

Riflessioni sulle linee guida per il TSO e per la prevenzione della contenzione: una psichiatria non violenta è un'utopia?

Reflections on the guidelines for the OMT and for the prevention of restraints: is a non-violent psychiatry a utopia?

Francesco Scotti

Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria

Da qualche anno si registra un mutamento nel dibattito sulla psichiatria italiana, che si caratterizza come passaggio dall'ideologia all'eticità. Vanno in secondo piano le rappresentazioni collettive in cui la psichiatria è investita di un ruolo importante nella creazione e nel mantenimento degli equilibri sociali, per far emergere il valore della singola persona oggetto di prestazioni psichiatriche. Con il vantaggio di disinnescare quella che oserei chiamare la "bomba ideologica" oggi ancora sempre pronta ad esplodere quando la psichiatria si qualifica di sinistra o di destra; o anche, in modo più raffinato, quando una psichiatria sociale viene contrapposta ad una psichiatria tecnologica; con l'intenzione nuova, e non è cosa da poco, di conquistare una maggiore rigosità, una maggiore trasparenza e un maggiore consenso. Ma perché la psichiatria ha comunque bisogno di una legittimazione esterna? La necessità di appoggiarsi a un qualche sistema che definisca la dignità e il senso stesso dell'uomo è inevitabile per una disciplina vo-

tata alla pratica piuttosto che fondata su una scienza pura.

Due documenti prodotti dal "Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale", e fatti propri dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, sono esempi di percorsi avviati in questa direzione.

Li illustro brevemente per chi non li conoscesse, benché siano stati adottati da molte Regioni ma non so quanto diffuse: le parti in corsivo sono citazioni dai documenti (disponibili sul sito della conferenza permanente delle Regioni e delle Province autonome).

1. Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

(2009)

Il documento contiene indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui

agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78.

Nel primo comma dell'Art 33 della Legge 833/78 leggiamo che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari". Con ciò viene affermato un duplice diritto: alla difesa della salute e alla libertà individuale nell'esercizio di questo diritto. Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano.

Rendendo operative, nel modo più completo, le garanzie introdotte dalla legge, si migliora la risposta in termini di qualità della cura ed efficacia dei servizi che vi sono preposti, introducendo quei valori di trasparenza delle procedure, permeabilità dei luoghi di cura, valutabilità delle prestazioni, sempre più rilevanti nella nostra società.

L'applicazione di tutte le procedure previste dalla legge può sembrare a qualcuno un inutile dispiegamento di atti burocratici. Ma prima di pensare a un eccesso formale di garanzie, dovremmo non dimenticare l'importanza dei diritti che sono con ciò garantiti, come quello alla libertà personale e il diritto di decidere sulla propria salute. Di fronte alla constatazione che non sempre la quantità di energie e tempo impiegati per gli adempimenti previsti dalla legge è proporzionale al risultato si dovrebbe valorizzare il significato pedagogico dell'applicazione della legge: si testimonia al paziente il rispetto personale e sociale cui ha diritto, realizzato anche con il puntuale rispetto delle leggi, si sottolinea l'importanza che la sua adesione volontaria ha per la progettazione condivisa di un intervento terapeutico, con ciò favorendo una contrattazione per una presa in carico post TSO da parte dei presidi e servizi territoriali.

Un'attenzione particolare viene dedicata alle questioni più controverse: le garanzie amministrative e giurisdizionali; le procedure per il TSO extra ospedaliero; la libertà di scelta da parte del paziente; le circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO; procedure ASO e TSO in età evolutiva (quest'ultimo argomento mai affrontato prima d'ora).

Qual è lo scopo delle "Raccomandazioni"?

Rendere disponibile una regolamentazione coerente, omogenea in tutta Italia, chiara, degli interventi senza consenso in psichiatria.

