

# «La contenzione meccanica... è terapeutica»

## Tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario

### **Mechanical restraint... is therapeutic. Discursive neutralization techniques in a forensic psychiatric hospital**

Mechanical restraint is a tacit practice in many psychiatric inpatient settings in Italy. Forensic psychiatric hospitals can be interpreted as critical cases in terms of restraint measures due to the frequency and severity of the coercion enforced on inpatients' bodies. This paper focuses on the discourses adopted by clinical and custodial staff working in one of these «hospitals» that is well known for its punitive reputation. The theoretical framework is grounded on theories of neutralization. Four discursive techniques of neutralization emerging during interviews conducted with clinical (10) and custodial (14) staff are discussed: i) harm minimization; ii) limitation of liability; iii) denial of the victim; and lastly, what I call iv) invention of the function (mechanical restraint is therapeutic). The aim of this paper is twofold: first, to understand the reasons adopted by staff for using coercive measures in order to contrast them and help develop new counter discourses to support no-restraint approaches. Second, to explore the fruitfulness and limitations of the adoption of neutralization theories in empirical research.

**Keywords:** neutralization, normalization, coercion, restraint, mental health, forensic psychiatric hospital, prison

Luigi Gariglio, Dipartimento di Cultura, Politica e Società, Università degli studi di Torino, Lungodora Siena 100, Torino, 10153 - Italia (IT). luigi.gariglio@unito.it

Ringrazio Mario Cardano per le molte riflessioni congiunte sui temi della salute mentale e della contenzione. Ringrazio per i commenti alle versioni precedenti del contributo: Marta Caredda, Michele Miravalle, Valeria Quaglia, Eleonora Rossero e i referee anonimi. Ringrazio, in modo particolare, Gianmarco Navarini e Domenico Perrotta per le critiche puntute, per il sostegno e per i suggerimenti utili che mi hanno saputo donare. Ringrazio infine l'intera redazione di ERQ per il notevole lavoro redazionale svolto e per l'entusiasmo dimostrato: grazie.

## Introduzione

«Con pazienti psicotici gravi è molto [...] utile la contenzione meccanica...che ha sicuramente una...una... qui lo dico, qui lo nego, un carattere terapeutico. Non è soltanto un metodo contenitivo, ha una sua valenza terapeutica, la coercizione. Il paziente in preda a uno stato di agitazione psicomotoria, se lo fermi ai quattro arti, subisce un...cioè la, la, la coscienza che ha che non si può più muovere provoca in lui un... una rapida induzione di ... nel senso che si calma [...]. In più facilità somministrazione di farmaci sedativi» (dott. Bianchi, psichiatra).

Chi scrive ha incontrato il dott. Bianchi durante una ricerca che aveva per oggetto le pratiche coercitive all'interno di un reparto di un ospedale psichiatrico giudiziario (che chiameremo spesso semplicemente «ospedale»). Tutte le interviste sono state raccolte da chi scrive nel corso di una etnografia condotta tra il 2014 e il 2016. Le parole dello psichiatra con cui si apre questo contributo suggeriscono il grado di eterogeneità delle posizioni degli operatori nei confronti dell'«uso delle cinghie», espressione spesso usata nell'ospedale per fare riferimento alla contenzione meccanica.

Il dott. Bianchi è uno psichiatra del reparto Uranio, un fautore convinto della contenzione che prescrive alla bisogna. Il dott. Bianchi parla della contenzione nell'intervista esclusivamente facendo cenno a esperienze positive, qualificandole come «ottime contenzioni», «contenzioni indispensabili» e, talvolta, facendo riferimento ai presunti danni dovuti non già alla contenzione ma a una «mancata contenzione». Per sostenere le proprie tesi, fa riferimento in modo generico, senza mai citare riferimenti precisi, a una ipotetica letteratura internazionale che, a suo dire, riconoscerebbe «l'utilità dello strumento coercitivo tanto quanto riconosce quella del gesso pelvi podalico in caso di fratture diafisarie». Quando serve, il dott. Bianchi non solo prescrive la contenzione, ma interviene lui stesso in modo competente con il proprio corpo atletico a supporto dei colleghi nella gestione della contenzione: bloccando il paziente «gettandogli un panno bagnato sul volto», tenendo fermo un avambraccio affinché possa essere legato dall'infermiere, o

legando lui stesso i «malati», assicurandosi poi che le cinghie siano strette abbastanza per evitare che possano liberarsi da soli. Il dott. Bianchi, tuttavia, riconosce lo statuto problematico della contenzione meccanica delle persone sostenendo che tale pratica si configura come una soluzione di carattere residuale nel fronteggiamento delle crisi psichiche che, invece, di norma, dovrebbero essere gestite con la «compassione di un padre di famiglia».

L'assunto che sta alla base di questo contributo è quello di riflettere non solo sulle ragioni organizzative che concorrono al ricorso routinario e tacito (Polanyi, 1979) della contenzione da parte dei membri dello staff nei contesti

<sup>1</sup> Tutti i nomi sono pseudonimi di fantasia. Il reparto è denominato Uranio e gli operatori sono denominati con dei colori: tonalità di grigio per gli agenti (Argento, Ferro, Acciaio, Antracite), di rosso per gli infermieri (Vermiglio e Scarlatto), e di bianco per i medici e gli psichiatri con l'aggiunta, come accade in reparto, del prefisso «dott.» (dott. Bianchi, dott. Crema, dott. Avorio, dott. Platino), psichiatrici (cfr. Cardano, Gariglio, 2021; Cardano et al., 2020), ma soprattutto sui «motivi» (Mills, 1940) con cui chi lega, o ordina ad altri di legare i pazienti, riesce a neutralizzare il disequilibrio (Hazani, 1991) provocato dalla distanza tra ciò in cui crede (o dice credere nel corso dell'intervista) e ciò che fa, talvolta anche di fronte a chi scrive.

