

Maurice Utrillo.  
The madness

SISISM  
Società Italiana di  
Scienze  
infermieristiche in  
Salute Mentale  
[segreteria@sisism.org](mailto:segreteria@sisism.org)  
[www.sisism.org](http://www.sisism.org)



## Un altro anno è passato. In questo numero si parla di contenzione

Due anni fa nasceva la SISISM. Un anno fa nasceva questa newsletter. Evidentemente settembre è un momento propizio per la nostra associazione. Questo numero è dedicato alla contenzione. Argomento che in questi mesi è stato molto dibattuto all'interno della nostra professione.

Due i motivi che hanno reso la contenzione un argomento di grande attualità: Il primo è stato la pubblicazione della nuova

stesura del codice deontologico degli infermieri, che ha recepito gli ultimi sviluppi della nostra giurisprudenza, decretando che per noi infermieri non è un atto terapeutico.

Poi, drammaticamente, la morte di una giovane ragazza bruciata nel suo letto nel quale era stata appena contenuta.

Noi avevamo già deciso di occuparci di contenzione mentre componevamo il numero precedente, ma l'attualità ha dato una svolta

all'argomento condizionandone la nascita e lo sviluppo.

Ma come spesso succede, ad una reazione emotiva molto forte non segue una riflessione altrettanto forte. In questo momento di grandi polarizzazioni in tutti i campi, si formano schieramenti pro e contro, ed il buon senso si fa piccolo piccolo e non trova grandi spazi per farsi sentire.

Noi proviamo a parlarne con pacatezza e senza rabbia o paura.

# Indice

# SISISMNEWSLETTER

## Numero 4 -30 settembre 2019

### Editoriale.

Un altro anno è passato  
Pag 1

### Quella pausa pranzo che...

@

Pag 3

di Cesare Moro

### Tenere, contenere, sostenere.

Ragioni opposte?  
Pag 4

di Michele Compagnone

### Secondo anniversario di SISISM

Il punto e le prospettive  
Pag 6

di Andrea Gargiulo e tutto il Consiglio Direttivo

### Pussin e Pinel: due quadri due visioni del mondo

Pag 7

Michele Compagnone

#### REDAZIONE

Daniele Benfenati, Michele Compagnone, Cesare Moro, Annalisa Pazzaglia,

#### IMPAGINAZIONE E GRAFICA

Michele Compagnone

#### HANNO CONTRIBUITO A QUESTO NUMERO:

Michele Compagnone, Andrea Gargiulo, Cesare Moro,

Grazie a tutti coloro che hanno collaborato alla creazione di questo numero correggendo le bozze, incoraggiandoci e spronandoci. Aspettiamo nuovi contributi.

Nelle more della definizione di un'organizzazione definitiva, inviate i vostri contributi a [segreteria@sisism.org](mailto:segreteria@sisism.org).

#### NORME EDITORIALI

Testo di non più di 4 cartelle editoriali (7200 battute, ovvero 90 righe di 60 battute l'una, in carattere monospaziato tipo courier corpo 12). Possono essere corredate da non più di due foto (max 200 dpi). Il testo deve essere in formato .doc .docx .rtf .txt . Le immagini in formato .tiff .jpg .png .

I contributi saranno pubblicati ad insindacabile giudizio di SISISM, Non è previsto alcun compenso. Ogni responsabilità rispetto ai contenuti ed alle opinioni espresse si intende in capo all'autore e non impegna in alcun modo SISISM ne rispecchia la posizione della Società tranne che laddove esplicitamente espresso.

## QUELLA PAUSA PRANZO CHE...@

Cesare Moro

A.F.D.AreaSaluteMentale,  
AOTreviglio,Bergamo

Per aprire questo numero della newsletter SISISM, vi racconterò di un momento di pausa in uno dei tanti eventi formativi che ti permettono di apprendere ma soprattutto di conoscere colleghi. Eravamo seduti all'aperto con i nostri piatti in mano e dopo essermi presentato sono stato ospite di una conversazione tra due infermieri molto diversi fra loro: uno che lavorava in un reparto no restraint e l'altro che lavorava in un reparto che utilizza la contenzione meccanica... Unico punto in comune sembrava essere, il pranzo, il corso ed il tempo da trascorrere insieme.

