

LETTERA APERTA
AI MEDICI, AGLI INFERMIERI, ALLE RAPPRESENTANZE SINDACALI E AI MEMBRI
DEL C.D.A. DELL'AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA,
AI GIORNALISTI, AI FUNZIONARI DELLA POLIZIA GIUDIZIARIA, AI MAGISTRATI
DELLA PROCURA DI MILANO

Egregi signori

Alle 2 di notte di mercoledì 24 ottobre 2010, mentre era ricoverato nel reparto psichiatrico Grossoni 3 dell'Ospedale Niguarda, è morto Tullio C. In aprile Tullio aveva compiuto 42 anni.

Noi riteniamo inammissibile che, in un grande ospedale, un ricoverato debba morire in un letto del reparto psichiatrico: in un qualsiasi normale ospedale 'civile' quando una persona ricoverata in psichiatria comincia a sentirsi male ed è in gravissime condizioni, viene immediatamente trasportata nei reparti di medicina di urgenza e di rianimazione per le terapie del caso.

All'ospedale Niguarda, la notte del 24 ottobre, questa procedura non è avvenuta.

Le prime voci che si sono diffuse tra alcuni operatori del Dipartimento di Salute Mentale riferiscono che "Tullio C., quando alle due di notte è morto, era in regime di contenzione fisica da oltre 14 ore".

Ovvero: *era immobilizzato e legato mani e piedi al suo letto da oltre 14 ore.*

Ovvero: *si è sentito male, si è aggravato, è entrato in agonia ed è morto in un'immensa solitudine, bloccato ai polsi e alle caviglie, crocifisso al suo letto di contenzione.*

Ovvero: *ha avuto la grande sfortuna di morire improvvisamente e prematuramente, in un modo particolarmente atroce e crudele.*

Noi del Telefono Viola da più di 15 anni conoscevamo Tullio.
Conoscevamo il suo sorriso, il suo buonumore, la sua voglia di vivere.
Addio Tullio.

La morte di Tullio non è che l'ultimo di gravissimi ed inaccettabili episodi avvenuti negli ultimi anni nei tre reparti psichiatrici di Niguarda.

Quanto accade da tempo nei tre reparti Grossoni 1, Grossoni 2 e Grossoni 3 preoccupa fortemente l'opinione pubblica italiana più sensibile al tema della difesa dei diritti umani nei reparti di psichiatria.

Quanto accade da tempo nei tre reparti Grossoni 1, Grossoni 2 e Grossoni 3 ottenebra gravemente l'immagine pubblica, la reputazione professionale e l'onorabilità stessa dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda.

In ogni caso, nei tre reparti Grossoni di Niguarda la pratica della contenzione fisica, lungi dall'essere una procedura da attuarsi solo in "casi eccezionali" (art.34 del R.D.615/1909) e per brevissimi periodi di tempo, è diventata piuttosto una pratica diffusa e abituale, attuata a volte con burocratica indifferenza.

Prima, però, di entrare nel merito di come viene praticata la contenzione fisica nel Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda, permetteteci di fare alcune premesse.

PREMESSA N. 1
LA TORTURA È UN CRIMINE CONTRO L'UMANITÀ

Il diritto internazionale considera la tortura un crimine contro l'umanità.

La Convenzione ONU approvata dall'Assemblea generale il 10 dicembre 1984 e ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 novembre 1988, n. 498, all'articolo 1 definisce il crimine della tortura come:

“qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore o sofferenze, fisiche o mentali, con l'intenzione di ottenere dalla persona stessa o da un terzo una confessione o un'informazione, di punirla per un atto che lei o un'altra persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimorire o costringere la persona o un terzo, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi altra forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenza siano inflitte da un pubblico ufficiale o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito”.

Il “*Protocollo di Istanbul - Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumani o degradanti*”, sottoposto il 9 agosto 1999 all'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite, al Cap. IV – “*Considerazioni generali per i colloqui*”, paragrafo “*G - Rassegna dei metodi di tortura*”, tra altri metodi di tortura elenca anche:

- b) Tortura posizionale, usando sospensione, **stiramento degli arti, restrizione prolungata dei movimenti, posizionamento forzato;***
- ...
- l) Tortura farmacologica usando dosi tossiche di sedativi, neurolettici, paralizzanti, ecc.;*
- ...
- u) costrizione ad assistere a tortura o atrocità inflitte ad altri.*

PREMESSA N. 2
LA CONTENZIONE FISICA DEGLI INTERNATI NEI MANICOMI

Come tutti voi sapete, la contenzione fisica degli internati dei manicomi è stata una delle pratiche più diffuse ed inumane dell'istituzione manicomiale: la camicia di forza è stata per secoli l'emblema della sofferenza elargita alle persone ritenute “malate” nella mente.

Eppure, fin dalla seconda metà del '700 mantenere legata una persona a una tavola (come anche ad un letto) è stato considerato nella cultura giuridica europea un'inammissibile atto di violenza fisica, un vero e proprio atto di tortura che, come tutte le altre punizioni corporali, ha finito per essere bandito dagli ordinamenti penali del continente.

Il ripudio delle pene fisiche nella punizione dei reati è stato uno dei segnali più significativi del passaggio dall'epoca feudale a quella moderna, eppure questo principio non è mai riuscito a varcare i cancelli dei numerosi manicomi, che, sempre a partire dalla fine del '700 si sono diffusi in tutta l'Europa.

Nella nostra cultura l'irrazionale paura della follia, l'irrazionale paura nei confronti di coloro che, in veste di “malati” nella mente (nonché in veste di moderni capri espiatori), sono stati internati nei manicomi, ha permesso che il tormento del contenimento fisico (assieme ad un'ampio elenco di altri orrori) rimanesse in auge negli istituti manicomiali per quasi 2 secoli, fin verso gli ultimi decenni del '900.

30 anni fa, in Italia, il grande movimento civile per la chiusura dei manicomi si illuse che con la fine di queste istituzioni si sarebbe aperta una nuova stagione, più umana e civile, per la cura delle cosiddette “malattie” mentali, una stagione in cui le forme più odiose e brutali dei trattamenti psichiatrici del passato sarebbero state definitivamente accantonate.

In realtà, pur tramontando definitivamente l'uso della camicia di forza, la pratica della contenzione fisica nei reparti psichiatrici è rimasta, sebbene non dappertutto, anche dopo la legge 180 (*come anche si assiste ad una sua sempre maggior diffusione nei reparti geriatrici e nelle case di cura per gli anziani*).

Naturalmente oggi si dichiara che tale pratica viene adoperata solo in casi straordinari ed eccezionali, e solo per evitare un danno maggiore che taluni ricoverati, considerati violenti, possono recare a sé o agli altri.

Naturalmente oggi si dichiara che la contenzione viene grandemente limitata nel tempo in modo da essere sostituita dalla contenzione farmacologica o dalla capacità di tranquillizzare il paziente con le parole.

Naturalmente oggi vi sono protocolli normativi internazionali di riferimento puntigliosi e precisi, volti a limitare il danno fisico per i pazienti contenuti.

Naturalmente oggi si prescrivono i materiali più adatti per i mezzi di contenzione per evitare lacerazioni ed ulcerazioni.

E, però, nonostante tutto, non crediamo che vi possa essere il benchè minimo dubbio che tenere una persona legata mani e piedi ad un letto contro la sua volontà rappresenti pur sempre una grave forma di pena corporale, causa di grande sofferenza fisica e psicologica.

PREMESSA N. 3

OGNUNO DI VOI PUÒ RENDERSI FACILMENTE CONTO
COME COSTRINGERE UNA PERSONA A RIMANERE IMMOBILE LEGATA AD UN LETTO
SIA UNA FORMA DI TORTURA.

In questi mesi si stanno svolgendo i processi per la morte di Giuseppe Casu (*morto legato ad un letto di contenzione dell'SPDC dell'Ospedale Santissima Trinità di Cagliari il 22 giugno 2006*) e di Francesco Mastrogiovanni (*morto legato ad un letto di contenzione dell'SPDC dell'Ospedale di Vallo della Lucania il 4 agosto 2009 il 4 agosto 2009*).

Noi crediamo che agghiaccianti immagini in diretta della morte di Francesco Mastrogiovanni (su Youtube si trova il video trasmesso dalla trasmissione "Mi manda Rai 3") rimarranno una testimonianza perpetua dell'orrore a cui può arrivare la pratica della coercizione nei trattamenti psichiatrici.

Permetteteci di rivolgervi un invito: vi chiediamo di vedere il video (il terribile video) dell'agonia e morte di Francesco Mastrogiovanni.

Ve lo chiediamo non certo per inclinazione ad una volgare curiosità.

Ve lo chiediamo perché quel video, al di là delle particolari condizioni di abbandono in cui è stato lasciato Francesco Mastrogiovanni, riesce più di mille parole a far comprendere cosa possa significare per una persona essere legati al proprio letto di contenzione.

Un uomo a cui sono stati iniettate potenti fiale di neurolettici, cerca inutilmente, disperatamente, lungamente di liberarsi dalla insopportabile tortura delle cinghie, causandosi profonde ferite ai polsi.