Se si interviene con un ASO o con un TSO non è mai a cuor leggero. Si tratta sempre di situazioni difficili, gravi, alle quali si applicano soluzioni eccezionali. E' la legge a richiedere che si tentino prima altre strade e che esista una intrinseca serietà del caso (un caso che necessita di urgenti interventi terapeutici). Di solito si tratta di emergenze con il carattere della drammaticità e quindi che hanno un eco notevole quando si verificano. Ma va anche detto che, benché facciano molto rumore, da un punto di vista quantitativo si tratta di una minoranza dei pazienti psichiatrici perché i TSO rappresentano una parte dei ricoveri ospedalieri (in media 1/3) e i ricoveri ospedalieri rappresentano una quota minoritaria dell'attività assistenziale (in media 1/25). Quantitativamente e qualitativamente i problemi della psichiatria stanno altrove. Se abbiamo in mente che il trattamento senza consenso è l'eccezione e non la regola o il modello per ogni intervento nel campo della salute mentale, saremmo facilitati nell'affrontare razionalmente la questione. Che è sicuramente una questione molto importante per le implicazioni etiche e giuridiche degli ASO e dei TSO. Cerchiamo di capire perché.

La 180 ha decretato la chiusura dei Manicomi, l'abrogazione della Legge del 1904 e di vari articoli di legge che sancivano la morte civile degli internati negli ospedali psichiatrici; ha posto al centro del nuovo sistema di assistenza psichiatrica la tutela della salute del malato mentale, prima di allora la salute del malato mentale era l'ultimo bene ad essere tutelato. Di più: ha fatto del diritto del malato mentale ad essere curato l'asse intorno al quale tutto il resto veniva a ruotare.

Ma, "avendo introdotto la tutela del diritto che il paziente psichiatrico ha di essere curato, ha introdotto un conflitto di diritti"⁽¹⁾. Ad esempio: il conflitto tra il diritto del paziente di essere curato in un conte-

⁽¹⁾ F. Scotti: in *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, 1989

sto di vita normale e il diritto dei familiari a non sobbarcarsi un peso che a volte somiglia a quello di una ospedalizzazione a domicilio o a tollerare una presenza che crea difficoltà al di là delle proprie capacità di sopportazione. Nel regime manicomiale questo tipo di diritti dei familiari era tutelato (il che non vuol dire che questi fossero contenti del modo in cui il convivente malato era trattato).

Ma bisogna anche ricordare che “la 180 ha fatto esplodere la incompatibilità tra custodia e terapia che prima non compariva perché non c’era la terapia ma solo la custodia”⁽²⁾. Detta così la cosa sembra esagerata ma per misurare la complessità della questione pensate che solo quest’anno, dopo trenta anni della legge che aboliva i Manicomi si incomincia ad affrontare la questione dei malati presenti negli Ospedali psichiatrici giudiziari, cioè quei luoghi in cui la custodia è massima e la cura minima o assente.

Ma c’è anche un altro conflitto, forse ancora più drammatico, che la 180 ha introdotto: il conflitto tra il diritto ad essere curato e il diritto a rifiutare la cura. Questo conflitto è posto nel cuore stesso della Legge, lì dove essa dice che “gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari”. Quel “*di norma*” è aggiunto dalla 833/78, perché non c’era nella 180/78. E *di norma* vuol dire che c’è una norma che lo dice e non che si tratta di un dato statistico (come siamo portati a pensare in medicina). È infatti la Costituzione che tutela la libertà del cittadino anche in questo ambito.

Forse non è fuori luogo ricordare che la Costituzione, anche nei casi in cui ammette una sospensione del diritto del paziente a rifiutare le cure continua a tutelare gli altri diritti del cittadino: di essere rispettato nella sua dignità di persona, di godere dei diritti civili e politici e, soprattutto, di essere curato.

Da ciò discendono le garanzie amministrative e giurisdizionali che circondano l’ASO e il TSO.

Evitare soprusi, dare al cittadino tutte le opportunità di opporsi alla decisione del giudice tutelare, rendere meno gravosa la limitazione della libertà personale,

evitare che si prolunghi più del necessario.