La conversazione è iniziata da subito con il cuore e la mente aperti, proprio come si fa tra chi non ha nulla da perdere, raccontando ognuno la propria realtà: uso di sostanze, migranti, adolescenti, casi sociali ci rendono, a volte, dei "professionisti disarmati".

L'aggressività esplosiva e inarrestabile di questi ultimi anni nessuno dei due la ricordava... saranno le nuove droghe dicevano, sarà che le patologie sono cambiate, sarà che non si riesce ancora a comprendere profondamente se chi ha attraversato l'oceano o il deserto presenta i sintomi di uno shock post traumatico, una psicosi o cos'altro... Di certo le barriere culturali e linguistiche non ci aiutano. Resta il fatto che queste sfide che si tramutano sempre più in emergenze, bussano alle porte dei loro SPDC siano queste aperte o chiuse.

Si confidano "che a volte si contiene troppo perché di fronte alla percezione del pericolo, alle tecniche di relazione che non funzionano in quel momento, ai farmaci che non sempre e non subito sono efficaci, alle forze dell'ordine che tardano, tu sei costretto...ma non vorresti!"



Ora però il vento sta cambiando tutti siamo più consapevoli!

Mentre discutono mi fanno riflettere sul fatto che nessuno parla mai della sensazione di fallimento di vuoto e solitudine che gli operatori percepiscono contenendo una persona. Nessuno pensa che un professionista laureato, che ha studiato e che ha ben presente il limbo dei rischi legali che comporta il contenere o il decidere di non farlo, sia quotidianamente pervaso dall'angoscia.

"Se io contengo -diceva uno - e succede qualcosa non me lo perdonerei mai, ma quando lo faccio è perché ho provato tutto"

"E quando non contengo - dicevo l'altro- se il paziente si allontana o si fa del male, non me lo perdonerei mai, cosa racconterei ai parenti? come farei a chiudere gli occhi la sera? Ma non ho le contenzioni in reparto...se non le mie mani"

"Quando contengo - ribadiva il primo - penso: se lo facessero a me come reagirei? ma non sempre c'è una soluzione diversa e sicura"

"Come ti dicevo... io non contengo con le fascette, ma di fronte a un'aggressività incoercibile devo farlo fisicamente e sai non so se questo corpo a corpo venga vissuto meglio una volta fermavamo il paziente per qualche minuto.

"Sul tema della contenzione tutti parlano ma pochi sanno ascoltare, ognuno arroccato sulle proprie posizioni, solo certezze, quasi ci fosse un'unica strada, un'unica soluzione per tutto e per sempre."

Ecco l'asettica pubblicità di un set per contenere da 740,638 a 805,334 a seconda della misura. Circa trecento € in meno il sistema non ignifugo.

Cercavamo un punto di incontro... lì per terra con lui... adesso caro collega è solo un groviglio di braccia e gambe sempre per terra e non più per minuti a volte per ore, anche davanti a pazienti incontattabili. Nessun punto di incontro, mi vien da dire"

Ci siamo tutti fermati a pensare... anche il caffè era finito... era come se fossimo fra i muri dei nostri spogliatoi dove quotidianamente ripercorriamo le nostre giornate difficili... confrontandoci su quella volta che...

Ci siamo ricordati delle notti insonni, dei graffi subiti e dati nel fisico e nell'anima.

Di quante pacche sulle spalle ci siamo scambiati tra colleghi quando era stata presa la decisione giusta e di quanta assenza abbiamo sentito invece, quando forse si era presa quella sbagliata.

Sul tema della contenzione tutti parlano ma pochi sanno ascoltare, ognuno arroccato sulle proprie posizioni, solo certezze, quasi ci fosse un'unica strada, un'unica soluzione per tutto e per sempre.

"La coscienza arriva fino a quando c'è l'interesse" ... qualcuno diceva...e nel nostro piccolo alla fine di quel pranzo ci siamo trovati tutti d'accordo!