Una persona legata, disperata, ferita, sanguinante, sofferente, abbandonata in mezzo alle sue urine.

Ebbene questa condizione si verifica più spesso di quanto possiate immaginare nei reparti psichiatrici in cui si usa la contenzione fisica. Anche in quegli ospedali dove vi sono linee guida sulla contenzione fisica, queste non vengono **MAI** rispettate.

Troppo spesso la contenzione fisica nei reparti psichiatrici è di una violenza indicibile, che produce lesioni, ferite, danni irreversibili.

Esattamente come nei manicomi, laddove la paura della follia ha prodotto un'altra passione umana particolarmente forte: il disprezzo.

Il disprezzo nei confronti di chi ha la mente posseduta dalla 'malattia', con la mente irrimediabilmente 'difettosa', di un essere umano ridotto al rango di una 'cosa', non meritevole di *pietas*, questo è stato il '*sentimento*' che ha guidato per quasi 200 anni le persecuzioni nei manicomi. Una '*cosa*' oggetto di violenza e di indifferenza insieme.

L'uso della contenzione fisica nei reparti psichiatrici, il permanere della coercizione nei trattamenti terapeutici, non di rado si accompagna a questo secolare disprezzo.

Le contenzioni fisiche causano sempre una grande sofferenza psicologica e fisica.

Qualche volta, questa terribile tortura si trasforma in supplizio: la sofferenza inumana si trasforma in agonia e sopraggiunge infine la morte.

Alice Banfi cercando di descrivere la contenzione fisica con lo "spallaccio" ha detto "*com'essere in croce*".

Come darle torto. Dopo 17 secoli dalla caduta di Roma, dopo 2 secoli di esistenza dei manicomi la crocifissione continua a mietere ancora le sue vittime.

Credo che ognuno di voi concordi su questa constatazione: la contenzione fisica, indipendentemente dalle ragioni più o meno giustificate invocate a suo sostegno, è un trattamento che provoca la **restrizione dei movimenti** e il **posizionamento forzato** del corpo di una persona, infliggendole una grande sofferenza ed il rischio di gravi danni fisici: la contenzione fisica rientra, a tutti gli effetti, nei parametri che il *Protocollo di Istanbul* prevede per la **tortura posizionale**.

LE LINEE GUIDA DELLA CONTENZIONE FISICA AL DSM DI NIGUARDA LA PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DOTT. ARCADIO ERLICHER

Per parlarvi di come avvengono le contenzioni fisiche nei reparti psichiatrici di Niguarda, citiamo due pubblicazioni del Dipartimento di salute Mentale, che riportano le linee guida in vigore nei 3 Grossoni.

La prima pubblicazione, dell'ottobre 2006, è una dispensa a diffusione interna di 63 pagine, "*I servizi di salute mentale: storia e organizzazione istituzionale*", redatta per gli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Milano, a cura del Dott. Edoardo Re. Questa dispensa, alle pagg. 57-60, riporta il capitolo "*La contenzione fisica in ospedale: linea guida evidence based*", scritto dal Dott. Domenico Gulizia, Infermiere Coordinatore c/o Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale – DITRA di Niguarda.

La seconda pubblicazione, 10 gennaio 2006 - revisione 10 gennaio 2008, è di 37 pagine ed ha per titolo "*La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline*"; gli autori sono: Dott. Domenico Gulizia, Dott. Franco Lugo, Dott. Angelo Cocchi, Dott. Alberto Zanobio, Inf. Giovanni Lauretta, Inf. Omar Mattia C., Inf. Riccardo Chiappa, Inf. Stefania Dal Fratello, Vincenzo Adamo.

Prima però di entrare nel merito dei contenuti dei due testi (il secondo è l'ampliamento del primo fino a diventare un vero e proprio protocollo) lasciateci citare l'introduzione di presentazione della dispensa del 2006, del direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Dott. Arcadio Erlicher:

Questa dispensa ... esprime ... l'impegno consapevole di un Servizio sanitario pubblico verso la formazione.

...

Inoltre, la dispensa è destinata non solamente agli studenti della Scuola di Specializzazione, ma anche agli operatori dei servizi del Dipartimento, a dimostrazione di un impegno di formazione continua e di aggiornamento che deve caratterizzare un Servizio che vuole

*mantenere elevati livelli di qualità e di competenza e **conquistare un ruolo di leadership nel panorama psichiatrico cittadino e regionale.***

Sollecitati da questa stimolante presentazione del Dott. Erlicher andiamo subito a leggere le tre pagine del Dott. Gulizia sulle linee guida della contenzione fisica in ospedale, in modo da riuscire a capire come pensa il DSM di Niguarda di conquistare un ruolo di leadership nel panorama psichiatrico cittadino e regionale anche su questo difficile argomento.

Scorrendo rapidamente le tre pagine delle linee guida, improvvisamente, arrivati al paragrafo “*Manovre di contenzione fisica – fase operativa*”, rimaniamo bloccati a fissare allibiti un periodo di questo paragrafo.

Poi ripresici un po’ dallo stupore, rileggiamo più lentamente, increduli: riga per riga, parola per parola.

Sì quello che abbiamo letto velocemente è proprio vero!

La frase fatidica è la seguente:

*Nel caso in cui la crisi d’agitazione è irrefrenabile, **può rendersi necessario fissare il paziente supino; ora ciò è ottenuto per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro la testata dello stesso.** Questa deve ritenersi una misura provvisoria, nell’attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione.*

Incredibile! Il DSM dell’Azienda Ospedaliera Niguarda Ca’ Granda consiglia agli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell’Università degli Studi di Milano, nonché agli operatori dei servizi psichiatrici del Dipartimento di Niguarda, di contenere i pazienti in agitazione con il famigerato ‘spallaccio’ di manicomiale memoria.

Anzi, forse il Dott. Arcadio Erlicher si auspica che questo lugubre reperto delle torture manicomiali venga adottato anche da tutti gli SPDC milanesi e lombardi!

Immaginate cosa possa voler dire rimanere completamente immobili, non soltanto con polsi e caviglie legati e ‘fissati’ al letto, ma con in più un lenzuolo-legaccio che ‘fissa’ anche l’addome contro il letto, spinge con forza il nostro collo in avanti e tira le nostre ascelle all’indietro, verso la testata del letto!

In questo modo la contenzione costringe la persona all’immobilità assoluta!

In questo modo la contenzione diventa molto dolorosa, a causa dell’elevata pressione che il lenzuolo arrotolato crea contro il collo, le spalle e le ascelle della persona contenuta!

In questo modo, per il forte stiramento e la forte compressione dei muscoli, in poco tempo sorge il pericolo di lesioni nervose al plesso brachiale distale, con la conseguente paralisi alle braccia della persona ‘fissata’ al suo letto di contenzione!

E’ evidente a tutti che lo “spallaccio” è una procedura che:

- infligge un immediato dolore fisico alla persona legata;
- provoca uno **stiramento degli arti** superiori e delle spalle, delle ascelle e del collo;
- costringe la persona così fortemente legata in un **posizionamento forzato** che impedisce del tutto i movimenti;
- obbliga gli altri ricoverati alla **costrizione ad assistere a un trattamento** (che non è sbagliato definire **atroce**) **inflitto** ad uno di loro.

E’ evidente a tutti che lo “spallaccio” rientra a pieno titolo nei parametri usati dal *Protocollo di Istanbul* per definire un *trattamento crudele, disumano e degradante*.

E’ evidente a tutti che lo “spallaccio” è solo una forma di tortura, una vera e propria forma di punizione.

La ‘giustificazione’ che lo “spallaccio” sia una *misura provvisoria* è un’evidente menzogna: è noto a tutti come una sedazione per via endovenosa dia i suoi pieni effetti dopo appena 10/15 minuti.

E non ci è mai capitato di sentire di uno “spallaccio” (come anche di qualsiasi altra forma di contenzione) che durasse meno di molte ore o di giorni.

Naturalmente sappiamo benissimo che lo ‘*spallaccio*’ non sia raro al Grossoni, e che a volte dura intere giornate, ma, purtroppo, persino noi del Telefono Viola abbiamo sempre pensato che i vertici del DSM. ritenessero formalmente illegale tale procedura di contenimento fisico, pur permettendone l’uso nei reparti.

Ed invece no: lo ‘*spallaccio*’ fa parte del protocollo del DSM di Niguarda!

E viene anche insegnato agli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell’Università degli Studi di Milano!

Come dire: morto il manicomio, viva il manicomio!

