



Contributo per Sessione n. 4: I trattamenti necessari e gli abusi, cattive e buone pratiche

di Giovanni Rossi

Si può fare

A partire da Gorizia 1961 sono molteplici in Italia le esperienze che dimostrano come sia possibile la presa in carico non restrittiva delle persone con problemi di salute mentale senza eccezione alcuna.

Senza eccezione alcuna, è questa la differenza fondamentale. Non viene prevista alcuna forma di vecchia o nuova manicomializzazione.

Il SPDC costituisce il punto critico nel sistema dei servizi configurato dalla legge 180 e dai Progetti salute mentale.

Spesso, pur collocato nel contesto dell'ospedale generale, viene ad assumere la funzione di reparto "agitati", analogamente a quanto accadeva nei manicomi. E come allora troviamo a monte degli ambulatori, dispensari di igiene mentale ed a valle le residenze per i cronici tranquilli.

Il Club degli SPDC No Restraint ha lo scopo di far conoscere le esperienze degli SPDC che non legano né recludono le persone.

E' interessante osservare l'eterogeneità delle esperienze no restraint.

Vi sono i primi SPDC, cito per tutti Trieste, che nacquero con tali caratteristiche e vennero davvero configurati come servizio a supporto dei Centri di Salute Mentale. Ricordo che spesso il SPDC aveva ospiti in urgenza e solo nella notte.

Vi sono SPDC, penso alla mia esperienza di Mantova, che pur costituiti sulla spinta della critica antiistituzionale e nella pratica del superamento del manicomio, hanno dovuto affrontare un percorso ulteriore per superare completamente il problema delle contenzioni. A Mantova il SPDC venne aperto nel giugno del 1978, mentre l'ultima contenzione risale al 1990.

Vi sono poi i SPDC che sono nati e si sono sviluppati con modelli costrittivi e che poi sono stati in grado di rivoluzionare la loro pratica. Così è accaduto negli SPDC emiliano romagnoli, ad eccezione della storica esperienza di San Giovanni in Persiceto.

Una analisi comparativa condotta un paio di anni fa ha evidenziato la varietà dei percorsi verso il no restraint, tuttavia ha evidenziato una costante : la presenza di un gruppo di lavoro compattamente orientato al no restraint e la coerenza tra l'atteggiamento della leadership, dello staff e dei programmi di formazione.

E' inoltre risultato del tutto evidente che non è possibile l'esperienza no restraint se non orientando in tal senso tanto l'intera organizzazione dei servizi che il contesto dei servizi e sociale.

Se si può si deve

Tanto il giuramento ippocratico che fa ogni medico che il principio costituzionale stabiliscono il diritto universale di ciascuno a ricevere la migliore cura.

E' unanimemente riconosciuto che l'approccio no restraint è il più (alcuni direbbero il solo) efficace. Se non bastassero queste evidenze, vi sono ragioni etiche e giuridiche che ci dicono del dover praticare il no restraint.

Basterà ricordare, sul versante etico, le prese di posizione del Comitato Nazionale di Bioetica e su quello giuridico la mancanza di qualsiasi norma che giustifichi le contenzioni, dopo l'abrogazione della legge 1904 sui manicomi ed il relativo regolamento e le recenti sentenze della Corte di Cassazione. E allargando lo sguardo come non ricordare la convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Se l'attività degli SPDC no restraint conferma la praticabilità di tale approccio, la sua estensione e generalizzazione richiede ulteriori azioni che possono essere svolte a livello nazionale e regionale da parte dei responsabili delle politiche e delle organizzazioni sanitarie.

Meritano di essere portate ad esempio gli atti della Regione Friuli Venezia Giulia per eliminare le contenzioni in tutte le strutture socio sanitarie e quelli della Regione Emilia Romagna che a "piccoli passi" sta implementando il modello no restraint in tutti gli ambiti della psichiatria regionale. Meritano altresì di essere segnalate altre iniziative che vengono da contesti impreveduti. Mi riferisco ad esempio alla recente delibera della ATS della Brianza che si dà l'obiettivo "Brianza libera da contenzioni".

Merita altresì attenzione la possibilità da parte delle associazioni di advocacy di promuovere azioni di richiesta di danno biologico esistenziale alle organizzazioni sanitarie che sottopongono la persona del ricoverato a restrizioni della libertà personali e spaziali. In fin dei conti è meglio se la psichiatria difensiva si occupa dei danni arrecati dal sequestro di persona, che di allontanamenti e prescrizioni di psicofarmaci.

Infine, ultima ma non ultima, come non ricordare la campagna nazionale "E tu slegalo subito" volta coinvolgere ed a mobilitare l'opinione pubblica in un momento storico che gli imprenditori della paura vorrebbero monopolizzare.

Non si è mai finito di slegare

In questi anni abbiamo pubblicato più edizioni della mappa degli Spdc no restraint presenti in Italia. Sono pochi e sempre esposti ad eventi che li possono mettere in crisi.

Si sono verificati casi che hanno portato alla fine di una esperienza in relazione a scelte organizzative sbagliate.

Per esempio l'aggregazione in USL di maggiori dimensioni ha portato alla messa in crisi della esperienza di Livorno, conquistata dai modelli costrittivi praticati nelle limitrofe province toscane confluite in una unica megaorganizzazione.

Se in questo caso è del tutto evidente l'azione di rivalsa di una psichiatria neomanicomiale, è

però, vero più in generale che le macroorganizzazioni tendono a mettere in crisi i modelli no restraint che hanno bisogno come l'aria della relazione con il contesto territoriale. Il modello territoriale ha necessità per funzionare di una dimensione spazio-temporale corretta, idonea a facilitare la continuità delle relazioni di cura e di integrazione con le reti naturali e dei servizi. E' opportuna una inversione di tendenza rispetto alle macroaggregazioni.

Nè possiamo fermarci a miglioramenti organizzativi, infatti il no restraint trova i suoi fondamenti nella cultura, sia nella sua accezione generale che in quella professionale. Una cultura che presuppone l'esercizio costante del pensiero critico e della invenzione di nuove soluzioni ai nuovi problemi che continuamente si manifestano.

Praticare il no restraint non significa solo NON,

mano a mano che l'esperienza cresce tende a prevalere il suo carattere proattivo, di affiancamento e sostegno dei progetti di vita che le persone con problemi di salute mentale hanno.

Per questa ragione abbiamo dedicato il nostro convegno annuale tenutosi lo scorso anno a Ravenna all'approccio di sistema al no restraint. Rigettiamo il centralismo della psichiatria ospedaliera che ad esempio caratterizza il coordinamento degli SPDC che fa riferimento alla Società di psichiatria. Il nostro obiettivo, forse utopico, ma era quello che ci indicava Franco Basaglia, è quello di una pratica per la salute mentale nel territorio che renda obsoleti tutti gli SPDC.

Ma nel frattempo lavoriamo per allargare il campo degli SPDC no restraint e pensiamo di segnalarli alla pubblica opinione, attribuendo a ciascuno una stella per ogni anno di porte aperte e zero contenzioni che realizzino.

Giovanni Rossi



Contributo per Sessione n. 4: I trattamenti necessari e gli abusi, cattive e buone pratiche