- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Sat, 05 Jul 2025, 23:40:12

Dalla letteratura

Perché la contenzione non è un atto medico

La contenzione meccanica dei pazienti psichiatrici è ancora oggi una delle questioni più controverse e dibattute in Italia e nella comunità internazionale relativamente all'assistenza psichiatrica[1]. Questa pratica, infatti, solleva una grande quantità di problemi di ordine etico, clinico, giuridico e medico-legale. Se esistono posizioni, in ambito giuridico e psichiatrico, che assimilano la contenzione meccanica a una pratica da poter utilizzare in stato di necessità, molto diffusa è la posizione alternativa che sostiene l'illegittimità etica e giuridico-costituzionale di questo strumento, che ne nega la valenza terapeutica. Sicuramente è una pratica molto diffusa, e non solo nei reparti psichiatrici. Secondo una ricerca condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità presso un campione di Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), sull'intero territorio nazionale nel 60 per cento dei casi le strutture fanno ricorso a pratiche di contenzione meccanica e in oltre il 70 per cento sono presenti gli strumenti idonei per farvi ricorso. In Italia avvengono in media 20 contenzioni ogni 100 ricoveri. Questi dati, seppur si tratti di stime e siano poco aggiornati, sono utili a inquadrare il fenomeno dal momento che non tutti i Spdc forniscono registri con il monitoraggio delle contenzioni praticate.

Negli ultimi mesi si è tornato a parlare di contenzione – anche se meno di quanto si sarebbe dovuto – in seguito alla morte di Elena Casetto, la ragazza diciannovenne bruciata viva all'interno del reparto psichiatrico dell'ospedale di Bergamo. La ragazza era stata legata al letto qualche ora prima e la sua stanza era chiusa a chiave: una situazione molto distante da quella auspicata da Gianvito Iannuzzi, volontario in un Centro di salute mentale (Csm) a Roma ed ex paziente psichiatrico nel cortometraggio *Parlare mille lingue*. Una volta scoppiato l'incendio, le fiamme sono divampate e nessuno è riuscito a salvarla. Ancora, il 4 agosto del 2009, nel Spdc dell'ospedale di Vallo della Lucania, è morto legato a un letto Franco Mastrogiovanni, vicenda raccontata dallo straziante film di Costanza Quatriglio, *87 ore*, che ha portato alla condanna definitiva di sei medici e undici infermieri. In questo caso ha fatto scalpore l'affermazione inequivocabile della Cassazione: il ricorso al letto di contenzione non è mai una misura terapeutica. Come hanno scritto in un articolo pubblicato su *La Repubblica* Luigi Manconi e Valentina Calderone – presidente e direttrice dell'associazione *A buon diritto*, che da anni lavora anche su queste tematiche – non dire che «la contenzione meccanica non è un atto medico» perché la pratica di legare i pazienti a un letto, polsi e caviglie stretti dentro lacci e cinghie possa dirsi abolita. Al contrario, la contenzione è talmente frequente che numerose associazioni si sono unite nella promozione di una campagna, "... E tu slegalo subito", che ne chiede la totale abolizione[2].

Anche il documento del Comitato nazionale di bioetica uscito nel 2015[3] e il rapporto del 2017 della Commissione diritti umani del Senato[4] presieduta da Luigi Manconi ne hanno denunciato la frequenza, focalizzando il tema dal punto di vista del rispetto della dignità e dei diritti della persona. «Secondo la nostra Costituzione», scrive Manconi nel rapporto, «i ricorsi a pratiche limitative della libertà personale nell'ambito di trattamenti sanitari dovrebbero rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate, sottoposte a un sistema giurisdizionale di garanzie nei confronti dei pazienti. Mentre si continua dunque ad agire in maniera stridente con la migliore cultura giuridica e sanitaria affermatasi nel nostro paese e, in particolare, con quella "legge Basaglia" che ha riconosciuto in maniera piena la dignità e la titolarità dei diritti delle persone affette da disagio mentale. Nella stragrande maggioranza dei centri di diagnosi e cura i pazienti non hanno la possibilità di avere rapporti con i familiari, di muoversi liberamente (tantomeno di uscire) e tali strutture risultano spesso impermeabili a qualsiasi possibilità di monitoraggio e controllo dall'esterno e la pratica di misure di contenzione meccanica è una componente ricorrente, seppur nell'ombra. [...] La contenzione meccanica continua a rimanere pratica diffusa nel pressoché assoluto silenzio della politica, delle

Winterland boulevard, di Miguel Virkkunen Carvalho (Flickr CC).