E ce ne sono molte di queste garanzie indicate dalla Legge e che le *Raccomandazioni* hanno esplicitato, e ci sono molti diritti che sono garantiti al cittadino anche quando è obbligato a curarsi.

(Ad esempio: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio per opporsi, dinanzi al tribunale, all’ordinanza che gli ha imposto l’obbligo di curarsi).

E’ evidente che non basta affermare i diritti per renderli esigibili. Ma se lo fossero il loro rispetto costituirebbe una qualità che contrasterebbe la violenza inerente ad ogni intervento sanitario senza consenso. Ma siccome faccio lo psichiatra e non il giurista mi corre il dovere di dire che la questione dei diritti non è influente sulla efficacia degli interventi medici. Qualcuno potrebbe approfittare di questa mia affermazione per ricordare che il diritto a rifiutare le cure entra qualche volta in conflitto con il diritto alla salute. La Legge 180 prevede questa circostanza e pone limiti alla libertà del cittadino per affermare il diritto alla cura dei disturbi psichici al di là della volontà personale. E poi esiste tutta la casistica dello stato di necessità in cui è fatto obbligo al medico di intervenire. Ma non è di questo che voglio parlarvi. Se volete posso esprimere con uno slogan la mia posizione: il rispetto dei diritti del cittadino fa bene alla salute, almeno a quella mentale.

E mi spiego. Il rispetto dei diritti della persona è una precondizione della efficacia della cura. E’ un diritto del paziente essere ascoltato ma è anche un dovere del medico ascoltarlo perché solo così ci può essere un riconoscimento dei bisogni di quel singolo. Il rispetto dei diritti è l’avvio di una accoglienza del paziente che oltre ad avere una valenza etica ha un significato di un riconoscimento reciproco senza il quale la parola fiducia è priva di significato. Infine il rispetto dei diritti è la premessa di una alleanza con il paziente della quale abbiamo bisogno soprattutto per

⁽²⁾ F. Scotti: in *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, 1989

i trattamenti di lunga durata che sono la regola piuttosto che l'eccezione in psichiatria.

Per ribadire il concetto: tutti i diritti che la legge nomina, tutte le precauzioni che propone, la centralità del paziente e l'eccezionalità della obbligatorietà della cura non sono soltanto il frutto di una società democratica o di una ispirazione etica (benché questo non sia cosa da poco) ma discendono dalla esperienza di cura dei pazienti psichiatrici.

Il successo della cura dipende non solo dalla abilità del terapeuta e dalla presenza di condizioni favorevoli alla cura di cui si parla come fattori extra clinici, ma anche dalla adesione del paziente alla cura. Quando si parla di personalizzazione della cura (e se ne parla sempre più spesso), di Progetto terapeutico individuale, di terapia centrata sulla persona, non dovremmo dimenticare che abbiamo bisogno della collaborazione del paziente. Il paziente non è un manichino sul quale un buon sarto può confezionare un vestito, occorre che possa indossare con comodità il vestito e viverci dentro.

Sto parlando di efficacia della cura e non solo di legittimità. La contrattualità del paziente qui io la vedo sul versante della necessità e non come diritto astratto a scegliere la cura da un catalogo del supermercato della salute. E' necessario che il paziente aderisca al nostro progetto, ma per far questo è necessario che lo costruiamo insieme. Ogni forzatura, ogni limitazione, ogni imposizione peggiora il livello di comunicazione e riduce la comprensione.

L'obiettivo politico di questo Documento è smontare l'accanimento riformistico nei confronti della Legge 180 che ha scelto il Trattamento sanitario obbligatorio come cavallo di Troia per entrare nei meccanismi della Legge che ha abolito i Manicomi e scardinarla: nella riforma della riforma il trattamento senza consenso del paziente diventerebbe l'asse portante di una psichiatria programmaticamente aggressiva.

L'invito implicito in questo documento è: innanzi tutto applichiamo la Legge.