Sul sito internet “www.forumsalutementale.it” si trova un articolo del *Manifesto* del luglio 2008, a firma di Maria Grazia Giannichedda, sulla pittrice Alice Banfi, che, nel suo libro “*Tanto scappo lo stesso*” Edizioni Stampa Alternativa, racconta uno suoi dei numerosi ricoveri all’SPDC dell’ospedale Niguarda, avvenuti tra il 2001 e il 2003:

«Fui legata, come al solito. Fascette mani e piedi, nastro adesivo per stringerle ai miei polsi sottili. Più tardi, mi sarei contorta a rosicchiare lo scotch fino liberarmi una mano, poi l'altra, infine, con più fatica, i piedi. Ma mi legavano di nuovo. Prima con un'aggiunta di scotch e garze adesive, poi, se ancora mi slegavo, con lo "spallaccio". Lo spallaccio è un lenzuolo arrotolato, passato dietro la testa, sulle spalle e poi sotto le ascelle, che viene legato dietro e sotto la spalliera del letto da due infermieri. Il nodo viene bagnato con un'intera bottiglia d'acqua, così che non si possa sciogliere. Con lo spallaccio tutto il corpo è immobilizzato, il busto aderente al materasso, le mani e i piedi bloccati dalle fascette: com'essere in croce. Il giorno dopo avevo i lividi sotto le ascelle e il collo che mi doleva. Mi avevano anche sedato, naturalmente, e semiaddormentata diventavo docile come un agnellino, senza più rabbia».

Ma qualche anno dopo Alice, per sua fortuna, trova sulla sua strada uno SPDC molto diverso dai 3 Grossoni di Niguarda; sempre dallo stesso articolo:

... il reparto psichiatrico di Novara dove a un certo punto viene ricoverata ha le porte aperte, non usa mezzi di contenzione, non stronca le crisi coi farmaci. Così Alice si trova spiazzata da infermieri che le stanno vicini a turno quando rabbia e angoscia montano in un modo che lei sente irrefrenabile, e quando una volta scardina la finestra per scappare, gli infermieri le vanno dietro, le fanno notare che poteva uscire dalla porta aperta, parlano con lei e, per la prima volta in un Spdc, non la legano affatto, né la inebetiscono. «Dopo la comunità sono andata a vivere con mia madre a Camogli, dove sono riuscita a integrarmi. Certo, mi è capitato di inciampare su me stessa centinaia di volte, di nuovo ho incontrato un servizio territoriale che mi ha detto sei troppo grave, non ce la facciamo a seguirti, cosa che invece fa un medico privato che mi aiuta anche coi farmaci, ma in dosi umane, e discutendone con me. Ho una piccola galleria sul lungomare, e finalmente dipingo col vento in faccia»

L’SPDC di Novara fa parte del “*Club SPDC Porte aperte No Restraint*” (No Contenzione), che raccoglie quegli SPDC italiani che hanno rinunciato ad ogni forma di contenzione dei propri ricoverati e/o alle porte chiuse nei loro reparti.

Sempre nello stesso articolo del *Manifesto*, dopo la testimonianza di Alice Banfi, vi è anche una risposta del Dott. Leo Nahon, Primario del Grossoni 3 di Niguarda, alla richiesta del quotidiano di spiegare l’uso della contenzione fisica dei ricoverati. Su questo intervento, però, torneremo più avanti.

Nel dicembre 2008, sul Corriere della Sera, Margherita De Bac chiede a Lorenzo Toresini, presidente del Club “*SPDC a porte aperte «no restraint»*”, come mai a 30 anni dalla 180 nella

grande maggioranza dei 321 SPDC nazionali si legano ancora i ricoverati. La risposta di Toresini è questa:

«Alla base di questi comportamenti c'è l'ideologia. La contenzione viene considerata un atto medico. Inaccettabile. La legge italiana non nega specificamente le cinghie ai malati di mente. Ma la violenza privata è punita dal Codice penale. La maggior parte degli operatori preferiscono legare piuttosto che parlare con il paziente ... I problemi strutturali e di carenza di organico sono un pretesto. E' una questione di dignità. Legare non è professionalmente dignitoso».

LE LINEE GUIDA DELLA CONTENZIONE FISICA AL DSM DI NIGUARDA - 2 LA CONTENZIONE FISICA IN OSPEDALE PUÒ PROVOCARE GRAVI LESIONI E ANCHE LA MORTE

La seconda pubblicazione, *“La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline”*, è il vero e proprio protocollo della contenzione fisica al Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Ospedaliera Niguarda Ca’ Granda.

A pag. 24 queste linee guida riportano per intero ed integralmente, parola per parola, quanto scritto nella dispensa del 2006 sulla la procedura dello *“spallaccio”*.

Quando, però, a pag. 8 viene presentata una classificazione dei mezzi di contenzione in uso presso il DSM di Niguarda, gli autori non avuto il coraggio di inserirvi, accanto a cavagliere e polsiere, anche il lenzuolo strettamente ed opportunamente arrotolato per creare lo *“spallaccio”*!

Alle pagine 26-27 le linee guida elencano le lesioni causate dalla contenzione fisica e dalla forzata immobilità del corpo. Elenchi simili sono riportati in tutte le analoghe linee guida internazionali e nazionali. Riportiamo integralmente, qui di seguito, tale elenco:

LESIONI DIRETTE

- **Lesioni nervose.** Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti,, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita con arrotolamento del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.
- **Lesioni ischemiche.** Dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.
- **Tromboembolia.** La letteratura segnala il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, anche in assenza di fattori di rischio preesistenti e, sebbene non esistano studi sull'efficacia, viene consigliata la valutazione di trattamento preventivo.
- **Asfissia.** Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo, o è stata trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o dalla sedia.
- **Morte improvvisa.** Due studi descrivono la morte improvvisa in seguito ad un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione. Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso accade.
- **Ipertermia e sindrome neurolettico maligna**

LESIONI INDIRETTE

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso di dispositivi fisici di contenzione e questo tipo di lesioni. Tuttavia, è più difficile da dimostrare il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni, quindi è importante usare cautela

nell'interpretazioni di queste informazioni. Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione:

- **sono maggiormente esposti a rischio di caduta**
- **hanno degenze di maggiore durata**
- **incorrono nelle infezioni nosocomiali**
- **hanno un'aumentata mortalità**
- **più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione**

L'uso della contenzione per i residenti delle della case di riposo è stato associato ad un certo numero di esiti avversi, quali

- **il declino del comportamento sociale e cognitivo e della mobilitazione**
- **un aumento del disorientamento**
- **lo sviluppo di lesioni da decubito**
- **l'incontinenza urinaria e intestinale.**

Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute:

- **i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta rispetto ai residenti non contenuti.**

Inoltre le lesioni gravi correlate alle cadute

- **sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione.**

Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente:

- **il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione a intervalli, è più elevato.**

Per concludere, sembra che la sospensione della contenzione riduca il rischio di lesioni correlate alle cadute.

Sono stati identificati nella letteratura molti suggerimenti su come ridurre il rischio da lesione, tra i più comuni sono:

- **seguire le raccomandazioni dei fornitori;**
- **orientamento dell staff e la formazione sull'uso corretto dei dispositivi della contenzione e sui pericoli ad essi connessi;**
- **evitare di isolare la persona contenuta;**
- **ridurre l'uso della contenzione.**

Curiosamente mancano alcune delle lesioni più comuni che subiscono le persone contenute: una di queste sono le lacerazioni della pelle dei polsi o delle caviglie con relative perdite di sangue e, nel caso di contenzioni prolungate, il decubito sacrale (le cosiddette piaghe da decubito).

Ma anche così la lettura di queste due pagine non ha bisogno di molti commenti: fin dall'inizio la contenzione fisica in ospedale produce danni psicofisici delle persone contenute.

Danni che si aggravano rapidamente mano a mano che la contenzione stessa procede nel tempo.

Di nuovo agli autori non hanno avuto il coraggio di rivelare come il rischio della prima delle lesioni dirette esaminate, **le lesioni nervose al plesso brachiale distale**, riguardano soprattutto l'uso dello "spallaccio".

L'istituto internazionale di *evidence based nursing* (assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia scientificamente più fondate) Joanna Briggs Institute, in "Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review" (Contenzione fisica – Parte 1: revisione sistematica dell'uso in strutture residenziali e per acuti), mentre sui rischi della contenzione fisica riporta quanto appena elencato, per quanto riguarda i benefici della contenzione fisica, invece, dichiara:

"Non esistono prove documentate che l'uso della contenzione fisica riduca l'incidenza di cadute o diminuisca il livello d'agitazione del paziente.

La contenzione fisica in ospedale è sostanzialmente inutile per i fini 'terapeutici' che dovrebbero giustificarla.

La contenzione fisica in psichiatria, così come avveniva nei manicomi, è una mascherata forma di punizione.

Parafrasando “1984” di George Orwell: “*Il fine ultimo della tortura è la tortura*”, potremmo dire che:

“Il fine ultimo della contenzione fisica è la contenzione fisica”.

