

PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 2009-2012
DIRITTI DEI PAZIENTI E CONTENZIONE
Bellinzona, 10 marzo 2009
SILVANO TESTA

Buongiorno anche da parte mia.

A titolo di premessa vorrei ricordare come quello dei diritti dei pazienti e della proporzionalità delle cure sia uno degli assi portanti della LASP. Da qui discende l'importanza che in ogni documento pianificatorio, come quello che presentiamo oggi, vengano riprese - a partire dalle esperienze fatte - proposte operative volte a migliorare questi aspetti.

Il mio intervento ricalcherà in buona parte quanto ho espresso nel novembre scorso in occasione del quinto Simposio organizzato dalla Commissione di etica clinica dell' Ente ospedaliero cantonale.

Confrontarsi con il tema e con la prassi dell'applicazione di misure coercitive, vuol dire di fatto, in psichiatria, confrontarsi con momenti diversi della storia e dei vissuti dei nostri pazienti.

Penso in particolare a tre momenti diversi che esigono – se si vuole, come lo vogliamo, ridurre al minimo il ricorso a misure coercitive e contenitive – riflessioni e proposte operative ben diverse fra loro.

Certo, per noi c'è innanzitutto un **qui e adesso**, in Clinica confrontati con un paziente che ci preoccupa con i suoi comportamenti.

Ma c'è anche un **prima** nella storia di questo paziente, un suo percorso di cura, o forse di non-cura o di presa a carico inadeguata se poi ce lo ritroviamo in ospedale.

E c'è anche un **subito prima**, con la decisione di un ricovero, abitualmente coatto, in CPC. Una decisione davvero inevitabile e improrogabile?

Vediamoli allora insieme questi tre momenti/aspetti che in un modo o nell'altro ci devono interrogare in merito al senso del ricorso a misure di contenzione.

Dicevo del qui e adesso, in Clinica, confrontati con un paziente che non ha coscienza della malattia, che è – forse – violento o – forse – suicidale e a rischio di fuga, tutte ragioni che di per sé potrebbero giustificare il ricorso a misure coercitive. Ma non a caso vi ho detto “forse”. L'ho fatto perché in questo nostro modo di leggere una situazione vi è molto di nostro, di soggettivo, le nostre paure insomma.

La paura di essere vittime di violenza, ed è una paura con cui dobbiamo confrontarci e che spiega fra l'altro come in CPC dopo che ad un infermiere o ad un medico è successo di essere aggredito da una paziente, nelle settimane successive si assiste, e non solo nel reparto dove è accaduto il fatto, ad un significativo aumento del numero di pazienti contenuti.

O ancora la paura di essere ritenuti personalmente responsabili se a quel paziente che “non abbiamo contenuto abbastanza” succede qualche cosa Se si allontana, se cerca di uccidersi.

Più ci si sente soli a prendere certe decisioni, più c'è il rischio di strafare.

Ed è allora importante che i membri di una équipe medico-infermieristica riescano a parlarsi regolarmente, a confrontarsi senza nascondersi dubbi e paure.

In CPC, con il supporto della nostra Commissione Contenzione, abbiamo insistito tanto in tal senso, con risultati molto incoraggianti.

Fra il 2005 e il 2007 ad esempio il numero di pazienti contenuti si è ridotto di oltre il 40% e il numero delle contenzioni di durata inferiore ad un giorno è salito dal 56,3% al 76,9%.

Insomma, si osa di più assumersi certi rischi e responsabilità, contenendo meno, e per periodi più brevi.

Lo facciamo meno e per periodi più brevi, ma intanto continuiamo a farlo.

E se da un lato è importante continuare a parlarne insieme, fra di noi, alla ricerca di procedure condivise che tengano conto dei nostri vissuti, è anche indispensabile chinarci su quel prima di cui ho detto, sulla storia del nostro paziente, sui suoi percorsi di cura per cercare di capire come mai è arrivato fin a noi in Clinica e in certe condizioni.