Sebbene quasi tutti gli operatori sanitari e di custodia condividano, seppur con accenti diversi, un orientamento critico rispetto a una pratica che annichilisce i pazienti riducendoli a corpi inermi privati della pur minima autonomia, le interviste danno conto dei «motivi» con cui gli operatori riescono a raccontare il senso di ciò che fanno o, detto altrimenti, a dar conto discorsivamente delle pratiche coercitive adottate che prevedono il ricorso routinario alle cinghie.

La teoria della neutralizzazione (Sykes, Matza, 1957; Hazani, 1991; Maruna, Copes, 2005) offre un quadro analitico che, seppur datato e bisognoso di qualche aggiustamento, risulta fecondo sul piano euristico. Si tratta di discorsi con cui gli operatori sanitari e di custodia che usano la contenzione riescono a «neutralizzare» il disagio per aver adottato pratiche esecrabili e ad attribuire discorsivamente un senso accettabile a ciò che fanno. L'analisi del materiale empirico ha permesso di ricondurre l'eterogeneità delle pratiche discorsive degli operatori - su cui si focalizza il saggio - a tre fattispecie, interpretabili attraverso il ricorso ad altrettante tecniche di neutralizzazione classiche, descritte da Gresham Sykes e David Matza (1957) - a cui sono stati apportati minimi aggiustamenti per adattare le tecniche ai casi empirici in studio -, più una nuova fattispecie.

La struttura del contributo è la seguente: il prossimo paragrafo introduce la teoria della neutralizzazione e le domande cognitive che hanno guidato la ricerca; il

paragrafo successivo illustra la metodologia adottata e il campo empirico in studio, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione sociale della contenzione meccanica; quello che segue presenta quattro tecniche di neutralizzazione che emergono dall'analisi delle narrazioni degli operatori e che sono prevalenti vuoi tra chi opera nel comparto sanitario, vuoi tra chi opera in quello di custodia; infine il contributo termina con alcune considerazioni conclusive.

## 2. La neutralizzazione

A partire dagli anni Cinquanta, il fenomeno della neutralizzazione è stato frequentemente oggetto di indagini sociologiche e criminologiche (Maruna, Copes, 2005). La teoria della neutralizzazione è spesso ricondotta al saggio di Gresham Sykes e David Matza (1957). Sykes e Matza fanno riferimento alla nozione di culture devianti introdotta da Albert Cohen in *Delinquent Boy* (1955), che suggerisce che i giovani delinquenti diventino tali per accrescere la propria reputazione tra i pari adottando pratiche contro-culturali interne alla propria subcultura. Pur influenzati dalla teoria della subcultura, Sykes e Matza propongono un'interpretazione alternativa: suggeriscono cioè che i giovani delinquenti non aderirebbero tanto alle norme subculturali del proprio gruppo ma, al contrario, aderirebbero per la maggior parte del tempo e in sfere eterogenee della propria vita quotidiana alle norme sociali convenzionali; quei giovani userebbero le norme convenzionali considerandole più una guida all'azione (*qualified guides*), di cui tener conto interpretandole con un certo grado di libertà, piuttosto che come degli imperativi categorici da seguire pedestramente. In ragione delle norme sociali interiorizzate durante la socializzazione, infatti, anche i «giovani delinquenti» proverebbero dei sensi di colpa per le proprie azioni criminali in quanto queste ultime sarebbero in contrasto con i valori sociali convenzionali intesi come guida all'azione. Essi cioè avrebbero la duplice necessità di trovare un modo per neutralizzare i propri valori convenzionali, a cui pure in una certa misura aderiscono, e adottare e adattarsi ai nuovi valori subculturali. La teoria della neutralizzazione, in altre parole, impiega una «lente» che derubrica in parte l'adozione dei valori subculturali, enfatizzando invece la capacità degli attori sociali di adottare delle tecniche con cui neutralizzare il rimorso che potrebbe provare chi disattendesse le norme convenzionali. In altri termini quelle tecniche aiuterebbero i giovani ad adottare una cornice cognitiva che permetterebbe loro di continuare a fare ciò che fanno (delinquere) pur continuando a condividere almeno in parte i valori convenzionali, sebbene ciò che fanno sia in conflitto con quei valori. Come spiega Alexander Alvarez (1997), grazie all'adozione delle tecniche di neutralizzazione gli attori sociali possono reinterpretare una certa situazione in modo tale da sentirsi

autorizzati in quel particolare contesto a sospendere il riferimento ai valori convenzionali in cui normalmente credono e che, di solito, sono una delle ragioni che li frena nel porre in essere azioni criminali e più in generale devianti.

La teoria della neutralizzazione proposta da Sykes e Mazda illustra cinque tecniche di neutralizzazione con cui i giovani delinquenti sarebbero in grado di attribuire un senso alle proprie azioni in grado di neutralizzare - qui si ritiene più opportuno suggerire il termine attenuare - il proprio rimorso, rendendo possibile vuoi l'avvio di una carriera deviante, vuoi la sua riproduzione. Nel corso dei decenni, la teoria della neutralizzazione è stata impiegata in molti contesti empirici come strumento analitico e interpretativo mostrandone non solamente la fecondità euristica ma anche l'adattabilità all'eterogeneità dei contesti empirici sui quali è stata messa alla prova.