LE LINEE GUIDA DELLA CONTENZIONE FISICA AL DSM DI NIGUARDA COSA PRESCRIVONO LE PROCEDURE INTERNAZIONALI PER EVITARE I GRAVI RISCHI LESIVI DELLE CONTENZIONI

Le linee guida riprendendo le prescrizioni dei protocolli internazionali, alla pagina 20 ed alla pagina 28 indica le procedure operative per la contenzione fisica in ospedale. Tra di esse citiamo:

- ***La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive, a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.***
- *Compilazione del Registro delle Contenzioni che riporti tra l'altro le firme di passaggio dell'infermiere.*
- *Prevedere l'opportunità di predisporre un trattamento anti coagulante preventivo, per prevenire la trombosi venosa profonda con il conseguente pericolo di embolia polmonare nelle contenzioni prolungate.*
- ***Garantire alla persona contenuta la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore, esclusa la notte.***
- ***Valutazione fatta ogni 3 ore di eventuali effetti dannosi attribuibili alla contenzione, quali abrasioni e ulcere da decubito.***
- ***Controllo del paziente contenuto ogni 8 ore da parte del personale medico.***
- ***Controllo del paziente contenuto ogni 15 (quindici) minuti da parte dell'equipe infermieristica per la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Valutazione iniziale e continua dell'eventuale insorgenza di reazioni avverse legate all'applicazione dei mezzi contenitivi.***

Come è possibile constatare le procedure previste e le precauzioni ritenute necessarie sono, a dir poco, imponenti.

Una su tutte: il controllo della persona contenuta da parte di un infermiere per 4 volte ogni ora, sia giorno sia di notte, con l'obbligo di firmare l'apposito Registro!

I medici americani che hanno messo a punto questi protocolli avevano ben chiara la grande pericolosità che la contenzione fisica rappresenta per la persona contenuta, e, di conseguenza hanno elaborato delle procedure adeguate a fronteggiare un tale pericolo.

La rispettosa e puntuale osservazione di un tale protocollo, unita ad una rigorosa limitazione della durata temporale delle contenzioni fisiche, potrebbero prevenire per tempo i rischi più gravi di lesioni.

Con la rispettosa e puntuale osservazione di un tale protocollo è

SEMPLICEMENTE IMPOSSIBILE

che una persona contenuta possa rimanere colpita da lesioni gravissime o possa, addirittura, morire legata al suo letto di contenzione!

L'amara verità è un'altra: non è vero che queste procedure cautelative vengono rispettate:

- *Il limite imposto delle 12 ore consecutive è quasi sempre superato, fino ad arrivare in qualche caso ad oltre 300 o 400 ore consecutive!*
- ***mai nessun infermiere ogni 2 ore di giorno fa alzare e camminare il contenuto per non meno di 10 minuti!***

- **mai nessun infermiere** ogni 3 ore di giorno e di notte passa a valutare eventuali effetti dannosi attribuibili alla contenzione, quali abrasioni e ulcere da decubito!
- **mai nessun infermiere** ogni 15 (quindici) minuti di giorno e di notte passa a controllare il paziente contenuto per la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica!
- il Registro delle Contenzioni, invece, **riporta sempre**, tutte in fila una dopo l'altra, le firme di passaggio dell'infermiere!;

LE LINEE GUIDA DELLA CONTENZIONE FISICA AL DSM DI NIGUARDA QUALI RAGIONI ADDUCONO I DIRIGENTI DEL DSM PER GIUSTIFICARE LA CONTENZIONE FISICA NEI GROSSONI

Citiamo qui di seguito frasi tratte sempre dalle linee guida del DSM di Niguarda sulla contenzione fisica in ospedale.

In particolare le citazioni sono tratte dai capitoli “*La sicurezza ambientale*”, “*La relazione con la persona violenta*”, “*Tecniche che riducono la probabilità di un agito*”, “*Difesa personale*”, “*Procedure*”, “*Manovre di contenzione*”, “*Lesioni e contenzione fisica*”:

- un maggior numero di ricoverati si associa un maggior numero di casi di violenza
- il numero di persone disponibili alla sorveglianza e l'intervento può prevenire la perpetrazione di crimini, tra cui l'omicidio
- il personale può essere opportunamente addestrato, attraverso programmi ad hoc, tipo "Crime Watch"
- àl'ambiente climatizzato ... permette di tenere le finestre chiuse ermeticamente, come sui treni moderni, ... per evitare gesti o comportamenti lesivi della persona, dell'ambiente esterno o **del decoro, quindi dell'immagine**
- è importante che il personale sia gentile e non autoritario, ma nel contempo, **agisca come istituzione**, chiarendo limiti e norme comuni
- il personale, nel trattamento della persona violenta deve:
 - preoccuparsi della propria sicurezza
 - apparire calmo e controllato,
 - utilizzare il "tono" della voce
 - quando il paziente inizia a parlare, ascoltarlo
 - se possibile, sedersi entrambi
 - non guardarlo con fissità.
- in sostanza, nel colloquio dobbiamo apparire "vicini" al paziente, quindi è utile:
 - sorridere, comunicare disponibilità
 - prestare attenzione, con lo sguardo, il corpo e l'ascolto
 - evitare l'uso di soprannomi o appellativi vari
 - evitare di essere disturbati, spegnere il cellulare
- persino in ambiente ambulatoriale occorre predisporre un piano di risposta ad una situazione violenta, tra cui le situazioni di presa di ostaggi
- si deve prevedere la presenza di cuscini e di una sedia leggera, da usarsi come scudo per controllare o scoraggiare, un'aggressione
- prevedere inoltre una via di fuga dall'ambiente e dal paziente
- il colloquio, per qualunque operatore si trovi di fronte a una persona violenta, deve avvenire in posizione di sicurezza, protettiva, non minacciosa
- la stazione laterale durante il colloquio, ruotato di circa 30° rispetto all'assepaziente, offre un minore bersaglio, poiché la superficie in posizione laterale, del corpo, è minore rispetto alla superficie in posizione frontale
- (la stazione laterale) inoltre comunica migliore disponibilità al dialogo, evitando di "ricordare" come ci si fronteggia fra gorilla, con tanto di percosse sul proprio petto
- mantenere una distanza utile, sia per la fuga, sia per il fronteggiamento, qualora si intuisca il pericolo è un efficace tattica
- mantenere sempre e comunque la distanza ideale, tracciata dalla massima estensione delle proprie braccia, indizione del petto del paziente

- se necessario, per verificare e mantenere discontinuo il rispetto di tale distanza, eseguire proprio il gesto, con il palmo delle mani rivolto al potenziale aggressore, nonché far seguire il gesto ad un messaggio chiaro ed efficace, con un tono di voce deciso.
- se si viene afferrati per un polso, è opportuno piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell'aggressore, per indurlo a lasciare la presa
- se si viene afferrati per i capelli, stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato, per limitarne i dardi, ed abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di sufficiente equilibrio
- la presa per i capelli ha lo scopo di dominare sull'altro, priva di stabilità l'intera persona, perciò è da ritenersi tra le più pericolose, da subire
- fuggire ad uno strangolamento e la chiave della sopravvivenza. Occorre abbassare il mento verso lo sterno proteggendo così la zona critica. La protezione della gola consente di non perdere conoscenza e guadagnare tempo al fine di liberarsi
- per i morsi è opportuno spingere la parte morsa più a fondo nella bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il proprio corpo, quindi aiutarsi, magari chiudendo le narici dell'aggressore
- per le percosse, è preferibile seguire un corso specifico di auto-difesa
- in Psichiatria, l'agitazione psicomotoria riguarda il 13,1% di pazienti di "primo contatto"
- le infermiere hanno un rischio tre volte maggiore, rispetto ad altri ambiti lavorativi, di subire aggressioni correlate a fenomeni d'agitazione psicomotoria
- il 60% dei colleghi infermieri dei tre S.P.D.C. presenti nel nostro dipartimento, ha subito almeno un'aggressione nella carriera lavorativa
- è consigliabile rimuovere dalle proprie tasche ogni cosa non necessaria all'intervento coercitivo, ad esempio penne e matite; come pure togliersi orologi, collane, anelli, occhiali (quando possibile), zoccoli, maglioni, marsupi equanto si può portare con sé o indossare oltre la divisa
- dotarsi di guanti, occhiali, mascherina
- è necessario avvicinare il soggetto con un numero adeguato di operatori e con prestante fisica sufficiente.
- in letteratura è altresì raccomandato operare con un gruppo di cinque operatori senza mai scendere al di sotto delle quattro unità
- è utile stabilire, all'interno del gruppo operativo, un leader con il compito di starter all'atto coercitivo, ovvero che da il segnale d'inizio e guidi tutta l'operazione
- è preferibile immobilizzare il soggetto quando questi è già in prossimità del letto, evitando il pericolo e lo sforzo insiti nel **trascinamento**
- al segnale convenuto, ogni operatore si occuperà di bloccare un arto del soggetto impedendone i movimenti articolari, trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno specifico operatore tratterrà il capo del soggetto avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate o morsicature, e per sottrarre stabilità al soggetto
- a volte è preferibile sdraiare in terra il soggetto, per ottenere la sua resa, prima di sdraiarlo sul letto
- la presa al collo, di rara necessità, ma doverosamente prevedibile, dovrà essere operata da un operatore con provata esperienza, perché delicata
- **le linee guida americane sinora lette, non accennano neppure alla pratica della presa sul collo** (ma va! Verrebbe da dire)
- una volta sul letto, il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto ... prima si termina, meglio sarà per tutti
- nel caso in cui la crisi d'agitazione è irrefrenabile, **può rendersi necessario fissare il paziente supino; ora ciò è ottenuto per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro latestata dello stesso.** Questa deve ritenersi una misura provvisoria, nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione.