# Tenere, contenere, sostenere. Ragioni opposte?

di Michele Compagnone - ASL Città di Torino

La contenzione fisica è un tema controverso, e come tale ha bisogno di riflessioni e ricerche al riguardo. Un gruppo di operatori sta provando a “fare la differenza” e mostrare come sia possibile evitare di contenere durante i ricoveri ospedalieri in ambito psichiatrico. È nata così, la campagna *E tu slegalo*. In contrapposizione, si è andato strutturando un movimento sotterraneo ma non troppo, che critica più o meno apertamente questo approccio, evitando, di solito, lo scontro ideologico, ma preferendo usare argomenti di apparente buon senso e moderazione, contestando piuttosto la fattibilità dell’approccio “no restraint” al di fuori di piccole e specifiche esperienze che possono permetterselo in virtù di circostanze varie, considerate non alla portata di tutti.

Alcune critiche mosse da costoro sono in qualche modo motivate e valide, ma questo atteggiamento simmetricamente diffidente nei confronti delle ragioni dell’altro favorisce la formazione di due gruppi contrapposti che, di fatto, non si ascoltano e non vogliono (o non sanno) cogliere il nocciolo di verità portato dall’altro.

Voglio provare ad affrontare alcune questioni poste da chi contesta la possibilità di una psichiatria senza contenzione per vedere cosa possono insegnare a chi pensa che sia un

obiettivo in qualche modo realizzabile e non solo una meta auspicabile.

Credo che il problema dell’inconciliabilità delle due visioni stia nel punto di vista assunto per leggere la realtà.

Di ampio raggio quella di chi vuole esaminare la contenzione nel contesto. Parte da una visione a volo d’uccello, nella quale si prendono in considerazione ampî spazi temporali, cause ed effetti, una serie ampia e variegata di fattori ed attori. E quindi si invocano tutta una serie di misure strutturali e di ampio respiro atte a far sì che non si arrivi a comportamenti violenti, proponendo di intervenire su cause anche lontane nel tempo e nello spazio delle quali non tutti vedono il collegamento diretto e consequenziale con il qui ed ora del quale si sta discutendo.

Gli altri, invece, partono da una visione focalizzata sull’*hic et nunc*; sul cosa fare quando e dove si svolge l’azione, cosicché quasi non vogliono vedere cause ed effetti, invocando lo stato di necessità per il proprio agire, e maggiori strumenti di difesa e reazione, anche usando questi termini e concetti in maniera molto estensiva, ed applicandoli a categorie generali, senza volere o potere rendersi conto che il loro discorso contestualizzato, perde di coerenza quando lo si vorrebbe applicare in maniera generalizzata ed indiscriminata come soluzione generale perché ha risolto (o sembra poter risolvere) un problema particolare.

Il primo problema che si pone, in ogni caso, è quello della liceità o meno della pratica della contenzione. Qualcuno sostiene che la contenzione sia un reato, o che dovrebbe esserlo. E per questo motivo vorrebbe proibirla in ogni caso ed a qualsiasi costo. E per questo porta la propria od altrui esperienza *no restraint* come dimostrazione lampante della propria tesi. Questo atteggiamento spesso sottende però, più o meno consciamente il pregiudizio che se gli altri non procedono allo stesso modo, sono in cattiva fede, o dei pavidetti senza alcuna spina dorsale.

Il risultato è una risposta simmetrica, che



sostiene che chi non contiene lo fa selezionando i pazienti e scaricando quindi, sugli altri, l'onere della contenzione dei soggetti non gestibili altrimenti.

La realtà, naturalmente, non è fatta di bianchi e neri, e gli SPDC stanno in un contesto, e quindi, contenere o meno un paziente dipende molto da cosa vi sta intorno e dalla circostanze in cui si opera in generale e nel caso specifico.

Cercherò di spiegarmi con un esempio: arriva in Pronto Soccorso una persona che si dimostra violenta, incapace di controllare i propri impulsi, confusa, allucinata, spaventata quando non terrorizzata dal contesto che la circonda, che vede come minaccioso nei suoi confronti (e che magari lo è) oppure a causa di quello che sente o prova dentro di sé e che non riesce a comprendere, gestire, tenere sotto controllo o reprimere. E tutte queste cose possono trovarsi in varia misura in ogni evento specifico che da fuori può sembrare identico ad un altro.