Chi invece protesta ufficialmente è l'Europa. La comunicazione del *Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e dei trattamenti disumani e degradanti*

o punitivi, contesta la scarsa chiarezza nell'applicazione delle procedure poste a difesa dei diritti dei pazienti ricoverati in ospedale involontariamente e trattati senza il loro consenso. I Responsabili dei SPDC che il Comitato ha interrogato davano interpretazioni personali delle procedure, la cui unica giustificazione era che si era sempre fatto così.

In particolare il Comitato criticava la prassi adottata dal Giudice Tutelare e riteneva che questi "dovrebbe andare al di là di un controllo meramente formale dei documenti amministrativi, ma dovrebbe sviluppare un procedimento corretto, che potrebbe svolgersi in ospedale, consentendo di prendere contatto diretto tra le parti interessate vale a dire paziente, medico e giudice".

2. Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione (2010)

Le Regioni sono state spinte a produrre queste raccomandazioni anche dalla preoccupazione che una pratica disinvolta della contenzione avvalorò il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno. Giacché è nel silenzio che si sta realizzando un uso poco critico di questa pratica, è utile parlarne in un documento condiviso dedicato non alle indicazioni tecniche per una contenzione ben fatta ma impegnato a creare una strategia della sua prevenzione. Questo documento contiene raccomandazioni che sono valide in tutto il contesto della Salute Mentale, sia in età adulta che evolutiva.

Contenzione fisica e violenza.

E' possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente. Questo cambiamento di prospettiva non sarebbe tuttavia sufficiente a illustrare il problema nella sua complessità se non facessimo attenzione a collocarlo nella questione più ampia degli interventi di urgenza. E' nell'urgenza che si incontrano le situazioni più drammatiche ed è

possibile agire precocemente sui fattori che sono antecedenti importanti di comportamenti violenti. Inoltre, se non accettassimo questo ampliamento, daremmo l'impressione di ritenere che la questione della violenza riguardi solo le situazioni di degenza ospedaliera e non le situazioni psichiatriche in contesti specifici di vita. La conoscenza delle modalità di risposta ambientale ai comportamenti dei pazienti, a causa delle difficoltà relazionali attribuibili alle loro patologie, ma anche dei conflitti in cui sono coinvolti, possono dare accesso ad una comprensione delle reazioni violente.

Un elemento però va segnalato ed è costituito dalle difficoltà aggiuntive che derivano dalla inappropriatazza di molti ricoveri psichiatrici che rende difficile, a volte al limite dell'impossibilità, la gestione della presa in carico. Uno dei meccanismi più comuni di inappropriatazza è la traduzione di ogni situazione in cui vengono agiti comportamenti violenti in una manifestazione psichiatrica. In tal modo si fa della psichiatria, e dei suoi luoghi di cura, un contenitore aspecifico destinato a separare, accantonare, nascondere la violenza.

L'indicazione di questo percorso è fondamentale elemento di un metodo (per la comprensione della violenza) ma è anche centrale in una strategia di prevenzione perché se noi ci collochiamo solo nel punto finale può sembrare inevitabile ricorrere alla contenzione fisica come rimedio ad una situazione cui non si sa come rimediare. In questo punto finale si discute se la colpa è del malato o dell'infermiere, ecc.

Finalità delle raccomandazioni è favorire la:

- *consapevolezza che la prevenzione dei comportamenti violenti è una condizione per rendere efficace la cura;*
- *consapevolezza che la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla;*
- *consapevolezza che rispondere alla violenza con la violenza non paga.*

A partire da questi assunti può disegnarsi un percorso per giungere alla meta costi-tuita dal superamento della contenzione fisica, facendo di tale superamento un elemento di qualità del miglioramento continuo

della pratica psichiatrica.

Dalla condivisione di tale impostazione scaturisce una strategia di prevenzione che affida la sua efficacia alla gradualità dell'approccio piuttosto che ad affermazioni astratte intorno alla legittimità della pratica di contenzione fisica o allo spostamento dell'attenzione su riflessioni teoriche intorno a un legame intrinseco, affermato da alcuni e negato da altri, tra malattia mentale e comportamento violento.