In questo numero di apertura di 2020 di Recenti Progressi in Medicina*, le notizie della rubrica "Dalla letteratura" sono accompagnate da alcune immagini di autori diversi di differenti paesi del mondo. Hanno in comune l'essere state scattate nel mese di gennaio ed essere condivise liberamente.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Sat, 05 Jul 2025, 23:40:12

comunità professionali e dell'intero corpo sociale».

Eppure ci sono luoghi in Italia dove la contenzione è stata abbandonata e le porte sono aperte. Luoghi dove sono evidenti pratiche e organizzazioni dei servizi rispettose della persona, della dignità e dei diritti di tutti, utenti e operatori. Dalla regione Friuli Venezia Giulia, dove iniziò la rivoluzione psichiatrica basagliana, fino a buone pratiche sparse sul territorio nazionale. Esistono, infatti, circa 30 Spdc *no restraint* capaci, anche nelle situazioni più estreme, di assicurare dignità e diritti. Che è anche quello che si augura Gianvito Iannuzzi: «Benissimo la forza, benissimo il rigore, ma accanto diamo una parvenza di umanità, perché in quella situazione di impotenza quello che resta è la parola. Facciamo che le parole siano vere, autentiche e in qualche modo calibrate. In quella situazione si è fecondi mentalmente, si ha bisogno di uno scambio, di un dialogo. Pensare che hai risolto tutto legando, chiudendo la porta e andando via, non dico buttando la chiave ma quasi, è la cosa più crudele e più assurda che sia stata concepita all'interno di una scienza»[5].

Conosciamo tutti le difficoltà degli operatori costretti a lavorare in condizioni di carenza di organico, in ambienti inadeguati o sovraffollati, ma sappiamo anche che la contenzione non è un frutto solo di queste carenze e difficoltà. Influiscono l'orientamento, la cultura degli operatori, dei dirigenti, il modello organizzativo dei servizi di salute mentale. Queste esperienze dimostrano che si può fare a meno di legare. O almeno che una persona non venga lasciata sola e che vi sia una parvenza di umanità.

Bibliografia

1. Bonati M. Continuità degli affetti, continuità delle cure. Ricerca & Pratica 2019; 35: 195-7.
2. ...e tu slegalo subito. Campagna nazionale per l'abolizione della contenzione. http://www.slegalosubito.com/
3. Comitato Nazionale per la Bioetica. La contenzione: problemi bioetici. Roma, 2015. http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf
4. https://www.abuondiritto.it/rapporti-e-ricerche/contenere-la-contenzione-meccanica-italia
5. Ibanez A, De Fiore R, Di Blasio N. Parlare mille lingue. https://vimeo.com/317213350

Rebecca De Fiore

Garantire il diritto all'aborto, dall'altra parte del mondo

Cosa c'entra una dottoressa olandese che lavora in Austria con una farmacia indiana e il numero di aborti effettuati ogni anno negli Stati Uniti? Può sembrare strano, ma un collegamento c'è. È la storia di Rebecca Gomperts, medico olandese che prescrive pillole abortive per le cittadine americane che non possono permettersi un aborto chirurgico o hanno difficoltà ad accedere alle strutture dove queste procedure vengono effettuate.

In generale, sottoporsi a un'interruzione di gravidanza negli Stati Uniti è diventato sempre più complicato. Solo nei primi mesi del 2019, ad esempio, circa trenta Stati americani hanno introdotto delle restrizioni alla legge sull'aborto, quindici dei quali basandosi sul criterio dell'*heartbeat bills*: l'impossibilità a interrompere la gravidanza dopo che il battito cardiaco del feto è diventato rilevabile, quindi intorno alla sesta settimana.