Ora, immaginiamoci questa persona arrivare in Pronto Soccorso proveniente da un contesto che non ha voluto, potuto o saputo cogliere i segni del disagio, e che in qualche caso ha contribuito più o meno volutamente a quel disagio.

In una situazione del genere, la struttura sanitaria non avrà tutti o alcuni degli strumenti necessari per affrontare adeguatamente la situazione. Strumenti fisici (locali adeguati, personale adeguato per numero e per formazione), legislativi e sociali (in senso lato), ovvero procedure e protocolli, personale che sappia e voglia evitare lo scontro fisico, o che voglia o possa prendersi il tempo necessario per farlo, ed il contesto non avrà gli strumenti per dare una risposta non direttiva e coercitiva a problemi come la disoccupazione, la mancanza di un luogo dove dormire, dove mangiare, dove essere accolti quando non si è un pericolo imminente.

E poi, quando si sia arrivati ad un ricovero che non sia una risposta sanitaria a bisogni assistenziali (la mancanza di un letto, il bisogno di cibarsi e sentirsi al sicuro), si arriva ad affrontare il passo successivo. Una volta ricoverato, serviranno spazi e personale adeguati a far sì che non si ripresentino i motivi di pericolo e minacciosità da entrambe le parti. Ed infine, servirà un

adeguato retroterra che sia in grado di continuare il lavoro in maniera adeguata, ovvero qualcuno che accolga e decodifichi le cause e le ragioni che hanno portato quella persona ad avere bisogno di essere contenuta fisicamente. Luoghi e percorsi, risposte che non si improvvisano e che necessitano di competenze e governo istituzionale.

Quindi, accusarsi a vicenda di essere in malafede non funziona e fa il gioco degli ipocriti, ricordando che per la contenzione vale lo stesso discorso che vale per la questione dell'aborto: negare il problema vietandoli per legge significa far sprofondare tutto di nuovo nel sommerso che crea ipocrisia e negazione e lascia che nella realtà ognuno faccia quel che meglio crede o può o sa fare, perché laddove si nega un problema si nega una soluzione.

Ed il problema della contenzione oggi si pone in una società che torna prepotentemente (e sfacciatamente) ad escludere e dividere. Una società dove il diverso è emarginato e penalizzato e nella quale la solidarietà verso i più deboli è messa in discussione quando non criminalizzata. Sembra che si stia assottigliando la capacità di empatizzare con gli altri, e l'egoismo e la paura di vedere minacciato il proprio status sociale ed economico stiano prevalendo nel sentire collettivo.

Questo fa sì che chi si trovi difficoltà sia visto come un nemico. Questo esacerba le risposte violente da entrambi i lati. Quindi, quando ti senti minacciato, attacchi, e lo fai specularmente, come singolo e come società.

Se non ci rendiamo conto che è solo il caso e la fortuna che ci hanno fatto stare dal lato giusto della situazione, tenderemo a dare sempre e comunque risposte dure e punitive. Se non ci renderemo conto che un lutto, un licenziamento, una malattia possono renderci vittime e deboli in ogni momento, e che quindi non ci conviene usare la forza e la crudeltà laddove si può provare ad essere cooperativi, la tentazione di lasciarci sedurre dalle soluzioni apparentemente più sbrigative può essere forte. E se la scelta di buon senso non la facciamo noi "sani", è "folle" chiederlo ad un malato di mente, chiedendo a lui di contenersi per evitare la contenzione.

# Secondo anniversario di SISISM

## Il punto e le prospettive.

Il Presidente Andrea Gargiulo e tutto il Consiglio Direttivo SISISM



In cantiere per il 2020 abbiamo l'inizio dei lavori volti all'estensione su scala nazionale della validazione della Scala Broset Violence Checklist (BVC)

S.I.S.I.S.M. nasce il 30/09/2017 e in occasione del suo secondo compleanno e come tutti i mesi il Consiglio Direttivo si è riunito.