Una prima conclusione è che si può giungere a *considerare la contenzione fisica come un intervento antiterapeutico, che danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica, e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica. In questa chiave, dando per scontato che con un di più di formazione, di organizzazione e di sorveglianza si riesca a evitare la violenza superflua, quella che viene praticata per dare un esempio, per realizzare una punizione, o "prevenire" una violenza attesa. La tesi di questo documento è che si debba evitare la contenzione fisica in ogni situazione, attraverso una strategia che preven- ga i comportamenti violenti in ambienti di cura.*

A tal fine una rete assistenziale territoriale e ospedaliera che garantisca interventi precoci e integrati di presa in carico dei disturbi acuti riduce il numero dei ricoveri e quindi anche la eventualità del ricorso alla contenzione. Come provvedimento immediato la costruzione di un sistema informativo e di un flusso di dati in grado di misurare la contenzione come evento sentinella è di per sé efficace nel ridurre l'impiego non appropriato. Nei casi in cui si configuri un intervento in stato di necessità e la contenzione fisica non sia evitabile, il personale coinvolto deve essere specificamente formato alla gestione del paziente in quella specifica situazione, e devono essere attivate di routine procedure interne e istituzionali di monitoraggio e tutela.

La questione della contenzione fisica va al di là degli ambiti in cui si esercita la psichiatria.

Se la contenzione fisica non va bene nei servizi psichiatrici e ne viene denunciato l'abuso e l'uso stesso, non è detto che la situazione sia più favorevole negli istituti per anziani o in quelli per minori handicappati o aggressivi. Anche se qualcuno abituato alle generalizzazioni paradossali ha sostenuto che tanto

varrebbe abolire per legge l'uso delle cinture in aereo ed in auto. Basta far notare che anche il guidatore e il pilota si assicurano mediante cinghie e, soprattutto, possono liberarsi da soli.

Obiettivo finale delle Raccomandazioni è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale.

In conclusione ci sono sette raccomandazioni ma qui riporterò solo l'ultima:

Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.

Qui finisce la sintesi dei due documenti, fatti per applicare procedure e favorire pratiche che, in sintesi, definirei di psichiatria non violenta. Vorrei aggiungere un breve commento, anche per giustificare la domanda che conclude il titolo di questo mio intervento: una psichiatria non violenta è un'utopia.

Entrambi questi documenti hanno come cardine il riconoscimento dei diritti dei cittadini: diritto alla libertà, che si declina nel campo della salute mentale come libertà nella scelta dei modi e dei luoghi di cura; diritto a non perdere la fruizione di altri diritti a causa dello stato di malattia o di sofferenza; diritto alla cura e alla guarigione, usufruendo di tutte le opportunità disponibili.

Tutti abbiamo esperienza della potenziale conflittualità che esiste tra questi diritti, ad esempio tra il diritto alla libertà e il diritto alla salute. Lasciamo ai giuristi il compito di discutere sulla classificazione dei diritti e sulla logica che giustifica la violazione dell'uno in caso di prevalenza dell'altro.

Come operatori della salute, coinvolti nella gestione sociale di questo bene, non possiamo avere una lettu-

ra puramente giuridica dei diritti. Non possiamo fare a meno di sentire che i diritti di un certo tempo emergono in relazione ai bisogni. Il riconoscimento di un nuovo bisogno mette in scacco una legge che aveva come oggetto un modo di difendere un diritto. Vorrei ricordare come la *Legge 1904 sui manicomi e gli alienati* sia caduta in disuso, molto prima di essere formalmente abrogata, lì dove si era scoperto che era in conflitto con il diritto alla salute, alla cura e alla libertà. Qualcuno di noi è ancora testimone della costante violazione di questa legge nella pratica territoriale ed ospedaliera e della sua negazione formale in Regolamenti di centri di igiene mentale, senza che nessuno abbia sentito il bisogno di portare il conflitto dinanzi alla Corte costituzionale.