In questo contributo si intendono analizzare i resoconti discorsivi degli operatori alla luce della neutralizzazione del comportamento. L'oggetto della neutralizzazione in questo caso non riguarda i sensi di colpa derivanti dalla violazione delle norme formali o informali (come illustrato da Sykes e Matza) bensì, con Hazani (1991), il disequilibrio prodotto dalla distanza tra i valori - che in misura più o meno condivisa guidano le condotte degli operatori - e le pratiche incarnate che sono adottate nel corso della loro giornata lavorativa. Intendo comprendere quali tecniche discorsive emergano nelle interviste quando gli operatori danno conto delle ragioni a cui ricorrono per dar senso a ciò che fanno, in particolare laddove ricorrono alla pratica di legare con delle cinghie i pazienti al letto, rendendo quella pratica «sensata», «plausibile» e financo «necessaria» o «terapeutica».

Di seguito mi propongo di illustrare i modi con cui i soggetti danno conto di come fronteggiano il disequilibrio tra ciò che dicono e ciò che fanno. Tutti i resoconti degli operatori offerti nelle interviste etnografiche attribuiscono o riconoscono alla contenzione meccanica del paziente un certo grado di criticità dal punto di vista dei codici morali convenzionali. Ciononostante, emerge che nessun operatore si sia sottratto dall'impiego routinario della coercizione fisica. La coercizione fisica, la pratica operativa di legare il paziente, è semplicemente e tacitamente ritenuta una procedura tecnica disponibile in reparto, con cui far fronte alle criticità pratiche più o meno rilevanti che si incontrano durante il proprio turno di lavoro. È necessario comprendere come gli operatori sanitari e gli operatori di custodia riescano ad esprimere una posizione critica in termini astratti per poi descrivere l'uso delle cinghie come una pratica ragionevole, accettabile, o addirittura come una terapia utile per la patologia del paziente.

Le domande di ricerca adottate per indagare il fenomeno della neutralizzazione sono essenzialmente due: come viene costruito discorsivamente il senso del ricorso alla contenzione dagli operatori? Come si differenziano tali

resoconti tra il personale sanitario e quello di custodia? Prima di illustrare il materiale empirico descrivo le principali scelte metodologiche del mio lavoro e alcuni tratti rilevanti del contesto di studio.

## **Note metodologiche e campo empirico**

Ho raccolto via via il materiale empirico nel corso di una osservazione partecipante di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), cominciata nella seconda metà del 2014 e durata circa due anni (cfr. Gariglio, 2018). Il lavoro di ricerca ha utilizzato tre tecniche principali: l'osservazione partecipante scoperta, l'analisi dei documenti (registro di contenzione e cartelle cliniche), e le interviste con cui si è inteso ricostruire i motivi con cui il personale dà conto discorsivamente della pratica tacita di legare i pazienti a letto.

## **Interviste etnografiche**

In questo contributo l'attenzione è concentrata sull'analisi delle interviste etnografiche condotte in un reparto dell'ospedale psichiatrico (Gariglio, 2018; 2016). L'intervista etnografica (Spradley, 1979) ha permesso di costruire narrazioni ancorate ad un contesto ben noto sia al personale sanitario che agli agenti di custodia, in modo da poter talvolta agganciare il dialogo a specifiche esperienze di contenzione meccanica osservate, o comunque note sia al ricercatore sia al suo interlocutore. Ho intervistato quattordici unità del comparto custodia (due ispettori e dodici agenti di Polizia Penitenziaria, d'ora in poi PolPen) e dieci del comparto di cura (quattro psichiatri, due psicologi, due medici incaricati, due infermieri). Le interviste - con anche il ricorso alla tecnica del «fotostimolo» (Gariglio, 2010; 2016) - sono state videoregistrate all'interno dell'ospedale durante i turni di servizio.

Il caso che ho studiato può essere qualificato come critico<sup>2</sup> per tre ragioni: i) il contesto coercitivo e di custodia in cui prende forma la contenzione (un

<sup>2</sup> La logica della doppia gerarchia (cfr. Cardano, 2020, pp. 112-118) ci autorizza a ritenere plausibile quanto segue: poiché il personale oggetto di studio riesce a neutralizzare la spinta reparto in un contesto carcerario e non semplicemente un reparto ospedaliero); ii) le forme particolarmente cruente in cui si realizza la contenzione - i pazienti posso essere legati al letto non solo ai quattro arti ma anche usando talvolta altre due cinghie che ancorano, l'una l'addome e l'altra il collo, quest'ultima per tale ragione viene chiamata dagli infermieri in gergo «strozzina»; iii) infine, la numerosità e la durata delle contenzioni. Il continuo ricorso alla pratica emerge soprattutto nei

colloqui informali, in minor misura nelle interviste, e infine dall'osservazione del registro della contenzione, che nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario è compilato in modo intermittente e con poca cura.

Nell'analizzare le interviste ho dovuto tenere conto del fatto che la frequentazione reciproca tra etnografo e partecipanti-intervistati ha sì prodotto interlocuzioni molto ricche e dense, ma ha anche introdotto gradi di familiarità reciproca che possono aver influito sulla relazione, influenzando le posizioni espresse nel corso dell'intervista. Insomma, gli intervistati apparivano ben motivati non solo a salvare la faccia ma anche a fare bella figura con me e a compiacere il ricercatore.

## Il campo e l'organizzazione sociale della contenzione meccanica: infermieri, psichiatri e agenti di polizia penitenziaria

Un ospedale psichiatrico giudiziario è un'organizzazione coercitiva (Etzioni, 1961) in cui sono curate e custodite delle persone abitate da una alterità - un male mentale (cfr. Cardano, 2007) - e definite pazienti psichiatrici autori di reato. Prima del 1975 l'ospedale psichiatrico giudiziario era denominato «manicomio criminale» ma nella sostanza si tratta della stessa cosa, il cambio di nome rappresenta poco più di un passaggio formale (Miravalle, 2015, pp. 76-78). Il reparto Uranio è stato per anni un reparto dell'ospedale psichiatrico che poi è stato riqualificato come una «Articolazione per la Tutela della salute mentale» o, detto altrimenti, sezione psichiatrica del carcere.