Possibile che lui o i suoi famigliari e amici non abbiano mai chiesto aiuto prima? O forse la sua/la loro richiesta d'aiuto è caduta nel vuoto? O come e perchè a certe richieste di aiuto, per quanto accolte, non si è riusciti a dare risposte sufficienti ad impedire che ci si ritrovasse nel 'qui e adesso' in Clinica a discutere di come fermarlo.

E' a partire da queste considerazioni che in collaborazione con la SUPSI abbiamo deciso di avviare una ricerca (chiamata: *Percorsi, Pratiche e Vissuti della contenzione fisica e ambientale in psichiatria in Ticino*), che dovrebbe aiutarci a rispondere ad alcuni quesiti. Quesiti del 'qui e adesso', fra cui ad esempio: "Come vivono i pazienti e gli operatori la contenzione?".

E ancora: "Come viene elaborata questa esperienza nell'ambito più ampio della relazione di cura?".

Ma anche quesiti del prima, fra cui ad esempio: "Quali sono le caratteristiche personali ed istituzionali e i percorsi di cura che incidono in modo significativo sul ricorso a misure di contenzione?".

E quali sono allora questi percorsi di cura in Ticino, confrontati con quelli di altre realtà, svizzere e straniere?

E per finire, in un'ottica pianificatoria, quali le strutture intermedie che ancora ci mancano per prima e meglio accogliere una domanda di aiuto, per meglio gestire una situazione di crisi?

Vi ho parlato del 'qui e adesso', del prima, ma vi è anche un **subito prima**, quel particolare momento in cui di solito un medico, molto più raramente un tutore, decide un ricovero coatto urgente in una clinica psichiatrica, molto spesso in CPC.

Una decisione davvero inevitabile?

Comincio con qualche dato, per segnalare che la percentuale dei ricoveri coatti in CPC, anche se sta lentamente scendendo, è pur sempre superiore al 40% di tutte le ammissioni (47,6% nel 2005, 42% nel 2006, 41% nel 2007).

In cifre assolute, le ospedalizzazioni coatte urgenti sono state 675 nel 2005 e 512 nel 2007.

E' allora interessante chiedersi quali siano gli operatori e le istanze che più spesso decidono del ricovero in CPC di un paziente, perchè forse è in primo luogo con queste istanze e con queste figure professionali che sarà utile e necessario riflettere a possibili strategie alternative.

L'inviante	2005	2006	2007
EOC e altri osp. generali	26.4%	23.3%	24.2%
Servizi amb. OSC	19.2%	15.5%	15.1%
Psichiatri privati	14.7%	14.2%	10.8%

Permettetemi allora, a proposito di questo “subito prima” di raccontarvi una storia, quella di Giacomo.

Giacomo ha una cinquantina di anni, è sposato, senza figli. Non ha nessun antecedente psichiatrico, lavora in banca, o meglio vi lavorava. Sei mesi fa, nell'ambito di una delle tante ristrutturazioni, è stato lasciato a casa. Per lui e per sua moglie si tratta ora di adattarsi ad un diverso tenore di vita. Giacomo passa le sue giornate a casa chiedendosi cosa ne sarà di lui. Inizia a bere, ogni tanto più del lecito. La relazione fra lui e la moglie va progressivamente deteriorandosi, fino a che una sera in casa arrivano ai ferri corti come mai era successo prima. Volano piatti o oggetti vari. Giacomo esce di casa sbattendo la porta e con un “addio” che non promette nulla di buono, tanto che la signora – allarmata – avverte la polizia.

Giacomo gira per un po' da un bar all'altro. Poi telefona ad un amico. Si dice stufo di vivere, accenna ad una possibile passeggiata sui binari.

Sono circa le nove di sera. Molto preoccupato l'amico passa a prenderlo in un bar e lo accompagna al Pronto Soccorso di un ospedale dell'Ente. Qui, dove gli viene riscontrata un'alcolemia dell'1,6‰, ha l'occasione di parlare anche con un consulente psichiatra. Giacomo si sente accolto. Verbalizza bene le proprie difficoltà. Non vuole tornare a casa, né essere lasciato da solo, perchè ha paura di fare qualche sciocchezza.

Che fare?

Gli viene proposto di trascorrere una notte a Mendrisio, in CPC, poi l'indomani si sarebbe visto come continuare

Subito il clima cambia.

