimento in un'altra città della regione in cui, comunque, si è limitato e quasi esaurito tale accadimento con diversi approcci terapeutici.

Da allora nessuno la ha più richiesta né ne ha sentito l'esigenza perché il gruppo di lavoro ha imparato un modo diverso di accogliere e di stare accanto alla persona in difficoltà, ne è orgoglioso e ne ha fatto un nucleo di identità positiva personale e di gruppo

con aumento dell'autostima e della motivazione e ha preso le distanze dalla pratica della contenzione all'interno di una rinnovata e più complessa professionalità acquisita.

Da allora nel D.S.M. non è stata più messa in atto la contenzione fisica.

Con percorsi e tempi diversi è accaduto in tutti i Dipartimenti di S.M. della Regione.

4. Il problema della contenzione in altri contesti sanitari e assistenziali.

È stata sollevata e discussa criticamente la questione della contenzione fisica anche nei reparti ospedalieri, soprattutto da parte delle professioni infermieristiche, nelle R.S.A. e nelle case di riposo, senza che tuttavia sia stata superata.

All'opposto, nell'area medica un professionista ha giustificato formalmente la contenzione delle persone anziane a domicilio su prescrizione dell'infermiere in nome della maggiore autonomia acquisita con l'aumento della professionalità.

È necessario precisare che nei S.S.M. del F.V.G. la contenzione è stata superata perché complessivamente sono state superate le culture e le pratiche che la sottendevano e perché è stato acquisito un assetto culturale-organizzativo in cui non trova più posto né ne viene sentita la necessità perché è stata maturata una nuova e diversa professionalità.

In alcun caso è stato demandato ad altri soggetti istituzionali di attuarla in nome e per conto dei S.S.M. così che si tratta di un cambiamento reale, concreto e diffuso e non al contrario, come pensa qualcuno, di un trucco di immagine a sostegno di un'ideologia precostituita.

Chiunque lo può verificare in qualsiasi momento.

La contenzione è uscita dal panorama mentale e dal repertorio degli interventi per tutti gli operatori e le operatrici dei S.S.M. del F.V.G. e nessuno sembra averne nostalgia e/o ritenere che vi sia stata una perdita di capacità e di efficacia professionali.

Non sono accaduti fatti problematici o incresciosi perché non è stata attuata la contenzione.

Tuttavia, come è stato sopra ricordato, la contenzione non è stata eliminata in contesti medici e/o assistenziali esterni ai S.S.M., anche se continui sono i richiami anche da parte di alcuni settori della professione medica e infermieristica, con evidenziazione dei danni e delle complicità anche sul piano medico e neuropsichico in particolare con le persone anziane, con gravi rischi per la salute e la vita.

5. Un nuovo problema.

Un altro problema che si è configurato, anche se non è ancora stato sufficientemente messo in luce pur avendo trovato spazio in contesti peritali all'interno di procedimenti penali e in qualche momento formativo e/o disciplinare, è rappresentato dall'uso – non

frequente – da parte del personale del “118” e/o del Pronto Soccorso di farmaci per uso anestesiológico (midazolam, propofol) per provocare una sedazione molto rapida e di brevissima durata in alcune situazioni critiche. Tale uso è criticabile per diversi motivi.

Innanzitutto per un principio generale che pone in dubbio l’uso non appropriato di farmaci molto potenti per finalità diverse dalle indicazioni ammesse.

Secondariamente per motivi pratici da un lato perché il risveglio, dopo la brevissima sospensione della coscienza, avviene con una certa amnesia della situazione precedente con confusione e disorientamento così che la persona può non capire in quale situazione si trova, vede persone attorno a lei che può percepire come minacciose e quindi può reagire aggressivamente pensando di doversi difendere in una situazione percepita come minacciosa, giustificando e avvalorando l’uso della contenzione, successiva quindi a una sedazione impropria che ha resa più difficile la situazione, aggiungendo una complicazione iatrogena.

Inoltre, in certe persone che possono esperire livelli intensissimi di angoscia al limite della sopportazione, possono crearsi situazioni di dipendenza in parte farmacologica (il midazolam è una benzodiazepina e può provocare quindi assuefazione e dipendenza) e in parte psicologica per la brevissima interruzione della coscienza e quindi della sofferenza, instaurando una perversione nella relazione della persona con i Servizi così che si possono innescare comportamenti più o meno inconsapevolmente orientati a provocare una successione di eventi che si concludano con una contenzione percepita da tutti gli attori come inevitabile e ineluttabile.

6. Alcune considerazioni.

Per concludere sembra possibile mettere in evidenza le seguenti considerazioni.

La contenzione nelle pratiche dei Servizi di S.M. non è richiesta dalle caratteristiche e dalle condizioni intrinseche delle persone che la subiscono né da specifici quadri morbosi né da particolari modalità di declinazione della “malattia” ma – al contrario – viene praticata in specifici contesti organizzativi e funzionali che la ammettono e la riconoscono come risposta tecnico-pratica in circostanze considerate come rischiose e/o come prevenzione di possibili rischi o pericoli oppure ancora come risposta che facilita e semplifica l’organizzazione e l’espletamento del lavoro (cittadino come oggetto istituzionale privo di diritti e di soggettività).