L'ospedale psichiatrico giudiziario è inoltre chiaramente un'istituzione totale (Goffman, 2010), a cominciare dalla sua struttura architettonica: è un edificio che è parte di un complesso di istituti penitenziari circondati da un unico muro di cinta altro almeno sei metri e mezzo che ben lo isola dal contesto circostante. Si compone di cinque reparti tutti dislocati su due piani composti ciascuno di venticinque «stanze di pernottamento» - termine previsto dall'Amministrazione penitenziaria per fare riferimento alle celle - dotate di bagno e doccia. Le celle sono stanze che versano in condizioni igienico sanitarie davvero precarie e sono occupate vuoi da uno, vuoi da due pazienti, in ragione dell'affollamento della sezione. Il reparto Uranio è formato da un corridoio su cui si affacciano, solo da un lato, tutte e venticinque le stanze di pernottamento, un ambiente di socialità chiamato dai pazienti «la saletta», una stanza adibita a

a non usare la contenzione laddove essa prende forma con modalità estreme (nel caso critico: l'ospedale psichiatrico giudiziario), è plausibile ritenere che altri operatori riescano con maggior facilità a neutralizzare la spinta a non usare la contenzione laddove essa sia adottata con modalità

meno severe, come accade nei cosiddetti «repartini» psichiatrici (i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura) degli ospedali.

lavanderia, e infine un'ampia sala infermeria perfettamente efficiente e del tutto equivalente a una infermeria ospedaliera.

Il reparto Uranio è considerato, sia dal personale sia dai pazienti, un reparto punitivo, sebbene formalmente tale qualifica sia stata rifiutata dal comandante, che ha chiarito, con sue parole, che «la legge non prevede reparti punitivi». Di fatto, giorno dopo giorno, sono trasferite in Uranio le persone ritenute ingestibili negli altri reparti; qui i pazienti sono chiusi nelle celle e non sono liberi di circolare nel reparto come invece accade negli altri quattro reparti dell'ospedale. La vita quotidiana delle persone ristrette nel reparto Uranio si svolge sottochiave nelle celle per la maggior parte del tempo. Questo è l'unico reparto a celle chiuse con la compresenza costante di almeno un agente della Polizia Penitenziaria e di almeno due operatori sanitari (di cui almeno un infermiere); negli altri quattro reparti c'è un regime a celle aperte, caratterizzato dalla presenza esclusiva di personale sanitario in cui l'intervento della squadretta degli agenti è innescato solo in risposta ad una chiamata del reparto o del suono di un allarme. Nel reparto i pazienti «esclusi dalle attività» - cioè in isolamento - non escono mai dalla cella tranne che per essere scortati «all'aria» in micro-cortili di passeggio dove rimangono da soli per circa un'ora, due volte al dì. Gli altri possono uscire al massimo per altre tre ore al giorno per alcune specifiche attività previste dai regolamenti sotto la stretta sorveglianza degli agenti. Il personale minimo presente nel reparto Uranio di notte prevede, oltre alla presenza di un infermiere - l'unica figura presente negli altri quattro reparti nelle ventiquattrore, quella di un agente di polizia penitenziaria. La mattina in Uranio ci sono invece due infermieri, due operatori socio sanitari e due agenti che collaborano per lo svolgimento delle attività e per la sorveglianza nel corso delle attività cliniche. Tutte le mattine, dal lunedì al sabato, è presente in ciascun reparto almeno uno psichiatra, più spesso due.

Per quanto attiene all'organizzazione sociale del ricorso alla contenzione meccanica, la procedura organizzativa prevede che essa debba essere autorizzata preventivamente da uno psichiatra o, in sua assenza, dal medico di guardia che dopo una attenta valutazione clinica del paziente «da legare» ha il potere di decidere se ordinare o meno il «ricorso alle cinghie». Il più delle volte, tuttavia, le cose vanno diversamente: la decisione di procedere alla contenzione di un paziente è spesso praticata da un infermiere, talvolta su propria iniziativa, talaltra su sollecitazione degli agenti del reparto; altre volte dopo l'intervento di un medico o di una consulenza telefonica con un medico di guardia. In tutti i casi il medico ha ancora l'obbligo di legittimare l'atto coercitivo apponendo la sua firma nel registro della contenzione e nella cartella clinica. Spesso però il medico «aggiusta il registro»



cartaceo compilando lo spazio lasciato vuoto dall'infermiere il giorno successivo o, se tutto va bene e la contenzione si è conclusa senza intoppi, talvolta non lo registra affatto. In presenza di pazienti ritenuti agitati o pericolosi la contenzione è attuata dagli infermieri con l'ausilio degli operatori socio sanitari e, spesso, degli agenti del reparto talvolta con l'aiuto della «squadretta» di agenti deputata all'uso della forza (Gariglio, 2018) e con l'intervento «con i guanti» dello psichiatra o del medico di guardia. Una volta contenuto il paziente, dopo aver bloccato con delle fascette i quattro arti legandoli al letto - il personale sanitario usa l'espressione «in quarta», cioè ai quattro arti - un infermiere dovrebbe segnare l'ora dell'inizio della contenzione nel registro apposito e poi cominciare a monitorare i parametri ogni due ore, cosa che di giorno avveniva con regolarità. Un infermiere mi ha detto che talvolta la contenzione non viene registrata per consegnare delle statistiche migliori alla Direzione sanitaria: non registrare le contenzioni nel registro permette di mostrare un'immagine meno coercitiva del reparto di quanto non sia in realtà.