Non si sente più accolto.

Non vi è più condivisione possibile. Si irrita. Si agita. Diventa verbalmente aggressivo Non può accettare di finire a Mendrisio per una cosa così Da qualsiasi altra parte, ma non lì

“A Mendrisio – dice – ci vanno i matti veri”.

E non è il solo a pensarlo.

Se sei finito in una clinica psichiatrica privata è perché hai fatto un esaurimento nervoso. Se finisci a Mendrisio è perché sei davvero fuori di testa.

Giacomo viene forzatamente sedato con dei farmaci e ricoverato coattivamente in CPC, dove resta qualche giorno.

In Clinica avrà un colloquio chiarificatore – come lui dice – con la moglie. Accetterà poi una presa a carico ambulatoriale, così come un incontro con un'assistente sociale per ridefinire le sue aspettative lavorative.

Tutto bene quel che finisce bene, allora?

Direi proprio di no, e quello di Giacomo – mutatis mutandis – non è un caso isolato.

Ma che fare d'altro, allora?

Come ripensare, in questo caso e in casi simili, un possibile diverso percorso di cura?

Giacomo e gli altri. Ma chi sono questi altri, in particolare questi altri che giungono in urgenza presso i nostri Pronto Soccorso?

In un documento di cui dirò fra breve, la dr.ssa Ilaria Massari, Capo del Servizio di Psichiatria e Psicologia Medica dell'OSC, scrive tra l'altro:

“Da un esame della casistica che giunge in urgenza presso il Pronto Soccorso dell'EOC, in linea con quanto desunto da una disamina della letteratura, si evidenzia come la composizione dei pazienti psichiatrici acuti si sia profondamente trasformata negli ultimi anni con un netto aumento dei disturbi della personalità, problematiche adolescenziali, disturbi legati allo stress, associati o meno all'assunzione di sostanze. In generale, è sempre più frequente imbattersi in un soggetto con un disturbo del comportamento marcato, legato ad una perdita del controllo emozionale e caratterizzato sia da una co-morbidità che da un'estrema transitorietà del quadro morboso. Tale osservazione induce ad una riflessione sulla necessità di una diversa offerta al trattamento dell'acuzie che presupponga un nuovo modo di organizzazione e di funzionamento del servizio chiamato a rispondere a tale mandato.”

Da questa riflessione è nato appunto il documento di cui dicevo, sottoposto dalla Direzione dell'OSC alla Direzione dell'EOC, e che propone l'apertura di letti per pazienti psichiatrici negli ospedali regionali dell'Ente.

Letti con una valenza ben diversa da ciò che noi già offriamo in CPC. Letti e luoghi di accoglienza, valutazione e osservazione. Non intendiamo insomma esternalizzare alcunchè, ma offrire qualche cosa di nuovo proprio a persone come Giacomo e tutti quei pazienti – ben descritti dalla dr.ssa Massari – che ci chiedono di aiutarli a fermarsi e a rifare un punto della situazione.

Il documento in questione, che di fatto entra concretamente nel merito di quel ripensare ai percorsi di cura di cui ho detto, è stato accolto con interesse dalla Direzione dell'EOC.

Ma quali gli altri possibili percorsi che coniughino un'offerta di cura adeguata al rispetto dei diritti dei nostri pazienti? Spero che il progetto di ricerca a cui ho accennato prima offra a questo proposito nuovi spunti di riflessione.

Ma, in conclusione, non posso non ricordare come nuove proposte di presa a carico e di accompagnamento dei pazienti psichiatrici soggiacciano a vincoli che prescindono dalla nostra fantasia e dalla nostra disponibilità a cambiare, a rivedere le nostre modalità di intervento.

Spesso ci sentiamo dire che la salute non ha prezzo, ma ha un costo.

E allora – provocatoriamente – mi viene da dire, quando penso ai nostri pazienti psichiatrici, che anche la loro libertà, la difesa dei loro diritti, il loro diritto all'autodeterminazione, non hanno prezzo, ma hanno purtroppo un costo. Un costo con cui – che lo si voglia o no – dobbiamo purtroppo confrontarci.