

UNA RICERCA SULLE ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE NEI SPDC ITALIANI

1. Obiettivi cognitivi e metodologia.

La pratica di legare (*to restraint*) i pazienti psichiatrici al letto con lacci, polsini e fasce è molto diffusa nei servizi pubblici di salute mentale italiani e in particolare nei reparti ospedalieri, o SPDC (Dell'Acqua *et al.*, 2007). Questa pratica, resa illegale dalla legge Basaglia, resiste come un "residuo manicomiale" grazie agli articoli 52 e 54 del Codice Penale, che permettono agli operatori degli SPDC di trincerarsi dietro lo stato di necessità o legittima difesa (Dodaro, 2011). Tuttavia, molti studi segnalano che la diffusione della contenzione esula da queste fattispecie, configurandosi come un vero e proprio abuso atto allo scopo di risolvere difficoltà organizzative e carenze dei reparti (Mauceri, 2017). In contrapposizione a questa tendenza nazionale è stato fondato nel 2013 il *Club SPDC No Restraint*, un'associazione che riunisce circa 20 reparti che utilizzano tecniche alternative alla contenzione. Ma in cosa consistono queste alternative? E quali sono le condizioni per cui i SPDC *no restraint*, al contrario di tutti gli altri, riescono a funzionare senza legare i pazienti? La risposta a queste domande è attualmente documentata in modo insufficiente, e in ciò consiste l'obiettivo di questo progetto di ricerca.

Per via della natura complessa degli obiettivi cognitivi ci si è orientati verso un disegno di ricerca etnografico del tipo "confronto tra casi" (in altre parole, un reparto *restraint* e uno *no restraint* "confrontabili", cioè simili rispetto ad alcune caratteristiche identificate come rilevanti dal punto di vista organizzativo: es. il volume di accoglienza, il numero degli operatori e/o il bacino di utenza). Per studiare l'organizzazione dei reparti si è deciso di osservare l'"effetto contesto" (Husum *et al.*, 2010), ovvero di raccogliere quell'insieme di dati quali-quantitativi relativi a:

- *Fattori strutturali* (caratteristiche fisiche del reparto; grandezza; presenza di stanze singole o doppie riservate ai degenti; livello di affollamento; turn over dei pazienti; contesto rurale/urbano);
- *Fattori legati al personale assistenziale* (proporzione staff/pazienti; età e sesso del personale; livello di qualificazione; turn over; atteggiamenti dello staff e degli amministratori; protocolli sulla contenzione; routine del reparto);
- *Fattori legati al trattamento* (insieme degli interventi ricostruibili all'interno del servizio di cura, come la presenza di *setting* psicoterapeutici e di attività centrate sul paziente; la filosofia o ideologia legata all'intervento).

Si è scelto di collezionare queste informazioni combinando dati e tecniche diverse: raccolta di dati secondari, utilizzo di una griglia osservativa costruita *ad hoc* e di una intervista discorsiva da somministrare al personale al termine dell'osservazione. Per l'analisi, dati gli obiettivi della ricerca e l'assunzione di un approccio *Grounded Theory*, si è scelto di utilizzare N-VIVO, nella misura in cui consente di evitare griglie categoriali costruite a priori.

2. *Tipi di accesso al campo nei contesti sanitari: alcuni problemi metodologici.*

L'accesso ai contesti sanitari a fini di ricerca etnografica è difficile. Negli ospedali infatti si svolgono solitamente trials clinici e spesso le strutture non hanno familiarità con studi di carattere sociologico e qualitativo. Inoltre, per quanto riguarda la fase di osservazione, le amministrazioni devono essere certe di non correre alcun rischio - ad esempio di natura assicurativa – nel momento in cui consentono il prolungato contatto tra ricercatori e degenti. Secondo la mia esperienza, i fattori che contribuiscono a rendere più difficile l'accesso sembrano essere:

- voler fare ricerca in ospedali non universitari;
- voler fare ricerca qualitativa, e in particolare osservazione partecipante;
- voler ottenere dati che riguardano i pazienti.

I fattori facilitanti sembrano invece essere:

- la presenza (anche solo formale) di un medico nell'equipe di ricerca;
- possedere, per chi svolge l'osservazione, una laurea che rientra nell'ambito delle professioni sanitarie;
- aver suscitato l'interesse del responsabile di reparto.