Raramente i pazienti resistono attivamente alla contenzione; spesso la subiscono docilmente mostrando di comprendere o anche solo di rassegnarsi ai «motivi» (Mills, 1940) che ne suffragano l'adozione da parte degli operatori; spesso tra i pazienti, vere e proprie vittime della procedura, prevale la rassegnazione. Il personale sanitario, talvolta coadiuvato da quello di custodia, ricorre all'uso delle cinghie con relativa calma e con un buon grado di cooperazione da parte del paziente che cammina autonomamente verso il proprio letto senza opporre la minima resistenza, sedendosi, sistemando le braccia lungo i fianchi, per poi lasciare che l'infermiere prenda il polso e lo cinga con una cinghia già preventivamente preparata e fissata al telaio del letto, e così via. Nel corso dell'etnografia ho osservato due pazienti che richiedono *motu proprio* di essere contenuti. Talvolta, però, alcuni pazienti resistono alla violenza della contenzione come possono: tirando calci, pugni, stratonando, mordendo o sputando. In quei casi la scena si fa più concitata: quando l'intervento degli agenti della sezione non basta a gestire la situazione, una sirena d'allarme innesca l'intervento della squadretta della polizia che interviene con la forza bloccando e poi scortando il paziente verso la legatura. Tutto questo non può che essere definito un supplizio.

Dopo aver sinteticamente illustrato la scena in cui ha preso forma la ricerca, il contributo punta ora l'attenzione sui resoconti degli operatori raccolti nel corso delle interviste etnografiche.

## **L'analisi dei resoconti degli operatori: le quattro tecniche discorsive di neutralizzazione della contenzione nell'ospedale psichiatrico giudiziario**

In questo paragrafo i resoconti degli operatori sono interpretati alla luce della teoria della neutralizzazione. I primi tre sotto-paragrafi illustrano alcuni stralci di intervista inquadrabili nel registro di tre delle tecniche, per così dire classiche, proposte nell'articolo di Sykes e Matza (1957). Nel quarto sotto-paragrafo si discute una tecnica che non rientra nella cornice delle cinque pubblicate nell'articolo originale.

### «Il male minore»: la tecnica della minimizzazione del danno

«Alfonso l'ho avuto nel [mio] reparto. Un giorno appare completamente «scompensato» e minaccioso, minacciando il personale. Gli inietto un po' di terapia. Lo conteniamo... e dopo tre ore, solo tre ore contenuto sul letto con tutto il rispetto dovuto... Alfonso... ha lavorato, si è curato, è andato via, è ritornato a Roma, da sua moglie... proprio come è giusto che sia [...] Io non gli ho fatto nessuna... secondo me non ho fatto nessuna cattiveria, nessun abuso, nessuna tortura ad Alfonso. L'ho soltanto contenuto per evitare che facesse del male a qualcuno... che si facesse del male a lui... L'uso della contenzione secondo me è opportuno quando serve e dove serve. Opportuno sì! Come fuori, nel [Servizio Psichiatrico di] Diagnosi e Cura. Tutte le strutture psichiatriche civili usano la contenzione. C'è presente. C'è presente» (Vermiglio, infermiere).

Una prima caratteristica dei resoconti degli operatori - soprattutto degli infermieri - è quella di essere improntata alla *minimizzazione del danno*, una versione per così dire attenuata della tecnica originale della negazione del danno. La minimizzazione prende forma nelle interviste sia sottovalutando il danno procurato ai soggetti legati, che viene considerato minimo se rapportato ai presunti benefici, sia sminuendo il carattere routinario del ricorso alla contenzione che si mostra invece essere frequente in modo evidente nei resoconti dei pazienti.

Gli stralci che sottovalutano il danno procurato definiscono la contenzione come un male minore e talvolta necessario che non produrrebbe danni severi nei pazienti. L'infermiere presenta un esempio evidente di minimizzazione del danno in modo eloquente quando dice: «Alfonso [...] ha lavorato, si è curato, è andato via, è ritornato a Roma, da sua moglie... proprio come è giusto che sia». Ciò che si mostra in modo evidente nelle parole di Vermiglio è l'oggettivizzazione dell'esperienza di Alfonso in una narrazione che dà conto della gestione del paziente senza però interpellare la persona che è stata oggetto della contenzione. L'esperienza corporea della contenzione vissuta da Alfonso è del tutto assente nei discorsi dell'infermiere così come nella maggior parte degli altri discorsi di questa fattispecie. L'atto coercitivo viene derubricato a male minore necessario - un piccolo incidente nel

percorso biografico di un paziente - e a un episodio tra i tanti che deve essere messo in atto da chi è impegnato nei servizi.

C'è poi chi minimizza il danno enfatizzando il rischio che la non adozione della contenzione porterebbe con sé; l'uso della coercizione viene giustificato perché salverebbe delle vite umane; non ricorrere alla contenzione, questa la tesi, potrebbe avere effetti letali.

«Queste sono le cose all'italiana... la contenzione andrebbe usata pochissimo, sono d'accordo. Ma quando serve, serve. In certe situazioni di pazienti che si massacrano [tra di loro], li devi assolutamente... insomma. Non devi permettere che si massacrino... aspettare cosa? Perché? Veramente il meno possibile... e non bisogna abusarne. [...] c'era che tu, ti veniva paura, quello ti minacciava... [Oggi, che si contiene un po' meno] qui vedi di tutto. Poi [se si suicidano] ce l'hai sulla coscienza. Il giorno dopo dici: "se lo avessi legato" [...] Se lo lego, poi domani sta bene. Se domani s'è impiccato ed è morto, come vado a dirlo a sua madre? Lo strumento è lo strumento, l'abuso è l'abuso» (Scarlatto, infermiere).