Quanto appena letto sembra (e lo è per davvero) un vero e proprio bollettino di guerra!

E' la guerra di difesa dalla violenza del "malato" di mente.

Una guerra cruenta che da un momento all'altro può esplodere, ed esplosione. all'interno dei 3 Grossoni di Niguarda.

La maggior parte di psichiatri e la maggior parte di infermieri ogni volta che entrano nel fortino-reparto sono sempre vigili, tesi e pronti a difendersi dai ricoverati 'violenti' e 'pericolosi'.

Quanto appena letto è la quintessenza del mito del "malato" di mente 'violento' e 'pericoloso'.

Quanto appena letto è la quintessenza del mito del manicomio.

E ciò è talmente vero che, quando alla pagina 8 vengono indicati i tre obiettivi principali al cui raggiungimento sono finalizzate le linee guida, i primi due risultano completamente non credibili e il terzo appare lugubre e grottesco:

- ridurre il ricorso alla contenzione fisica;
- ricerca e utilizzo di soluzioni alternative;
- normare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico rianimatorio (!!!)

(Certo che la similitudine normativa tra un intervento contenitivo, violento, umiliante, lesivo, prostrante e fisicamente debilitante da una parte e un intervento terapeutico rianimatorio dall'altra, ovvero un intervento e il suo esatto contrario, appare assurdamente grottesca).

In queste linee guida traspare evidente la giustificazione principale, preponderante, della contenzione fisica dei ricoverati al DSM di Niguarda.

E' la stessa ragione che ha dato origine ai manicomi.

E' la stessa ragione che ha inflitto e continua ad infliggere alle persone ritenute "malate" nella mente punizioni inumane ed inaccettabili.

La vera ragione della contenzione fisica dei ricoverati al DSM di Niguarda è, semplicemente, la

PAURA!

La paura della maggior parte degli psichiatri nei colloqui con i cosiddetti 'pazienti'.

La paura della maggior parte degli infermieri quando lavorano nei reparti psichiatrici (e che li spinge a chiedere sempre più sedazioni).

Ovvero la paura nei confronti dei ricoverati per "malattia" mentale, considerati potenzialmente 'violenti' e 'pericolosi'.

LA PAURA DEL "MALATO" DI MENTE 'VIOLENTO' E 'PERICOLOSO' OVVERO UN PARADOSSO "AUTOREFERENZIALE"

Vi prego di non fraintenderci quando affermiamo che la paura dei dirigenti, degli psichiatri e degli infermieri del DSM di Niguarda sia un paradosso 'autoreferenziale' (*ovvero che la paura nei confronti del "malato" di mente 'violento' e 'pericoloso' sia un enunciato che trova le sue ragioni e giustificazioni in se stesso*).

Anzi, vi diciamo subito che non abbiamo alcuna difficoltà nel credere che l'affermazione "il 60% dei colleghi infermieri dei tre S.P.D.C. presenti nel nostro dipartimento, ha subito almeno un'aggressione nella carriera lavorativa" sia senz'altro esatta.

La questione vera, però, è che nel quadro inquietante tratteggiato dalle linee guida del DSM di Niguarda (*un quadro che riporta fedelmente il punto di vista dei dirigenti, della maggior parte degli psichiatri e della maggior parte degli infermieri del DSM a proposito della difesa dal "malato" di mente 'violento'*), manca qualcosa di importante della realtà dei reparti di psichiatria.

Anzi manca molto di più che non 'qualcosa': manca addirittura l'altra metà di quella realtà.

Manca il punto di vista del "malato" di mente.

Manca il punto di vista del “malato” di mente ‘violento’ e ‘pericoloso’, che viene legato al suo letto di contenzione (*e che qualche volta subisce lesioni fisiche gravissime se non , addirittura, la morte*).

Ci par quasi di sentire i commenti sarcastici e canzonatori che qualcuno tra di voi, magari proprio qualcuno degli psichiatri dei Grossoni, potrebbe esclamare a questa affermazione:

Ma come si fa a prendere seriamente in considerazione il punto di vista di un ricoverato che ha la mente posseduta dalla “malattia”!

Ma come si fa a prendere seriamente in considerazione il punto di vista di un “malato” nella mente al quale conviene dare sempre ragione (ovvero: che dice sempre menzogne) ed al quale non conviene mai volgere le spalle!

Ecco, per cercare di spiegarvi il paradosso utilizzeremo un paragone inconsueto: quello tra gli psichiatri che hanno paura dei “malati” di mente e gli uomini che hanno paura dei cani.

E non vi sembri troppo offensivo per gli utenti della psichiatria questo esempio: i cani sono essere viventi molto sensibili: essi hanno una grande capacità di ‘sentire’ i reali sentimenti degli umani, al di là delle loro finzioni e delle loro maschere.

Di solito succede che l’uomo che ha paura dei cani riesca comunque a trovare, nel suo cammino, un cane pronto ad aggredirlo, a confermarli, quindi, come abbia ragione ad averne paura, a confermarli, quindi, come sia più che giusto prepararsi a difendersi da essi.

Il cane, a sua volta, quando incontra un uomo che ha paura dei cani ‘sente’ questa paura, ‘sente’ la sua ostilità. ed a nulla valgono i tentativi dell’uomo di ‘*apparire calmo e controllato*’, perché della sua paura esso ne capta le vibrazioni.

Il cane ‘sa’ che quella paura è molto pericolosa per lui (lo sa dall’esperienza sua personale e da quella della sua specie, che in oltre 5.000 anni di convivenza con l’uomo, ha imparato a conoscerne la violenza insensata dettata dalla paura e dal disprezzo).

Il cane ‘sa’ che l’uomo che ha paura dei cani è pronto a fare qualunque azione violenta contro di lui e perciò si difende: ringhia, abbaia, morde, persino, quando l’uomo che ha paura dei cani si avvicina troppo.

E se, per caso fortuito, l’uomo che ha paura dei cani s’imbattesse nella prova che l’aggressività di quel cane nasce dalla sua stessa paura (*che la sua paura trova giustificazione solo nella sua paura*), ad esempio osservando che un altro uomo che non ha paura dei cani quando incontra un cane gli si avvicina rilassato e lo accarezza sulla testa ricevendone in cambio un festoso scodinzolio della coda, ebbene, anche in questo caso probabilmente rimuoverà questa scoperta e continuerà imperterrito a tener fede al suo pregiudizio.

Di solito succede che lo psichiatra che ha paura dei “malati” di mente riesca comunque a trovare, nel suo lavoro, un “malato” disposto ad aggredirlo, a confermarli, quindi, come abbia ragione ad averne paura, a confermarli, quindi, come sia più che giusto prepararsi a difendersi da essi.

Il “malato” di mente, a sua volta, quando incontra uno psichiatra che ha paura dei “malati” di mente ‘sente’ questa paura, ‘sente’ la sua ostilità. ed a nulla valgono i tentativi di quello psichiatra di ‘*apparire calmo e controllato*’, perché della sua paura, della sua tensione ne capta le vibrazioni.

Il “malato” di mente ‘sa’ che quella paura è molto pericolosa per lui (lo sa qualche volta dalla sua esperienza personale, lo sa perché conosce sulla propria pelle cosa significhi lo ‘stigma’ psichiatrico (ovvero la paura, il disprezzo, l’odio che da oltre 200 anni la nostra società riserva a coloro che ritiene “malati” nella mente, ‘sente’ quanta violenza nei suoi confronti possa nascondere la paura nei suoi confronti).

Il “malato” di mente ‘sa’ che lo psichiatra che ha paura dei “malati” di mente è pronto ad organizzare un’azione violenta contro di lui (potrebbero ad esempio saltargli addosso 5 infermieri robusti (come suggerisce la letteratura) e legarlo a forza nel suo letto e ‘stenderlo’ con una dose

massiccia di neuromodulatori) ed egli, qualche volta, si ribella, pagando poi molto caro questo suo atto di ribellione.

I dirigenti, la maggior parte degli psichiatri e la maggior parte degli infermieri del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Niguarda Ca' Granda non hanno bisogno di andare molto lontano per scoprire che la loro paura della violenza dei "malati" di mente è soprattutto un pregiudizio.

E che sia un pregiudizio lo dimostra questa semplice constatazione:

- o i "malati" di mente ritenuti 'violenti' si tengono accuratamente alla larga da quegli SPDC che non legano e non chiudono le porte, per affollarsi, invece, negli altri (tra cui spiccano i 3 Grossoni) che chiudono le porte, legano i ricoverati e poi li 'stendono',
- oppure, più semplicemente, è merito del mutato atteggiamento e comportamento di psichiatri ed infermieri dei primi SPDC, se, con l'abbandono delle forme più tradizionali di coercizione e contenimento, si sono create le condizioni per l'instaurarsi di rapporti più umani e sereni con i ricoverati.