Una restrizione questa che – nonostante renda illegali gran parte degli aborti (spesso alla sesta settimana le donne non sanno nemmeno di essere incinte) – è già applicata in Georgia, Kentucky, Louisiana, Mississippi e Ohio. In Alabama, poi, è stata recentemente approvata una legge che vieta l'aborto in modo pressoché totale, di fatto anche in caso di stupro o incesto. A prescindere dagli aspetti legali, poi, molte cittadine semplicemente non possono permettersi un intervento di interruzione di gravidanza – il cui costo supera spesso i 500 $ – o devono affrontare viaggi lunghissimi per raggiungere la clinica più vicina.

Tutte limitazioni che hanno spinto Gomperts – che oltre a essere un medico è anche una nota attivista per il diritto all'aborto – ad agire. Questo nonostante il suo servizio di consulenza online "Aid Access" (https://aidaccess.org/) sia attualmente considerato illegale dall'ente regolatorio statunitense: la Food and Drug Administration (FDA). "Come medico ho l'obbligo di prendermi cura dei pazienti che mi contattano per avere il mio aiuto. L'FDA non ha potere decisionale sulla mia pratica clinica – ha spiegato in un'intervista rilasciata qualche settimana fa alla BBC – quindi finché potrò aiutare le donne, non smetterò".

Per farlo, Gomperts sfrutta due fattori. Il primo riguarda la possibilità di interrompere la gravidanza in modo farmacologico, attraverso la somministrazione di uno dei due medicinali attualmente disponibili per questo scopo: il mifepristone o RU-486, steroide sintetico che agisce bloccando gli ormoni responsabili del mantenimento della gestazione, e il misoprostolo, che causa la contrazione dell'utero e il successivo sanguinamento. Farmaci, questi, caratterizzati da un buon livello di efficacia e di sicurezza: infatti, se da un lato la procedura va a buon fine nel 95% dei casi, dall'altro la probabilità di andare incontro a complicazioni gravi come emorragie e infezioni non supera invece lo 0,4%.

Il secondo fattore sfruttato da Gomperts è poi la possibilità di offrire questo servizio a distanza. Nel suo caso specifico, da un altro continente. Infatti, nell'ambito dell'aborto farmacologico le donne che vogliono interrompere la gravidanza possono essere "visitate" in video-conferenza, sottoporsi ai test necessari presso strutture locali e poi ricevere il farmaco via posta. "È stata fatta molta ricerca – ha sottolineato la dottoressa olandese –, da cui è emerso che l'assistenza per l'aborto realizzata

Winter sunrise, di Nick Fewings (Flickr CC).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Sat, 05 Jul 2025, 23:40:12

in telemedicina è estremamente sicura ed efficace".

Ad esempio, un servizio attivato nel 2015 in Australia[1] ha ottenuto ottimi risultati, arrivando a trattare più di 300 donne in pochi mesi (molte delle quali provenienti da aree, come l'isola della Tasmania, dove accedere a un aborto chirurgico è molto complicato) senza riscontrare complicazioni gravi. Uno studio più recente, invece, ha messo a confronto il rischio di eventi avversi nell'ambito dell'aborto farmacologico, dimostrando come questi si verifichino con la stessa frequenza ("molto bassa") a prescindere dal tipo di visita effettuata (dal vivo o in telemedicina).

Un'affidabilità dimostrata anche dal numero di contatti raccolti dai servizi che, come "Aid Access", utilizzano questo approccio: "alla fine del 2018 aveva dato consulenza a più di 11.000 donne e fornito una prescrizione per una pillola abortiva a 2500 di loro", ha raccontato Gomperts alla BBC.