Un altro infermiere narra un episodio che vede coinvolto un paziente che conoscevo bene per farmi comprendere, come aveva detto più volte in colloqui informali, che talvolta la contenzione possa essere la risposta più ragionevole per la salvaguardia del paziente autolesionista: il male minore necessario.

«Ogni qual volta che Nino si alzava e diceva: "Voglio essere legato", allora io lo legavo. Lo contenevamo, sempre! Questo qua era proprio un amore, un amore, un amore [...] con lui che dava le testate» (dott. Avorio, medico incaricato).

Le testate contro le inferriate o altri spigoli per eseguire gli ordini delle voci che lo abitavano, le dava davvero spesso Nino, tanto da avere evidenti segni e cicatrici sulla fronte di cui danno testimonianza alcune fotografie che conservo nell'archivio della ricerca. A causa di quei gesti autolesionisti, da quando si era cercato di ridurre i suoi episodi di contenzione, Nino era finito almeno una volta in pronto soccorso in fin di vita a causa delle ferite che si era autoinflitto.

Ciò che rimane in ombra nel brano riportato è il fatto che la contenzione non sia ritenuta né l'unico né il miglior metodo per fronteggiare le crisi dei pazienti. La letteratura mostra invece come la contenzione possa, o meglio debba, essere sostituita da pratiche meno coercitive che permettano di gestire la situazione: ad esempio con la qualità della relazione, l'empatia e con le tecniche infermieristiche della *de-escalations*.

La seconda fattispecie della tecnica della minimizzazione del danno opera in riferimento alla minimizzazione della frequenza del ricorso della contenzione. Ciò

che viene minimizzato è l'uso che della pratica si fa in reparto. Il dott. Bianchi qualifica il ricorso alla contenzione in ospedale come «parsimonioso». Della stessa opinione sono solo altri due operatori con orientamenti culturali e politici sintonici allo psichiatra. Quelle posizioni sono interpretabili nella chiave della medicina difensiva; servirebbero cioè ad attenuare i rischi connessi alle eventuali proprie responsabilità in caso di eventi avversi. I soggetti che adottano questa tecnica sostengono che la contenzione sia usata esclusivamente come *extrema ratio*, solo quando strettamente necessario e per il minor tempo possibile.

Un medico, il dott. Crema, adotta nell'intervista la stessa tecnica sottolineando l'importanza di usare con moderazione la contenzione meccanica; legare i pazienti «per il tempo necessario» non produrrebbe conseguenze severe per i pazienti e i vantaggi sarebbero ovvi - pur in assenza di alcun dato di ricerca a supporto della tesi - e includerebbero meno eventi critici, meno aggressioni agli operatori e meno suicidi.

Il fatto che le cinghie siano poco usate è però contraddetto da molte testimonianze raccolte da chi scrive con una parte del personale sanitario e di custodia nel corso dell'etnografia, oltre che dalla mia esperienza sul campo. Persino

<sup>3</sup> In Gran Bretagna la pratica della contenzione meccanica in psichiatria è stata superata già nell'Ottocento con l'adozione delle cosiddette stanze imbottite di isolamento (cfr. Conolly, 1976; Gardiner Hill, 2015).

alcuni poliziotti dello staff di custodia - che non hanno responsabilità dirette formali nella contenzione poiché essa si configura come una pratica clinica teoricamente ordinata da un medico e attuata dagli infermieri - contraddicono in modo evidente la versione riportata, senza però che abbiano voluto autorizzare la registrazione dell'intervista. Acciaio ha enfatizzato gli abusi nell'uso delle cinghie in alcune conversazioni informali; tuttavia, anche forse come forma di tutela verso i colleghi, in una intervista registrata successiva parla delle cinghie al passato:

«Prima, prima era un libero arbitrio. Brutto a dirlo. Prima si legava veramente tanta gente senza una ragione. Bastava niente. Anzi, forse, a non fare niente venivi legato [sorridente e continuando con un tono di voce più basso]. Negli ospedali, negli ex manicomi criminali, quando si entrava, venivi legato... sì! Così [scuotendo la testa] sì, quasi al cento per cento. Su cento persone la poteva scansare una decina di persone perché forse venivano... o è che forse già li conoscevi e sapevi che erano delle persone tranquille. Ma se non capitava la persona [leggi: l'agente] che conosceva chi arrivava, li legavi. Per non fare niente: legato!» (Acciaio, agente PolPen).

L'uso della contenzione in quell'ospedale può ben essere definito routinario e frequente e non già «parsimonioso».

## «Non è colpa mia»: diniego di responsabilità

Il secondo insieme di resoconti è riconducibile alla minimizzazione - piuttosto che ad un vero e proprio diniego - della responsabilità di chi pone in essere la pratica; tra le persone che più fanno uso di questa tecnica di neutralizzazione troviamo le persone che hanno un ruolo apicale nell'organizzazione della contenzione ma anche qualche agente. Al contrario dei resoconti che minimizzano il danno, questa tecnica riconosce esplicitamente - attribuendovi gradi diversi di severità - lo statuto critico della pratica di legare le persone e un minino «effetto collaterale». Non viene negato il danno per i soggetti contenuti, ma si attribuiscono le responsabilità a fattori esogeni. A questa fattispecie sono ascrivibili molti resoconti di infermieri e agenti che dicono di fare solo il proprio lavoro; l'espressione di un agente, Argento, è palese: «Qui funziona così».