Il contratto che legittima l'accesso al campo può essere descritto come “informale” o “formale”. Per “contratto informale” intendiamo un patto tra il custode (il responsabile del reparto o il primario) e il ricercatore per cui il primo consente al secondo l'accesso “sulla fiducia”, senza ufficializzare il permesso né far valutare il progetto di ricerca ai vari enti/uffici preposti (Comitato Etico, Direzione Aziendale ecc.). A volte il custode può chiedere al ricercatore qualcosa in cambio dell'accesso. Nel caso della mia ricerca, il primario del reparto *restraint* non volle formalizzare l'accesso, desiderando però comparire come coautore in un'eventuale pubblicazione scientifica. Sembra che cose simili accadano frequentemente; tuttavia, la complessità di gestire tale richiesta è evidente: infatti essa sottintende il controllo dei contenuti pubblicati e quindi implica in una certa misura la “mutilazione della libertà della ricerca” (Marzano, 2004, p. 165). Il contratto informale pone anche altre difficoltà, soprattutto in merito alla tutela della continuità dell'osservazione. Nel mio caso, ad esempio, l'osservazione nel reparto *restraint* sarebbe dovuta durare due mesi; tuttavia, la stipula di un contratto

informale si è rivelata fallimentare. Infatti, dopo circa una settimana dall'inizio dell'osservazione, il primario andò in ferie, delegando la responsabilità del reparto ad una collega "gatekeeper" particolarmente ostile alla ricerca: dopo alcuni giorni la dottoressa iniziò ad attaccarne apertamente le basi metodologiche, criticandone la soggettività e la mancanza di "numeri" e arrivando infine a rifiutarsi di farmi proseguire l'osservazione rendendo impossibile la raccolta delle interviste. Nella mia esperienza, dunque, il contratto informale per l'accesso al campo sanitario si è rivelato altamente instabile e non in grado di tutela la continuità della ricerca. Volendo far tesoro di questo fallimento, immagino sia importante (nel caso in cui si producano questo genere di condizioni di accesso) assicurarsi della permanenza del custode per lo meno nelle prime settimane dell'osservazione, in modo da consentire lo strutturarsi di una relazione di fiducia tra ricercatore e staff.

Il secondo tipo di contratto, quello "formale", prevede al contrario un lungo e complesso negoziato burocratico-relazionale. Nel mio caso, questo tipo di contratto è stato stipulato per l'accesso al secondo reparto psichiatrico osservato, il *no restraint*. Il progetto di ricerca è stato vagliato e approvato dai seguenti enti/uffici:

- Direttore della S. C. (Struttura Complessa) di Psichiatria della ASL
- *Chair* del DSM (Dipartimento di Salute Mentale)
- Primario del SPDC
- Direzione Aziendale di Presidio
- Ufficio Biostatistica
- Comitato Etico Territoriale
- Avvocatura.

La pratica, nel suo complesso, è durata quattro mesi e si è rivelato necessario insistere e sollecitare ogni passaggio, principalmente per mezzo di telefonate e mail.

Questo processo è particolarmente lungo nel caso in cui si voglia fare ricerca etnografica in presidi ospedalieri non universitari, perché essi spesso non dispongono di protocolli di valutazione di progetti qualitativi. Tuttavia, contattare personalmente e in prima istanza il Comitato Etico della ASL di riferimento può accorciare i tempi (anche se alcune ASL potrebbero richiedere l'approvazione preventiva del progetto anche da parte del Comitato Etico Universitario). Questo accordo, d'altro canto, tutela la continuità dell'osservazione e sottrae (entro certi limiti) all'equipe medica potere contrattuale rispetto alla permanenza del ricercatore in reparto.