Prescrizioni che vengono poi fatte pervenire tramite mail a una farmacia in India, la quale provvede a inviare per posta il farmaco alle donne richiedenti negli Stati Uniti. In questo modo è possibile far arrivare il medicinale negli Stati Uniti a un prezzo ragionevole, anche se spesso con tempi di attesa piuttosto lunghi (possono passare anche 18 giorni prima che il farmaco giunga a destinazione).

Nessun dubbio, invece, sulla qualità dei medicinali prescritti. "I farmaci che vengono spediti dalla farmacia in India sono commerciati normalmente e devono sottostare alle indicazioni dell'ente regolatorio indiano: sono farmaci normali, di buona qualità", ha spiegato alla giornalista della BBC che la incalzava su questo argomento. "In India c'è una grande produzione di farmaci generici, farmaci che vengono prodotti per il mondo intero. Quindi l'idea che i farmaci che noi prescriviamo possano essere caratterizzati da standard di qualità inferiori è assolutamente infondata".

Ciononostante il processo rimane piuttosto complicato, anche per le potenziali conseguenze per le donne che si rivolgono alla dottoressa olandese. Gomperts ci tiene infatti a precisare che il suo servizio di consulenza prende in carico solo quei casi in cui il ricorso a un aborto farmacologico con consulenza a distanza è l'unica scelta percorribile: "Quello che faccio è aiutare le donne che non hanno altre opzioni, che negli Stati Uniti non hanno accesso a un servizio di assistenza sicuro per abortire: l'alternativa per queste donne - ha spiegato - è affidarsi a metodi pericolosi per interrompere la gravidanza o portarla a termine in modo forzato, eventualità cha rappresenta un rischio per la salute, soprattutto per le donne più povere".

Bibliografia

1. Raymond EG, Chong E, Hyland P. Increasing access to abortion with telemedicine. JAMA Intern Med 2016; 176: 585-6.

Fabio Ambrosino

Riviste scientifiche, prede e predatrici

"Mi hanno proposto di entrare nel comitato scientifico dell'*International Journal of [xyz] Epidemiology*. Che dici, mi devo fidare?" La domanda arriva a cadenza regolare: una volta a settimana da amici anche molto seri e informati. Possibile che il fenomeno delle riviste predatrici non sia ancora del tutto conosciuto?

Cinque ricercatori italiani su cento hanno pubblicato su riviste truffa, ma il nostro non è il solo Paese degli ingenui, se è vero che un sacco di dollari dei National institutes of health finiscono nelle casse di editori d'assalto. Case editrici di periodici che pubblicano articoli a pagamento senza sottoporre i contenuti ad alcun controllo di qualità. Un gruppo di 43 ricercatori, clinici, decisori, bibliotecari di 10 nazioni si è riunito a Ottawa nell'aprile 2019 per arrivare a una definizione condivisa di rivista predatrice, considerando questo come un passaggio fondamentale per sensibilizzare la comunità scientifica.

Cos'è una rivista predatrice? «Predatory journals and publishers are entities that prioritize self-interest at the expense of scholarship and are characterized by false or misleading information, deviation from best editorial and publication practices, a lack of transparency, and/or the use of aggressive and indiscriminate solicitation practices»[1].

Pare che non sia stato facile trovare un punto d'incontro. Per esempio, è stato fatto presente che molti autori pubblicano su queste riviste ben sapendo che si tratta di una truffa. Anche se è vero che in tanti cascano nel tranello incantati dal potere seduttivo di alcune delle centinaia di mail d'invito ricevute. Interessante come il gruppo di lavoro non sia riuscito a includere alcuni criteri che sembrerebbero ovvi, come l'esistenza di un percorso esplicito di peer review da parte della rivista. Molti periodici seri non lo dettagliano in maniera chiara e non per questo si può dubitare del loro rigore, hanno spiegato su *Nature*[2]. Altro problema nasce dalla capacità di questi editori di inserirsi in directory accreditate come il DOAJ (Directory of Open Access Journals) o in associazioni come il COPE che promuove l'etica nel publishing scientifico.