I resoconti che possono essere letti attraverso questa tecnica di neutralizzazione giustificano la pratica del ricorso alla contenzione meccanica con ragioni imputabili alle esigenze organizzative e ai vincoli normativi formali - che il direttore sanitario definisce «vincoli di mandato» - che non solo orientano, ma vincolano chi ha compiti di governo e di indirizzo nel proprio lavoro. Il comandante dell'ospedale psichiatrico giudiziario dà conto delle «regole d'ingaggio» cui deve adeguare il governo dell'ospedale: sono regole chiare che - nella sua interpretazione caratterizzata da formalismo burocratico - lasciano minimi margini di discrezionalità nell'orientare le politiche sanitarie di quell'istituzione totale e nel regolare il ricorso ai mezzi di coercizione:

«Un posto come questo non è adatto alla cura, io l'ho sempre detto! Questo è un carcere. È nato per essere carcere, poi ci hanno messo qui dentro perché dove stavamo prima era anche peggio. Però non è sicuramente un luogo adeguato alla cura. [La contenzione] è un tema molto caldo comunque lo prendi. Comunque, anche qua dentro oggi che c'è, che c'è stato un aumento di personale sanitario, un cambio di organizzazione, cosa che prima sicuramente, probabilmente non c'era. Però non ci dobbiamo dimenticare che siamo all'interno di un istituto penitenziario, dove, a volte, dove mancano ancora tante cose e dove [la] contenzione [può] essere una soluzione alla mancanza delle tante cose... Il rischio che poi questo strumento [venga] utilizzato non proprio, non solo, non esclusivamente come stato di necessità, come situazione sanitaria c'è molto. C'è molto [rischio di un uso non prettamente sanitario], per esempio la notte; la notte c'è solo un medico [fuori dalle sezioni detentive], c'è solo un infermiere per reparto. La notte, il paziente

che chiama, insomma, disturba, come in ospedale però qui forse anche un pochettino di più perché c'è poi sempre l'alone dietro dell'ordine e della sicurezza del reparto, della scarsità del personale, insomma la sfida è stata un pochettino questa... Tenerli in cattività non fa bene alla cura» (Antracite, comandante del OPG).

Descrivendo la grave situazione di sovraffollamento in cui ha versato per anni l'ospedale psichiatrico giudiziario, che ha visto alloggiare in stanze previste per una persona fino a tre persone, stipati in letti a castello, il direttore sanitario dell'ospedale illustra un uso della contenzione che risponde primariamente a esigenze di tipo prettamente organizzativo in ragione di un quadro normativo ritenuto rilevante; il ricorso ai mezzi di coercizione è visto come uno strumento che permette di evitare l'escalation delle dispute tra ricoverati. Legare al letto i pazienti rientra dunque in una logica di prevenzione in modo arbitrario e illegale (Algostino, 2020; Caredda, 2020). Le persone, suggerisce il direttore, vengono cioè contenute al letto non solo per ragioni cliniche o per lo stato di necessità conclamato, ma anche perché si è in grado di supplire al sovraffollamento e alle carenze strutturali dell'istituzione, controllando i corpi dei pazienti «proprio come avviene in ospedale», dove appunto si contiene quando non vi è una organizzazione che permetta a chi vi lavora di fare altrimenti<sup>4</sup>.

«Cioè, c'era l'istituto sovraffollato, c'era una persona scompensata che avrebbe potuto far male al compagno di stanza e non avendo la possibilità di metterlo in una stanza da solo o di avere personale che stava un po' con lui a vedere se... a dare la terapia e poi anche aspettare che la terapia potesse fare effetto, è chiaro che la contenzione risolveva la soluzione. Però non era un intervento prettamente sanitario» (dott. Platino, direttore sanitario e psichiatra del OPG).

Anche un altro psichiatra illustra un tema che attiene al contesto organizzativo sottolineando l'utilità della contenzione come «mezzo utile» capace di

<sup>4</sup> Questa opinione è in parte confermata dalla ricerca già citata (Cardano et al., 2020).

esercitare un controllo sulle persone agitate minimizzando l'innescò di conflitti; ciò permetterebbe - a parità di operatori disponibili - di liberare unità di personale per supportare le persone che spesso rimangono inascoltate perché mansuete, silenziose, «con gravi sintomi di depressione» e non capaci di adottare stili comunicativi che ricorrono al ricatto e alla minaccia. La gestione del paziente in crisi attraverso il dialogo tra paziente e operatori, «rinforzato» dalla contenzione

manuale (più noto nei reparti con il termine inglese «holding») - una tecnica con cui il paziente è immobilizzato e tenuto fermo attraverso il contatto fisico dei corpi degli operatori e non attraverso l'uso di dispositivi meccanici come ad esempio le cinghie - è considerata preferibile in astratto dallo psichiatra in un contesto organizzativo con risorse adeguate; tuttavia, nel contesto dato, caratterizzato da una carenza che definisce «cronica» di risorse materiali e di personale, il ricorso alla contenzione consentirebbe di continuare a garantire a tutti i pazienti, e non solo a quelli agitati, un trattamento sanitario «congruo». Concentrare l'uso delle scarse risorse umane sui pazienti più difficili, ad esempio sostituendo una parte delle coercizioni meccaniche con quella manuale avrebbe rischiato di produrre l'effetto perverso di distrarre attenzione dai pazienti mansueti, docili e dai casi severi di «depressione» che spesso sono altrettanto bisognosi di quelli più agitati, ma «che non si sentono» e rischiano perciò di essere abbandonati a se stessi. Se si eliminasse la contenzione, ha detto uno psichiatra per difendere la propria tesi:

«Si affoss[erebbe] la possibilità di prendere in considerazione le persone miti che possono essere aiutate. No! Si preferi[rebbe] subire, diciamo, la violenza e le ritorsioni di quelle persone aggressive, che utilizzano strumenti aggressivi [a scapito delle prime]» (intervista ad uno psichiatra).