Quella paura, infatti, dei dirigenti, della maggior parte degli psichiatri e della maggior parte degli infermieri è un pregiudizio capace di impedire l'instaurarsi di una qualunque relazione di solidarietà umana con i loro 'pazienti' ("è importante che il personale ... **agisca come istituzione** ..."); ovvero ciò che viene considerato una preziosa qualità umana e professionale in un qualunque altro reparto dell'Ospedale Niguarda, nei dipartimenti di psichiatria diventa una sorta di tabù.

Un pregiudizio che mina nel profondo la relazione medico-paziente, la relazione infermiere-paziente, e trasforma un reparto ospedaliero in un fortilizio chiuso dove il consenso informato è un concetto sostanzialmente vuoto, l'imposizione delle terapie è la regola, l'accettazione cieca ed acritica di esse è un obbligo, e dove tutti i ricoverati ogni tanto assistono terrorizzati (come davanti ad una specie di efferato, quanto efficace e teatrale monito) allo spettacolo dell'immobilizzazione violenta di uno di loro, e del suo contenimento in un letto, 'steso' da una 'bomba' di neuromodulatori.

E, però, i dirigenti, la maggior parte degli psichiatri e la maggior parte degli infermieri del DSM di Niguarda non hanno bisogno di andare lontano, magari in uno dei reparti ospedalieri italiani del Club "*SPDC Porte Aperte No Restraint*", per scoprire che la loro paura dei "malati" di mente 'violenti' trova giustificazione solo nella loro paura dei "malati" di mente 'violenti'.

No, i dirigenti, la maggior parte degli psichiatri e la maggior parte degli infermieri del DSM di Niguarda, fino allo scorso mese di luglio avevano sotto i loro stessi occhi, addirittura all'interno del medesimo DSM, al Grossoni 2, l'appassionato ed originale programma terapeutico condotto da una psichiatra, la D.sa Nicoletta Calchi, che, mettendo al 1° posto dei suoi obiettivi di lavoro la relazione e la comprensione umana dei suoi pazienti, ha sempre riscosso risultati umani e professionali gratificanti.

E, però, i dirigenti e la maggior parte degli psichiatri del DSM di Niguarda, lungi dal mettere in dubbio la loro pratica psichiatrica nei reparti del Dipartimento, hanno organizzato, invece, una vera e propria campagna avente l'obiettivo di cacciare dal Grossoni 2 la D.sa Calchi e di recidere in tronco la relazione terapeutica che i suoi numerosi pazienti hanno con lei.

PERCHÉ

IL PRIMARIO DEL GROSSONI 2, DOTT. MARIANO BASSI,
INSIEME ALLA MAGGIOR PARTE DEGLI PSICHIATRI DELLO STESSO REPARTO
CHIEDE A GRAN VOCE ALL'AZIENDA OSPEDALIERA
DI SRADICARE DAL GROSSONI 2 DI NIGUARDA
IL PROGRAMMA TERAPEUTICO DELLA D.SA NICOLETTA CALCHI

La sospensione dal lavoro della D.sa Calchi ed il forzato allontanamento dei suoi pazienti da lei, ha dato luogo ad una delle più clamorose e imponenti proteste di pazienti dell'intera storia dell'Azienda Ospedaliera di Niguarda Ca' Granda, della città di Milano e dell'intera regione Lombardia:

- **ben 112 suoi pazienti, insieme ad altre centinaia di persone tra cui anche molti familiari, hanno firmato una lettera in cui chiedono il rispetto dei principi della legge 180 all'interno dei reparti psichiatrici di Niguarda;**
- **tutti e 112 si dicono pronti a denunciare l'Azienda Ospedaliera di Niguarda Ca' Granda per la plateale violazione dei loro diritti di malati e chiedono il pieno reintegro nelle sue funzioni della loro psichiatra di fiducia.**

In questi mesi noi abbiamo conosciuto molti dei pazienti della D.sa Calchi.

Alcuni di essi sono ormai completamente fuori dal circuito psichiatrico e conducono una vita normale: essi sostengono che l'incontro con la dottoressa li letteralmente salvati da una tristissima vita di perenni pazienti psichiatrici, perenni consumatori di sgradevoli e lesivi psicofarmaci, perennemente dipendenti da qualcun altro, in perenne conflitto con i propri parenti.

Gli altri pazienti conosciuti avevano sperimentato l'approccio terapeutico di altri psichiatri del servizio pubblico: essi sostengono (insieme ai loro parenti) che l'incontro con la dottoressa è stato come passare dalla notte al giorno: improvvisamente hanno incontrato una persona che li ascoltava veramente.

Philippe Dick, grande scrittore di fantascienza che ha conosciuto più volte il manicomio, una volta ha detto che *"lo psichiatra è colui che non sta a sentire quello che dici, ma perché lo dici"*.

Quei pazienti, come tutti gli utenti della psichiatria, sanno che la parola può mentire, ma lo sguardo no: e lo sguardo della D.sa Calchi è quello di una persona che prima di tutto sta a sentire quello che dici, quello di una persona che prima di tutto ascolta un'altra persona.

Dalla lettera dei 112:

... ciascuno di noi era finalmente venuto a contatto ... con una dottoressa psichiatra che utilizza un metodo di cura un po' diverso dal comune.

Si tratta della Dott.ssa Nicoletta Calchi, dirigente medico psichiatra presso il dipartimento di salute mentale dell'Ospedale di Niguarda Cà Granda di Milano, che si occupa della sofferenza psichica in piena ottemperanza alla Legge 180/1978 ed ai suoi principi ispiratori, con particolare ma non esclusivo riferimento alla responsabile riduzione delle terapie farmacologiche e del contenimento fisico ed all'instaurazione di rapporti umani con i malati, le persone sofferenti e i rispettivi familiari, nonché alla prevalente somministrazione di terapie psicoterapiche ai pazienti, nel pieno rispetto dei loro diritti umani e civili.

*Lei stessa ha definito un programma terapeutico individuale per ogni paziente, **basato sulla forte relazione di fiducia stabilitasi tra lei e i suoi pazienti**, presupposto indispensabile per il buon esito della terapia, parlando con loro in modo da renderli consapevoli delle circostanze che portano alla scelta – se necessaria - di un determinato farmaco o trattamento farmacologico. ... Oltre a questo, la dottoressa Calchi sostiene regolarmente dei colloqui con i pazienti e con i parenti essendo i farmaci – sempre se necessari - solo una parte del progetto terapeutico*

E' per questo che la D.sa Calchi non ha alcun motivo di temere nessuno dei propri pazienti: né, tantomeno, a questi ultimi viene minimamente in mente di poterla temere.

La strada professionale della D.sa Calchi affonda le radici nella sua formazione psicanalitica, nella sua esperienza di vita, nella sua fede sincera ai principi di difesa della dignità umana di ogni persona.

I suoi pazienti psichiatrici hanno imparato cosa vuol dire essere rispettati, cosa vuol dire essere informati sulle terapie ed essere invitati a dare il proprio consenso e il proprio appoggio.

Hanno misurato, insieme alle loro famiglie, i notevoli benefici psicologici e personali derivanti da questo approccio terapeutico.

Hanno toccato con mano la grande differenza tra questa linea terapeutica e quella della maggior parte degli altri psichiatri del reparto di Psichiatria 2:

A seguito di ulteriori approfondimenti, abbiamo scoperto inoltre come alcuni pazienti abbiano segnalato il modus operandi applicato nel Reparto di Psichiatria 2 dove si è ricorso persino a brutali e inaccettabili atti di costrizione e di contenzione fisica in violazione dei diritti fondamentali dell'uomo e delle loro applicazioni nel contesto dell'unione europea, nonché in violazione dei diritti internazionali i cui principi sono stati recepiti anche dal governo italiano.

I suoi pazienti, insieme con i loro familiari, sono rimasti sconvolti dalla brusca, immotivata e non comunicata interruzione della relazione terapeutica con il loro medico di fiducia.

I suoi pazienti, insieme con i loro familiari, sono rimasti profondamente turbati dal ritrovarsi di punto in bianco, senza che alcuno avesse chiesto il loro parere, neo-pazienti di quei colleghi della D.sa Calchi, che nel frattempo firmavano petizioni per la sua cacciata.

I suoi pazienti, insieme con i loro familiari, sono rimasti profondamente indignati per dover improvvisamente interrompere le terapie in corso e subire l'obbligo di accettarne delle nuove: una paziente della D.sa Calchi, oppressa da questa situazione, ha tentato il suicidio e tutt'ora versa in condizioni gravi.

Perché mai il primario del Grossoni 2, Dott. Mariano Bassi e la maggior parte dei colleghi della D.sa Calchi chiedono con decisione il suo allontanamento dal Grossoni e dal Niguarda?

- Perché la sua intensa relazione umana con i propri pazienti viene criticata dai colleghi e qualche volta persino malignamente interpretata.
- Perché ha il coraggio di difendere contro tutti, contro anche i propri dirigenti, le scelte terapeutiche in cui crede ed i diritti dei suoi pazienti.
- Perché si 'permette' di criticare l'uso delle contenzioni nei tre Grossoni e il non rispetto per il consenso informato dei pazienti.