Ancora oggi le riviste sono un asset importante di una casa editrice perché possono essere uno strumento per far soldi: da prede delle grandi multinazionali dell'editoria scientifica a predatrici delle poche risorse per la ricerca. L'impressione però è che le attività di sensibilizzazione servano ma non siano risolutive come potrebbe esserlo una presa di coscienza del mondo accademico.

Bibliografia

1. Predatory journals and conferences. The University of Southern Mississippi. https://www.usm.edu/research-integrity/predatory_journals_conferences.php
2. Grudniewicz A, Moher D, Cobey KD, et al. Predatory publishers: no definition, no defence. Nature 2019; 576: 210-2.

Portland head light, di Paul van der Werf (Flickr CC).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Sat, 05 Jul 2025, 23:40:12

La cultura allunga la vita?

Coltivare la passione per l'arte potrebbe allungare la vita. Questi i risultati di uno studio pubblicato sul *BMJ* che ha studiato l'associazione tra la partecipazione ad attività culturali e la sopravvivenza[1].

Gli autori hanno analizzato la relazione tra coinvolgimento in attività culturali e mortalità in un periodo di follow-up di 14 anni in un campione rappresentativo di adulti di età uguale o superiore a 50 anni. I risultati hanno mostrato una relazione dose-risposta: il rischio di morire in qualsiasi momento durante il periodo di follow-up tra le persone che si dedicavano ad attività culturali anche raramente (una o due volte l'anno) era minore del 14% rispetto a chi stava lontano da mostre e gallerie; in chi invece le frequentava abitualmente il rischio di morte era inferiore del 31%.

Rilanciata dal *New York Times* anche sui social media, la notizia ha suscitato commenti sarcastici: "Aspettiamo lo studio che mostri l'associazione tra il possedere un appartamento di lusso e una vita più felice", ha commentato qualcuno. In effetti, l'associazione messa a fuoco dallo studio del *BMJ* è in buona parte attribuibile alle differenze di status socioeconomico tra coloro che possono coltivare passioni culturali e chi invece non può permetterselo[2,3]. Esiste una letteratura abbastanza vasta anche sull'associazione tra l'impegno sociale e civile e il rischio di morte[4]. Tuttavia, Fancourt e Steptoe hanno prestato la massima cura a ridurre ogni possibile distorsione riconducibile ai fattori di confondimento legati al reddito, al genere, all'appartenenza a una particolare area geografica. Questo li porta a concludere che dedicarsi ad attività culturali può contribuire a prevenire i disturbi dell'umore e il decadimento cognitivo. Allo stesso tempo, l'impegno artistico può essere un elemento chiave per la costruzione del capitale sociale, migliorando l'accesso delle persone alla conoscenza, aiutando a invecchiare in modo più sereno, aggiungendo significato alla vita, sostenendo la persona nei momenti di stress e migliorando la capacità di adattarsi positivamente alle circostanze della vita.

The green door, di Toni Camara (Flickr CC).

Il rischio di vedere una relazione causale laddove c'è solo un'associazione esiste. Ma i risultati esposti dall'articolo uscito sul *BMJ* impongono comunque una riflessione, che riprenda – magari – quanto scriveva ormai molti anni or sono Richard Smith, che della rivista della British Medical Association è stato a lungo direttore[5]. «Il governo britannico – scriveva – spende circa 50 miliardi di sterline all'anno per l'assistenza sanitaria e 300 milioni di sterline a sostegno delle arti. La mia tesi è che dirottare lo 0,5% del budget sanitario verso l'arte migliorerebbe la salute delle persone in Gran Bretagna. Una tale mossa sarebbe ovviamente altamente impopolare. Alla domanda se un aumento finanziato dalle tasse della spesa sanitaria sarebbe positivo per il Paese nel suo insieme, il 74% delle persone afferma di sì mentre solo il 7% sarebbe favorevole a un aumento della spesa per la cultura e l'arte. Il primo problema nell'avanzare una proposta così impopolare è definire la salute. Deve essere più che 'l'assenza di malattia', nonostante questa sia la definizione utilizzata da quelli che erroneamente sono indicati come 'servizi sanitari'. Tale definizione è inadeguata non solo per la sua ristrettezza e per l'impostazione negativa, ma anche perché la stessa 'malattia' è difficile da definire. La definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in termini di completo benessere fisico, mentale e sociale provoca comprensibilmente un'alzata di sopracciglia. La salute umana non può avere nulla a che fare con la perfezione. Siamo creature altamente imperfette. Ma la definizione dell'OMS riconosce che nella salute c'è molto più del benessere fisico