Il focus dell’attenzione non può quindi essere posto sulla persona e/o sulla malattia ma sul contesto organizzativo e sulle sue culture e richiede pertanto un’accurata indagine e una precisa comprensione delle variabili che sono modificabili e che quindi possono ragionevolmente e concretamente essere superate.

È considerata ampia l’evidenza che la contenzione *non è un ineluttabile male minore* ma

può essere positivamente evitata ed eliminata in modo totale nella pratica dei servizi di S.M. e in altri contesti.

Se la contenzione non può essere considerata un ineluttabile male minore, sembra essere ineluttabile la rielaborazione della discussione sui fondamenti giuridici e sulla legittimità della sua pratica.

Dovendosi considerare che il superamento della pratica della contenzione implica profonde rielaborazioni nei Servizi di S.M., non può non essere prevista una fase di passaggio da un regime con contenzione a un regime senza contenzione.

Tuttavia tempi e modi devono essere definiti in modo molto preciso e rigoroso e le Regioni dovrebbero predisporre piani annuali con cogenti linee di indirizzo e tempistiche di azioni perfettamente programmate con scadenze molto ravvicinate e mettere in atto tutte le iniziative utili e idonee affinché i D.S.M. giungano a eliminare la contenzione dalle pratiche dei Servizi di S.M. in tempi certi e brevi.

I ritardi, sempre e comunque limitati e non ripetibili, dovrebbero comunque essere motivati con argomentazioni fondate e sostenibili partendo dal presupposto che se la contenzione non è pratica ineluttabile, il diritto dei cittadini a ricevere risposte adeguate diverse dalla contenzione non può essere facoltativo né dipendere dalle differenti temeperie culturali-organizzative dei diversi servizi e delle diverse aree geografiche. Eventuali deroghe, limitate nel tempo, dovrebbero iscriversi in un contesto in cui è venuta meno la legittimazione della contenzione come male ineluttabile e inevitabile e dovrebbero avere ben presenti le tensioni e i conflitti che ne deriverebbero sia sul piano della responsabilità professionale che delle richieste di risarcimenti.

I sistemi istituzionali complessi possono avere difficoltà nell'autoriformarsi e pertanto può essere necessaria la pressione di istanze esterne di tipo normativo/giuridico e politico ed inoltre di movimenti di opinione, associazioni di *stakeholders* e di cittadini, e ancora – nello specifico – il Forum Salute Mentale. Comunque è necessaria una decisa *governance* di tali istanze da parte delle A.S.L. e di ogni singolo D.S.M. sul delicato fronte di intersezione tra servizi e cittadini.

Parallelamente alla contenzione fisica, attenzione dovrebbe essere posta ad altre forme di contenzione, quelle più tradizionali e quelle più nuove di tipo farmacologico e quelle ambientali (porte chiuse).

Altre aree problematiche, di maggiore complessità e con altri soggetti istituzionali, dovrebbero comunque essere affrontate, come è stato accennato in un paragrafo precedente, anche perché sono pertinenti i processi di deistituzionalizzazione, il lavoro di promozione della salute mentale dei singoli, delle famiglie e delle comunità che non può non prevedere l'accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza previsti primariamente dalla Costituzione.

RIASSUNTO

La contenzione fisica nella pratica dei Servizi di Salute Mentale è generalmente considerata un inevitabile male minore, tuttavia in alcuni Servizi e in tutti quelli della Regione FVG è stata completamente superata. L'evidenza empirica del suo superamento pone la necessità di rivisitare le considerazioni che la giustificano anche sotto il profilo giuridico come pratica ineluttabile, evidenziandosi che la sua attuazione dipende da fattori culturali, organizzativi e istituzionali anziché connessi con la persona e la "malattia".

Il problema è "come fare" a superarla nel modo più rapido possibile individuando le variabili che la determinano. Talvolta le organizzazioni complesse incontrano difficoltà a modificarsi dall'interno e possono essere necessari interventi esterni di carattere normativo e politico-culturale.

Di grande rilievo il problema della contenzione nei reparti ospedalieri e negli istituti per anziani e disabili, delle altre forme tradizionali di contenzione, c.d. ambientali in primis con le porte chiuse e farmacologico/culturali, di nuove forme di contenzione. Il problema della contenzione rimanda al più generale problema dell'accesso ai diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

ABSTRACT

In the practice of Mental Health Services physical restraint is widely considered as an inevitable lesser evil. However in many Services and in all those of the Italian region of Friuli Venezia Giulia it has been completely outpassed.

The empirical evidence of its outpassing highlights the need to review all considerations that justify it – even under the legal aspect – as an inescapable practice, highlighting the fact that its practice is due to cultural, organizational and institutional factors rather than to individual or disease factors.

The problem is how to outpass it in the fastest way, pointing out all variables that induce it. Sometimes complex organizations find it hard to modify themselves from inside and may require external normative and political-cultural actions. Evidence needs to be given to some issues: restraint in hospital wards and in nursing and disabled hospices; other traditional forms of restraint as the environmental one, mainly with closed doors; and new forms of pharmacological/cultural restraint. The issue of restraint sends back to the wider issue of access to the fundamental rights stated by the Italian Constitution.