E per questo che hanno detto, hanno scritto che la D.sa Calchi è incompatibile con l'equipe terapeutica del reparto (*su questo bisogna riconoscere che hanno proprio ragione, anche se, per amore di verità, occorrerebbe scambiare i termini: è l'equipe medica del Dott. Bassi ad essere incompatibile con la linea terapeutica della D. sa Calchi*).

E per questo che i suoi colleghi hanno tentato e tentano la carta della squalificazione profonda e radicale della D.sa Calchi; dalla lettera dei suoi pazienti:

*... la Dott.ssa Nicoletta Bellotti Calchi Novati è stata sospesa 20 giorni e continua a ricevere diffamazioni da parte dei colleghi che la definiscono **delirante** solo per avere tentato di portare alla luce la problematica della violenza psicologica e fisica in psichiatria II dell'A.O. Niguarda Cà Granda.*

Nel reparto Grossoni 2, l'esperienza di lavoro della D.sa Calchi, il suo coraggio critico e anticonformista, il consenso convinto dei suoi numerosi pazienti, il suo essere fedele allo spirito ed ai dettami della legge 180, tutto questo poco per volta ha finito per diventare un'entità 'aliena', alla quale non viene più riconosciuto il diritto di cittadinanza.

L'inconsapevole errore di fondo di chi ha deciso di avallare, o di non opporsi all'iniziativa del primario Bassi e dei colleghi della D.sa Calchi è stato quello di pensare che un reparto psichiatrico di un grande ospedale fosse paragonabile ad un sorta di periferico ufficio, senza alcun rapporto con il pubblico, laddove le relazioni di lavoro ed umane si esauriscono in gran parte all'interno dell'ufficio stesso.

I membri del Consiglio di disciplina, il direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Dott. Arcadio Erlicher, il Direttore Sanitario di Niguarda, Dott. Carlo Nicora, il direttore amministrativo, Dott. Marco Trivelli, il direttore generale, Dott. Pasquale Cannatelli hanno scoperto che non è affatto così.

I dirigenti del DSM e dell'Azienda Ospedaliera hanno scoperto che la Dsa Nicoletta Calchi, dirigente medico psichiatra presso il reparto di Psichiatria 2, non rappresenta affatto solo se stessa, nel suo ruolo di dipendente dell'Azienda Ospedaliera, bensì rappresenta decine e decine di pazienti, con i quali è vicendevolmente legata da un forte legame fiduciario.

La D.sa Calchi, in sostanza, è il riferimento di decine e decine di percorsi terapeutici individuali, che influenzano in maniera decisiva la vita di decine e decine di famiglie, la vita di centinaia di persone.

Ebbene, da almeno 2000 anni a questa parte, questa fitta rete di fili e di relazioni professionali ed umane tra un medico ed il suo paziente, cos'altro è se non il significato più autentico dell'essere medico?

E se la Direzione Generale e la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, nel rispondere ad una lettera di alcuni pazienti della D.sa Calchi, in cui, oltre a dare motivazioni inesatte della sua sospensione, hanno dichiarato:

“che è facoltà della Direzione dell'Ospedale assegnare i propri Dirigenti alle funzioni più indicate nel rispetto dell'efficacia del servizio offerto all'utenza.”

ebbene, dovrebbero sapere cosa significhi per un reparto di psichiatria l'espressione, da loro stessi scelta, *“nel rispetto dell'efficacia del servizio offerto all'utenza”*.

Non penseranno, le due direzioni, che l'efficacia del servizio sanitario offerto dall'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda agli utenti del Grossoni 2, possa essere valutato ignorando il parere dagli utenti?

Perché se pensassero questo, allora confermerebbero appieno l'assunto principale che sta alla base del concetto stesso del manicomio, che è stata (ed è) un'istituzione al servizio della società, per salvaguardare i suoi interessi **contro** gli internati.

La Direzione Generale, la Direzione Sanitaria non possono sfuggire al loro compito: se vogliono prendere una decisione sul conflitto che il primario e gli psichiatri del Grossoni 2 hanno scatenato contro la D.sa Calchi, considerandola incompatibile con l'equipe medica del Grossoni 2, ebbene:

- **DEVONO** valutare l'efficacia delle attività terapeutiche della D.sa Calchi nei confronti dei propri pazienti,
- **DEVONO** valutare l'efficacia delle attività terapeutiche nei confronti dei pazienti del primario del Grossoni 2 e della sua equipe psichiatrica.

Anche al Grossoni 1, un'altra psichiatra, anch'essa critica sulla gestione e sui risultati del reparto, è stata allontanata nei mesi scorsi.

Anche al Grossoni 1, un infermiere critico sulle modalità di trattamento dei pazienti e delle contenzioni fisiche, è stato prontamente trasferito a fare il portinaio in un magazzino dell'ospedale.

I GRAVISSIMI ABUSI DELLA PRATICA COERCITIVA IN USO NEI 3 REPARTI GROSSONI DELL'OSPEDALE DI NIGUARDA

Mohamed M.
a causa delle contenzioni patite al Grossoni 1
subisce la paralisi bilaterale del plesso brachiale, ovvero ha entrambe le braccia paralizzate
Mohamed M. ha subito lo “spallaccio”?

Mohamed M. è un cittadino marocchino che viene ricoverato al Grossoni 1 l'11 giugno 2005 e dopo qualche settimana viene trasferito a Medicina 2 da dove viene dimesso il 27 luglio 2005. Nel portale dei reparti non esiste nessuna documentazione del ricovero al Grossoni 1! Esiste, invece, la relazione alla dimissione da Medicina 2, in cui nel motivo del ricovero si dice:

*il paziente viene ricoverato in psichiatria Grassoni 1 e **contenuto** per imponente stato di agitazione. **Successivamente comparsa di raddomiolisi imponente (cpk >22000)** per cui viene ricoverato in medicina II dove diviene sempre più evidente una **paralisi flaccida bilaterale degli arti superiori con totale impotenza funzionale***

La raddomiolisi è “*la rottura delle fibre muscolari con conseguente rilascio del contenuto di fibra muscolare (mioglobina) nel flusso sanguigno ... legata a traumi con schiacciamento muscolare.*” Il trattamento che in una persona contenuta porta ad una **imponente raddomiolisi** è il famigerato “spallaccio” prolungato nel tempo. Appena al Grossoni 1 si sono accorti che Mohamed aveva perso l'uso delle braccia lo hanno trasferito di corsa a Medicina 2, ed hanno fatto sparire tutta la documentazione del reparto. La diagnosi alla dimissione è: “*paralisi bilaterale del plesso brachiale*”.

Rita F.

A causa di una lunga e insensata contenzione patita al Grossoni 1 subisce ulcere da decubito, una tromboembolia polmonare, una trombosi venosa profonda, una infezione alle vie urinarie

Rita F. il 3 marzo 2006 viene ricoverata al Grossoni 2. Durante il ricovero la paziente si era dimostrata oppositiva alla terapia del medico curante e rimaneva a letto con le sponde. Per i suoi tentativi di scavalcare le sponde è stata legata a letto, ed è rimasta in contenzione per un tempo lunghissimo.

La lunga contenzione ha provocato:

- piaghe da decubito,
- infezione delle vie urinarie da enterococco,
- trombosi venosa profonda arto inferiore dx
- tromboembolia polmonare

La povera Sig.ra Rita, ridotta in fin di vita dalla insensata lunghezza della contenzione, trasfigurata in una specie di manifesto vivente delle gravi lesioni provocate dalle contenzioni, in giugno viene trasportata d'urgenza all'UCIC, che è il reparto di terapia cardiologica di urgenza, e, dopo, a Medicina 2, dove le curano le piaghe da decubito. La Sig. Rita viene dimessa da Medicina 2 il 31 luglio 2006.

Nel portale dei reparti di Niguarda è sparita tutta la documentazione del lungo ricovero al Grossoni, mentre invece esiste la relazione alla dimissione di Medicina 2.

Tutto questo non sarebbe avvenuto se, all'inizio, fosse stato cambiato il suo medico curante con un altro medico un po' più accetto dalla paziente!

Lo straordinario accanimento contenitivo operato contro la Sig.ra Rita F. spinge il DSM a redigere le prime linee guida della contenzione fisica in ospedale, apparse nella dispensa citata all'inizio.

Francesco D.

ricoverato al MURG per grave insufficienza respiratoria viene trasferito al Grossoni 3 dopo appena tre giorni muore. Francesco D. è morto contenuto?

Il 26 settembre 2008 Francesco D. si reca in PS per un colloquio psichiatrico; non vengono riscontrate emergenze psicotiche ma per dispnea viene ricoverato il paziente in MURG – Medicina di urgenza per le terapie del caso.

(Per dispnea si intende un tipo di respirazione faticosa, che viene avvertita soggettivamente come "fame/bisogno d'aria" ed inadeguatezza del respiro, e che comporta l'aumento dello sforzo per respirare, con la conseguenza di un impegno muscolare non spontaneo per compiere inspirazioni ed espirazioni.)