Take me to the river, di Robert Couse-Baker (Flickr CC).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Sat, 05 Jul 2025, 23:40:12

e dell'assenza di dolore. In realtà, gli aspetti organici della salute possono essere i meno importanti. È possibile essere gravemente disabile, sofferenti, prossimi alla morte e in un certo senso 'sani'? Credo di sì. La salute ha a che fare con l'adattamento e l'accettazione. Ci ammaleremo, vedremo ridotta la nostra funzionalità e moriremo. La salute non ha a che fare con l'evitare questi passaggi, ma con l'accettazione di essi, anche dando loro un significato. Il compito centrale della vita, credevano le persone nel medioevo, è prepararsi alla morte».

Investire nella cultura e smettere di buttar via soldi per prestazioni sanitarie e tecnologie inutili. Soprattutto, ridurre la medicalizzazione del quotidiano: «Sempre più processi e difficoltà della vita – nascita, morte, sessualità, invecchiamento, infelicità, stanchezza, solitudine, imperfezioni percepite nei nostri corpi – vengono sottoposte a medicalizzazione. La medicina non può risolvere questi problemi. A volte può aiutare, ma spesso a costi notevoli. Le persone sono trasformate in pazienti. Lo stigma prolifera. Si spende tanto denaro. I trattamenti possono determinare effetti dannosi e deturpanti. Peggio ancora, le terapie distolgono le persone da quelli che potrebbero essere modi molto migliori per consentire loro di adattarsi ai problemi di salute».

Mentre si approvano farmaci con procedure accelerate e sulla base di pochi o "singoli" studi poco rigorosi che promettono pochi giorni di sopravvivenza supplementare, il *Multi-annual financial framework* dell'Unione europea prospetta un taglio del 20% ai finanziamenti per la cultura. Prima di votarlo, non sarebbe male dare un'occhiata alla *scoping review* che una delle due autrici dello studio uscito sul *BMJ* – Daisy Fancourt – insieme con Saoirse Finn ha preparato per l'OMS[6]. Quasi mille riferimenti bibliografici a supporto di evidenze ragionevolmente sicure: nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, l'arte può influire positivamente sui determinanti sociali della salute sostenendo la crescita del bambino, incoraggiando comportamenti positivi, aiutando a prevenire malattie e sostenendo il lavoro dei caregiver. Parlando invece di gestione e cura di specifiche malattie, l'arte può aiutare a fare esperienza e a conoscere il disagio psichico, dare un supporto alla cura di chi è gravemente malato, aiutare le persone che soffrono di malattie neurologiche, sostenere l'assistenza alle malattie croniche e al fine vita.

Sebbene le evidenze (come sempre) siano di differente robustezza, esistono prove sufficienti a sostegno della relazione tra la salute e il godimento di attività culturali. Fossimo meno miopi, noi italiani dovremmo approfittarne.

Frozen tree, di Theo Crazzolara (Flickr CC).

Bibliografia

1. Fancourt D, Steptoe A. The art of life and death: 14 year follow-up analyses of associations between arts engagement and mortality in the English Longitudinal Study of Ageing. BMJ 2019; 367: l6377.
2. Konlaan BB, Bygren LO, Johansson SE. Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. Scand J Public Health 2000; 28: 174-8.
3. Fancourt D, Steptoe A. Cultural engagement predicts changes in cognitive function in older adults over a 10 year period: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Sci Rep 2018; 8: 10226.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med 2010; 7: e1000316.
5. Smith R. In search of "non-disease." BMJ 2002; 324: 883-5.
6. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network synthesis report 67).