Anche per queste considerazioni io credo che qualunque sia la nostra posizione dottrinarica non siamo esentati dal cercare vie di conciliazione, facendo prevalere una buona pratica su una più o meno buona teoria, preferendo, per usare il linguaggio dei filosofi, una ortoprassi a qualunque ortodossia. Quindi evitando l'abbandono di una persona in stato di bisogno con la giustificazione che con ciò viene rispettata integralmente la sua libertà; e senza una sua espulsione, in luoghi più o meno protetti, perché si mostra restio ad una cura in un contesto normale di vita con la giustificazione che con ciò lo proteggiamo da stimoli eccessivi o salvaguardiamo la sua vulnerabilità; oppure esercitando su di lui una violenza che sarebbe frutto sempre di una necessità, senza neppure il sospetto che si stia commettendo un abuso.

E' possibile una psichiatria non violenta? E' possibile anche quando la violenza sembra inevitabile, quando ci si deve confrontare con situazioni di cura quasi impossibili, caratterizzate dal mancato riconoscimento di uno stato di malattia da parte del paziente e da modalità di esistenza improntate a forti conflitti. E' possibile purché essa scaturisca come punto di arrivo di un percorso in cui progressivamente si possano mutare gli atteggiamenti degli operatori, dei pazienti, e del contesto di vita.

Tutto questo sforzo diventa sostenibile se alimentiamo la convinzione che solo una psichiatria non violenta può essere efficace, può cioè utilizzare al meglio le conoscenze teoriche e le buone pratiche dispo-

nibili; che ogni violenza, che venga introdotta nella pratica, anche "a fin di bene", porta un danno alla cura, ritarda la guarigione, distrugge risorse terapeutiche, demotiva i pazienti e gli operatori, crea lo stereotipo della pericolosità legata al disturbo psichico o alla cura psichiatrica, accresce lo stigma di cui godono pazienti e operatori.

Non suoni incoraggiamento retorico ma solo segnalazione di una continuità nella riforma della psichiatria ricordare che fin dalla lotta alle istituzioni totali i criteri di qualità etica si sono intrecciati strettamente con i criteri derivati dalle conoscenze scientifiche; di più: hanno fatto da base al rinnovamento e quindi anche a quello delle conoscenze scientifiche.

Ma al di là delle invocazioni, con le quali molti di noi si consolano in attesa che si realizzino le condizioni per una psichiatria moderna, non violenta, realmente rinnovata e accessibile a tutti, che cosa ci insegna l'iter di costruzione di questi due documenti?

Essi si sono dovuti confrontare, nel gruppo interregionale che li ha scritti, con opposti estremismi (passatemi l'espressione anche se non molto elegante). Ci sono stati quelli che li ritenevano troppo vincolanti rispetto alle necessità della pratica: qualcuno invocava una propaganda più vistosa dello stato di necessità in cui gli psichiatri si imbatterebbero più

spesso di altri professionisti della salute e che li autorizzerebbe a trattare con più disinvoltura i lacci e i laccioli delle norme. Altri invece si sono scandalizzati che si potessero anche solo nominare ricoveri coatti e contenzioni meccaniche perché già parlarne significava in qualche modo favorire queste pratiche. Non c'è stato un compromesso ma una mediazione sì, per costruire un cammino verso circoli virtuosi a partire da forti condivisioni etiche e scientifiche, lasciando da parte tutto ciò che poteva essere etichettato come ideologico.

Per entrambi i documenti di Raccomandazioni, sia quello su accertamenti e trattamenti obbligatori sia quello per la prevenzione della contenzione fisica l'obiettivo finale, che è stato raggiunto, era di costruire un percorso di coinvolgimento, e quindi di informazione, di formazione, di sperimentazione che portasse, con la collaborazione di tutte le componenti coinvolte nelle pratiche psichiatriche, all'esaurirsi della necessità di Trattamenti sanitari obbligatori e al bando della contenzione fisica.

Forse non se ne farà nulla di questi impegni che sono stati presi e tutto continuerà come prima ma nelle convergenze che si sono realizzate io vedo una delle poche luci accese per muoversi nella psichiatria, verso un futuro meno conflittuale.