3. *L'osservazione scoperta e coperta in ambito psichiatrico: il caso di un'intervista ad una paziente contenuta.*

Le ricerche che coinvolgono popolazioni vulnerabili come i pazienti psichiatrici evocano rilevanti problemi etici. La mia ricerca è di tipo scoperto; tuttavia, come nel caso di Marzano (2004), gli operatori del reparto *restraint* mi avevano invitata a indossare il camice, e i miei tentativi di esplicitare ai pazienti la differenza tra me e il resto dello staff venivano ignorati o presto rimossi. Durante la breve fase di osservazione in questo reparto mi sono trovata spesso a contatto con pazienti contenuti. Alcuni di loro erano in tale stato confusionale da rendere impossibile la conversazione; altri, tuttavia, erano in grado di parlare e di capire. In particolare, una donna era tanto tranquilla da permettermi di avere con lei un lungo colloquio, molto interessante ai fini della mia ricerca perché sosteneva l'ipotesi per cui la scelta di legare un paziente dipende da problemi organizzativi del reparto, e non da valutazioni cliniche né dallo stato di necessità. Questa donna, contenuta ai quattro arti, decise spontaneamente (forse scambiandomi per un medico) di descrivermi i suoi vissuti; la preziosità della testimonianza di chi sta subendo *hic et nunc* la contenzione (e quindi non una ricostruzione a posteriori, spesso distorta dal desiderio dei pazienti di compiacere i medici), il vissuto di abbruttimento e infantilismo – la consapevolezza, ad esempio, di essere costretta ad espletare i propri bisogni in un pannolino –, l'impotenza nei confronti delle decisioni prese su di lei dall'equipe, mi sembravano importanti da documentare. Tuttavia, le sue condizioni erano tali da escludere la possibilità di proporle un'intervista immediata: la donna era stata appena ricoverata; era nel mezzo di un dramma personale, nuda e legata, e stava combattendo contro gli effetti del sedativo. In questo caso, si è creato un conflitto tra due posizioni frequentemente discusse in ambito di etica della ricerca: il principio di autonomia e l'argomento utilitarista.

A voler seguire in modo rigoroso il principio di autonomia, secondo cui ogni soggetto deve poter scegliere liberamente se partecipare o meno alla ricerca, avrei dovuto spiegare alla questa paziente chi fossi, esplicitare gli obiettivi della ricerca e proporle di sottoscrivere il consenso informato. D'altro canto, la peculiare situazione del malato mentale, che spesso non è in grado, per definizione, di comprendere e/o valutare e/o esprimere la propria volontà a partecipare alla ricerca, mette in discussione tale principio. Nel caso della mia interlocutrice, non solo non potevo proporle in quel momento di partecipare alla ricerca, ma nemmeno avrei potuto farlo nei giorni successivi: confessare di aver registrato di nascosto la nostra conversazione avrebbe scosso la fragile relazione di fiducia tra lei e il servizio (da cui dipendeva la sua adesione al trattamento psicofarmacologico e forse, quindi, il suo benessere futuro), oltre che decretare la fine della mia permanenza in reparto. Tuttavia, il peso scientifico e politico delle sue parole mi spingevano a considerare una logica utilitarista: documentare celatamente il suo punto di vista sarebbe stato moralmente lecito nella misura in cui avrei potuto dar voce ad una popolazione finora "silenziosa"

dal paternalismo psichiatrico, salvaguardando al contempo il fragile contesto di cura. In questo senso, mi sembra, sarebbe stata valida la posizione per cui “le conseguenze negative che ricerche sociologiche come la mia possono produrre nella vita dei malati sono assai inferiori rispetto a quelle positive che derivano da una miglior conoscenza della loro vita quotidiana” (Marzano, 2004, p.168). Eppure, aggirare il consenso volontario in virtù di un “bene” derivante da una maggior consapevolezza delle conseguenze psicologiche della contenzione, non sarebbe forse un'altra espressione di paternalismo? La domanda è, e credo resterà, aperta.

Bibliografia

Dell'Acqua et al. (2007). Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti. In *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, pp. 26-39.

Dodaro, G. (2011). Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario. In *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6.

Husum T. L., Bjørngaard J. H., Finset A., Ruud T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. In *BMC Health Services Research*, 10: 89.

Marzano, M. (2004). Problemi etici nella ricerca sociale sui malati terminali: consenso informato, comitati etici e differenze culturali. In *Sociologia e Ricerca Sociale*, 25 (75). Milano: Franco Angeli.

Mauceri, S. (2017). “Contenere la contenzione meccanica in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC”. In *A buon diritto, Quaderni*, 1.