In questi due anni S.I.S.I.S.M., grazie all'impegno di molti infermieri che la sostengono, ha intrapreso numerosi progetti e ha consolidato la collaborazione con altre società scientifiche del panorama italiano, Enti e con gli O.P.I. di tutta Italia. Queste collaborazioni hanno portato in questi due anni opportunità di scambio e di crescita e altri interessanti scenari collaborativi sono all'orizzonte.

In sintonia con la giornata della Salute Mentale (10 ottobre) abbiamo risposto al bisogno di affrontare e approfondire un tema come quello dei suicidi, purtroppo numericamente significativo, tanto delicato quanto grave e molto sentito dagli appartenenti alle forze militari e dell'ordine che si occupano della difesa dei cittadini italiani in Patria e nel mondo, per questo a breve terremo l'evento formativo "Lo stress e il fenomeno dei suicidi nelle Forze Armate e nelle Forze di Polizia: il ruolo dell'infermiere", si terrà a Bologna promosso e in collaborazione con O.P.I. Bologna e con l'Associazione Scienze Infermieristiche Militari e Polizia Italia, sarà rivolto in particolare agli infermieri militari ma non solo, ed è volto alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica e dei professionisti della salute su questo tema.

Essere riconosciuti come esperti in salute mentale ha portato alla collaborazione anche

con Società scientifiche che rappresentano l'infermiere in altre aree assistenziali, come i colleghi dell'Area Critica (G.F.T. Gruppo Formazione Triage) e della Nefrologia (S.I.A.N. Società Italiana Area Nefrologica). Con questi ultimi stiamo preparando un evento formativo sul tema della "Gestione della persona agitata in ambito nefrologico" che si terrà all'interno del loro Convegno Nazionale a Bologna a maggio 2020.

È stata particolarmente produttiva la collaborazione con gli O.P.I., ultimo in ordine di tempo O.P.I. Savona che chiede a S.I.S.I.S.M di curare un evento formativo sulla "Gestione della persona con sintomatologia psichiatrica nei D.E.A."

Nel corso del biennio 2018-2020 è stata svolta una importante ricerca finanziata da S.I.S.I.S.M ed in collaborazione con il Cespi riguardante le aree di autonomia professionale dell'infermiere in Salute Mentale, questa ricerca è stata svolta in tutta Italia e confidiamo di ricevere presto i preziosi risultati emersi dallo studio e dall'elaborazione dei dati raccolti.

In cantiere per il 2020 abbiamo l'inizio dei lavori volti all'estensione su scala nazionale della validazione della Scala Broset Violence Checklist (BVC), la BVC è una scala che aiuta la previsione nel breve termine del rischio di aggressioni fisiche. La validazione avverrà nei reparti S.P.D.C. (attualmente è in atto una ricognizione finalizzata alla partecipazione attiva di un buon numero di realtà in tutta Italia).

È ancora in essere il lavoro iniziato nel 2019 sulla costruzione di una Position Statement riguardo la prevenzione e l'adozione di strategie alternative alla contenzione della persona agitata. Questo progetto è una delle fasi che porterà a rispondere al mandato ministeriale sulla produzione di linee guida da parte delle Società Scientifiche. È il *core* del nostro mandato. Investiremo in questo progetto tutte le nostre risorse ed energie, economiche e non, ma sarà necessario trovare fondi, partners e sponsor per poter perseguire l'obiettivo.

Questo perché la ricerca necessita di grandi quantità di fondi ed il denaro proveniente dalle sole quote associative sicuramente non copre nemmeno in parte il fabbisogno.

In collaborazione con l'università "Cattolica del Sacro Cuore", S.I.S.I.S.M ha progettato un master di primo livello in Salute Mentale da svolgere nelle sedi di Roma e Torino le cui iscrizioni si chiuderanno i primi di novembre.

La società è a disposizione di tutti, e dialoga con i soci e con i colleghi interessati sia tramite un sito internet che tramite le principali piattaforme social, si rende inoltre disponibile in modo cadenzato e puntuale al

confronto fra colleghi sui principali temi di salute mentale tramite la Newsletter ed il diario S.I.S.I.S.M.

Il tema del prossimo numero di Newsletter sarà ispirato al nostro nuovo Codice Deontologico "il tempo di relazione è tempo di cura", attendiamo il contributo di coloro che vorranno condividere con la comunità professionale il loro pensiero a tal proposito.