Il Sig. Francesco è una persona obesa, nonché un accanito fumatore. Il medico della MURG fortemente irritato per l'impossibilità di fargli smettere di fumare convoca la D.sa Calchi per farlo trasferire al Grossoni 2. La D.sa Calchi, sapendo che nel suo reparto per impedire ad un paziente di fumare lo si lega al letto e che per un paziente in quelle condizioni la contenzione può essere letale, si oppone decisamente al ricovero e, invitata dal medico della MURG, mette per iscritto questa opposizione.

Dopo qualche ora, lo psichiatra di guardia che sostituisce la D.sa Calchi accetta la richiesta della MURG e il Sig. Francesco, con la sua grave insufficienza respiratoria, viene trasferito al Grossoni 2.

Dopo appena 3 giorni il Sig. Defeo “veniva rinvenuto in una condizione di arresto del circolo; sottoposto inutilmente alle cure rianimatorie, veniva dichiarato deceduto.”

Nel caso di Francesco D. esiste la relazione alla dimissione del reparto di Psichiatria 3 (Grossoni 3):

Il paziente durante la degenza in MURG è stato sottoposto a terapia medica con steroidi aerosol con broncodilatatori; ha continuato a fumare malgrado le proibizioni. ... Era stato quindi ... trasferito presso il nostro reparto. Anche nel nostro reparto il pz non seguiva la prescrizione di non fumare In data 01/10 il pz veniva rinvenuto in una condizione di arresto del circolo; sottoposto inutilmente alle cure rianimatorie, veniva dichiarato deceduto.

**Tullio C.
viene ricoverato al Grossoni 3
dopo qualche giorno muore
Tullio C. è morto mentre era legato da 14 ore?**

Tullio C. viene ricoverato al Grossoni 3 un imprecisato giorno di ottobre di questo anno.

Nel portale dei reparti non esiste alcuna documentazione riferita al suo ricovero.

Esiste solo:

- il referto di Anatomia Patologica n. S2010-001040 del reparto di Anatomia di Niguarda, che indica la visita necroscopica fatta il 24 ottobre 2010,
- le analisi del sangue e delle urine fatte dal Laboratorio di analisi Chimico-Cliniche Patologia Clinica di Niguarda il 21 ottobre 2010.

Da queste analisi risulta che Tullio C., appena 3 giorni prima di morire stava bene.

Da queste analisi risulta che Tullio C., era ricoverato al Grossoni 3 (primario Leo Nahon).

Tutti gli operatori dei Grossoni e del DSM sanno che Tullio C. era stato legato al suo letto alle 11 di mattina e che, 14 ore dopo, alle 2 di notte è stato trovato morto nel suo letto di contenzione.

**Marinella S.
al Grossoni 2 viene legata al suo letto di contenzione
per 438 (quattrocentotrentotto) ore continuative!**

Marinella S. era una paziente della D.sa Calchi.

Il Dott Mariano Bassi, Primario del Grossoni 2, all'inizio di quest'anno assegna la Sig.ra Marinella S. ad un altro medico curante.

Con il nuovo psichiatra la Sig.ra Marinella S. viene legata al suo letto di contenzione per 438 ore consecutive!

Pari a 18 giorni e 6 ore!

Pari ad oltre 36 volte la durata massima della contenzione fisica consigliata dai protocolli!

Nel registro delle contenzioni del Grossoni 2 le centinaia di firme del controllo sono tutte in fila, l'una dopo l'altra!

**Andrea R.
al Grossoni 2 viene legato al suo letto di contenzione
per 14 (quattordici) giorni continuativi!**

Il Sig. Andrea S. fino a luglio era un paziente della D.sa Calchi.

A luglio, dopo la sospensione della D.sa Calchi, il Dott Mariano Bassi, Primario del Grossoni 2, 'gira' il Sig. Andrea S. ad un altro psichiatra della sua equipe.

Nei mesi scorsi il Sig. Andrea S viene immobilizzato da 8 infermieri, trascinato per la gola lungo il corridoio del Grossoni 2, davanti agli altri degenti fortemente impressionati e spaventati, e legato al suo letto di contenzione, dove rimane per 14 giorni consecutivi!

Pari a oltre 330 ore!

Pari ad oltre 28 volte la durata massima della contenzione fisica consigliata dai protocolli!

Durante questa interminabile contenzione fisica al Il Sig. Andrea S. venivano praticate ben 9 iniezioni giornaliere di 3 psicofarmaci (tre iniezioni al giorno per ogni psicofarmaco)!

ALCUNE DOMANDE
AI DIRIGENTI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA

- **Chi era il medico curante della Sig.ra Rita F. quando veniva a lungo contenuta al Grossoni 2?**
- **Come mai nel portale dei reparti è sparita la documentazione del Grossoni 2 inerente al ricovero della signora nei mesi di marzo a luglio del 2006?**
- **E' stata risarcita la Sig.ra Rita F. per le gravi lesioni causatele da un uso scorretto della contenzione fisica?**

- **Chi era il medico curante del Sig. Mohamed N. quando veniva contenuto al Grossoni 1?**
- **Come mai nel portale dei reparti è sparita la documentazione del Grossoni 1 inerente il suo ricovero nei mesi di giugno-luglio del 2005?**
- **E' stata risarcito il Sig. Mohamed N. per le gravissime lesioni permanenti causategli da un uso scorretto della contenzione fisica?**

- **Chi erano il medico di guardia e gli infermieri presenti al Grossoni 3 quando è morto Francesco D.?**
- **Come mai il primario del Grossoni 3, Dott. Leo Nahon, non ha svolto alcuna relazione sui motivi che hanno impedito il trasferimento del Sig. Francesco D. in Medicina di Urgenza, in considerazione delle gravissime condizioni che lo hanno portato alla morte?**

- E' vero che che la Medicina di Urgenza ha chiesto il trasferimento di Francesco de Feo in psichiatria perché non riuscivano a farlo smettere di fumare, nonostante il parere contrario scritto dalla D.sa Calchi?
- È vero che al Grossoni 3 per impedire ad un paziente di fumare si usa contenerlo?
- Chi erano il medico di guardia e gli infermieri presenti al Grossoni 3 quando è morto Tullio C.?
- Come mai nel portale dei reparti è sparita la documentazione del Grossoni 3 inerente il suo ricovero nel mese di ottobre del 2010?
- Come mai il primario del Grossoni 3, Dott. Leo Nahon, non ha svolto alcuna relazione sui motivi che hanno impedito il trasferimento del Sig. Tullio C. in Medicina di Urgenza, in considerazione delle gravissime condizioni che lo hanno portato alla morte?
- Di che cosa è morto Tullio C.?
- E' vero, come hanno riferito alcune voci tra gli operatori di Niguarda, che quando è morto egli era contenuto al suo letto da 14 ore?
- Chi è il medico curante della Sig.ra Marinella S.?
- Come giustifica questa enorme strappo nelle procedure delle linee guida del DSM di Niguarda sulla contenzione fisica in ospedale?
- Quali erano le condizioni psichiche e fisiche della Sig.ra Marinella Scalise?
- Dove si trova in questo momento la Sig.ra Scalise?
- Chi è il medico curante della Sig. Andrea R.?
- Come giustifica questa enorme strappo nelle procedure delle linee guida del DSM di Niguarda sulla contenzione fisica in ospedale?
- Ha valutato l'effetto sugli altri pazienti del Grossoni 2 dell'immobilizzazione violenta del Sig. Andrea R.?
- Quali erano le condizioni psichiche e fisiche della Sig.ra Marinella Scalise?
- Dove si trova in questo momento la Sig.ra Scalise?
- In questi ultimi anni ci sono stati altri casi di ricoverati dei Grossoni in regime di contenzione dalla durata abnorme?
- In questi ultimi anni ci sono stati altri casi di ricoverati dei Grossoni morti in regime di contenzione?
- In questi ultimi anni ci sono stati altri casi di ricoverati dei Grossoni che hanno subito gravi lesioni permanenti in regime di contenzione?
- In questi ultimi anni ci sono stati casi di suicidio per impiccagione all'interno dei reparti dei Grossoni?
- In questi ultimi anni ci sono stati casi di suicidio fuori dai reparti dei Grossoni a poche minuti dalla concessione del permesso di uscita?
- Chi manomette e come è possibile manomettere il sistema centrale dei computer di Niguarda per cancellare dal portale dei reparti la documentazione clinica di alcuni ricoveri scottanti dei Grossoni?
- Come mai il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda, Dott. Arcadio Erlicher, così propenso ai provvedimenti disciplinari contro la D.sa Calchi, non ha mai promosso un'indagine su quanto avveniva da anni nei reparti del suo Grossoni 1 e negli altri 2?
- Come mai il Consiglio di Disciplina così sollecito a sospendere la D.sa Calchi, che non ha commesso il benché minimo illecito professionale, non ha finora preso alcun provvedimento contro i responsabili di fatti così gravi?

- **Come mai le Direzioni dell'Azienda Ospedaliera di Niguarda Ca' Granda tollerano che nei reparti di psichiatria si contengano i ricoverati con l'efferato e pericoloso strumento di torura dello "spallaccio"?**

23 novembre 2010

Telefono Viola di Milano