Il Diario ha invece una cadenza quindicinale ed è una panoramica culturale di salute mentale sul territorio italiano che raggiunge il suo pubblico via mail.

Mentre, molto attesa ma ancora in fase di progettazione è la rivista scientifica.

Come attuale Consiglio Direttivo termineremo il nostro mandato con un congresso nazionale a novembre 2020.

Due anni fa nessuno di noi soci fondatori si sarebbe aspettato una così veloce evoluzione, siamo grati di esserci potuti impegnare in questa esperienza e ci accingiamo ad affrontare questo ultimo anno di mandato consci di consegnare ai nostri successori una società in crescita progressiva e in salute.

## Pussin e Pinel: due quadri due visioni del mondo

Michele Compagnone

ASL Città di Torino

I quadri che sono riprodotti nella pagina seguente raccontano una storia di scontentazione. Raccontano degli albori della psichiatria moderna. Pochi anni separano il primo episodio dal secondo, ma sono due mondi. I protagonisti sono gli stessi, ma il contesto cambia, e così ciò che viene mostrato.

Il primo quadro mostra Pinel e Pussin che scontengono un malato a Bicêtre. Siamo nel pieno della Rivoluzione Francese. Pinel è il medico, Pussin il Guardiano dei Folli. Oggi diremmo il capo infermiere.

Pinel mostra ad un rappresentante del Governo Rivoluzionario ciò che Pussin sta facendo. Si tratta di uomini liberi che rendono libero un altro uomo. Si vede la faccia di Pinel, e quella di Pussin, Si respira un'aria da grande evento pubblico. Il pittore vuol sottolineare che si sta facendo la storia.

Libertè, Égalitè, Fraternité. Si respira il clima della dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo e del Cittadino. Si vuole mostrare che tutti gli uomini sono uguali, e che tutti possono trovare un posto nella società. Si sta per votare o si è appena votato per la prima volta a suffraggio universale maschile e non per censo.

L'immagine successiva mostra un altro luogo, la Salpêtrière. Sono passati alcuni anni, e la stessa scena si ripete con delle donne. Ma cambia completamente il clima. Pinel è il protagonista. La faccia di Pussin non si vede, nascosta dalla donna che sta scontenendo. Un'altra donna bacia la mano del medico che sta beneficiando il mondo con il suo gesto. Si è stabilita una asimmetria. Il medico è il fulcro della scena. Non si tratta con pari. Le donne non sono, in quell'epoca pari all'uomo, e chi ha

sostituito Pussin alla guida della Salpêtrière (Ésquirol), non vuole che si ricordi che Pussin non era un medico, ed allora lo vuole nascosto, subalterno, come teorizza che debba essere l'infermiere in manicomio: docile esecutore degli ordini del medico.

Pussin era già al suo posto a Bicêtre quando arrivò Pinel. L'incarico di capo del personale alla Salpêtrière, invece, lo deve a Pinel. Ed il secondo quadro racconta più il clima di restaurazione nel quale è stato dipinto che il clima del periodo che raffigura. Non è più il tempo in cui un semplice "conciatore" della Franca Contea

può insegnare al Medico come si ridà dignità ad un folle rendendolo di nuovo un uomo capace di stare nel consesso sociale.

Ci vorranno quasi duecento anni perché torni il momento di ridare dignità ai folli. e gli infermieri riprendano ad essere protagonisti della Salute Mentale.

Due quadri, due storie, due visioni del mondo. Pochi particolari, e la narrazione cambia completamente. Due verità che raccontano storie e volontà diverse. Sembrano particolari, ma sono essenziali per capire il nostro presente e forse il nostro futuro. Noi dove siamo?



Charles Louis Müller, Lo psichiatra francese Philippe Pinel (1745-1826) mostra Jeanne Baptist Pussin (1746-1811) che libera dalle catene un ammalato nel 1792 a Bicêtre. ([Wikipedia](#))



Tony Robert-Fleury: Lo psichiatra francese Philippe Pinel (1745-1826) fa togliere le catene ad una donna ricoverata alla Salpêtrière a Parigi nel 1795 ([Wikipedia Commons](#))