In quest'ultimo stralcio si accenna al ricorso della contenzione meccanica come condizione per l'erogazione di un'assistenza equa in un contesto di carenza di risorse umane.

### «È colpa loro!»: diniego della vittima

La terza tecnica di neutralizzazione è il diniego della vittima. I resoconti che attribuiscono la responsabilità della contenzione alle vittime non solo negano la responsabilità dell'intervistato, ma la attribuiscono a chi è legato al letto, rovesciando la lettura della situazione. Si tratta del tipo di resoconto che caratterizza praticamente tutti gli agenti e che traspare, con gradi diversi di evidenza, anche nelle parole degli infermieri di vecchia data. Questi infermieri sono stati socializzati alla professione in un periodo in cui sia gli infermieri sia gli agenti erano sotto l'autorità del Ministero della Giustizia (allora Ministero di Grazia e Giustizia) e condividevano quella che David Garland ha chiamato la cultura del controllo (cfr. Ronco, 2018). La tecnica del diniego della vittima può essere descritta come un caso tipico di *blame the victim* in cui la persona sofferente legata al letto con delle cinghie è descritta non già come una vittima ma, all'opposto, come la causa dei problemi che hanno poi prodotto, per così dire necessariamente, il ricorso alla contenzione.

La tecnica di neutralizzazione che consiste nel diniego della vittima, attraverso la sua colpevolizzazione, prende una duplice forma. In certe narrazioni si insiste sulla necessità di ricorrere alla contenzione per *scopi pedagogici*: la contenzione sarebbe cioè uno strumento utile al fine di assoggettare e rendere (più) docili pazienti «ingovernabili altrimenti» che imparerebbero, facendo esperienza dell'essere legati, a comportarsi in modo congruo (termine molto usato in ospedale). In altre narrazioni vengono addotte *ragioni normative*, di natura perlopiù giuridica, che fanno riferimento talvolta allo *stato di necessità* e talaltra alla *posizione di garanzia*, ribaltando anche qui la responsabilità sui soggetti trasformati da vittime in agenti violenti su cui deve agire il controllo sociale formale coercitivo. Entrambi gli insiemi di narrazioni che implicano la responsabilizzazione della vittima fanno riferimento ad un apparato giuridico e giurisprudenziale che mette al centro l'incolumità dei pazienti ma anche degli operatori di fronte a persone molto «scompenstate», e le responsabilità soggettive degli operatori, in una prospettiva che può anche leggersi nel registro della medicina difensiva.

Detto altrimenti, sarebbero cioè le azioni del paziente che, mettendo a repentaglio l'incolumità fisica di se stesso, degli altri pazienti ricoverati e del personale in turno, innescherebbero il ricorso alla contenzione.

Nelle narrazioni del personale di custodia - gli agenti di Polizia penitenziaria - la contenzione è spesso descritta come uno strumento utile a far fronte ad una grave criticità causata, vuoi volontariamente - in questo caso è spesso definita «una provocazione del detenuto» - vuoi non volontariamente, dal paziente, e non già come una procedura routinaria di natura organizzativa come invece illustrato, sia dal comandante sia dal direttore, per neutralizzare la propria responsabilità.

Sebbene si tratti di una tecnica prevalente tra gli agenti di polizia, anche un infermiere, tra gli altri, illustra che:

«Anche i soggetti [ritenuti] più calmi potrebbero finire contenuti da un momento all'altro perché d'improvviso possono dar di matto a causa di una improvvisa condizione di grande difficoltà emotiva, relazionale o psichica, che possa dar origine ad un grave "scompenso" che li renderebbe aggressivi e/o pericolosi» (Vermiglio, infermiere).

In altri termini, anche in quest'ultima narrazione i pazienti non si qualificherebbero come le vittime della contenzione, ma al contrario come la causa di una possibile violenza capace di innescare il ricorso alla contenzione. L'agente Ferro suggerisce:

«Nelle situazioni in cui un soggetto che ha problemi psichiatrici sia troppo aggressivo e si faccia, si procuri lui stesso dei danni, danni fisici, eh e non si riesce



comunque a farlo ragionare penso che l'unica *soluzione idonea* sia, purtroppo, legarlo al letto. [C'è chi] dice che, che è una cosa disumana legareee una personaaa a un letto. Però, ripeto, secondo me è più disumano lasciare che una persona si faccia... si distrugga la testa a forza di testate vicino alle inferriate... piuttosto che legarla» (Ferro, agente PolPen).

Un altro agente è altrettanto favorevole al ricorso alla contenzione quanto meno in tutti quei casi in cui sia messa a repentaglio la sicurezza degli agenti stessi e degli altri operatori:

«È una cosa utile perché uno, per l'incolumità dell'agente... Ma prima dell'incolumità dell'agente, mettiamola al secondo posto l'incolumità dell'agente. Prima di tutto è l'incolumità dell'internato, perché l'internato sì [che] può aggredire l'agente, l'assistente e l'operatore sanitario, il dottore, lo psicologo, l'educatore. Ma [...] se non riesce con lui, niente ci mette che si graffia. Sì, e poi ci si mette poco per farsi del male da solo, ci mette davvero poco, perché loro essendo persone che purtroppo mentalmente non ci stanno, che cosa fanno? La prima cosa che si tirano pugni in faccia, non c'hanno il controllo, perdono automaticamente il controllo. [La contenzione] serve [...] a fermarli per, per non farsi male loro e per non farci male a noi» (Argento, agente PolPen).

Il personale di custodia, come si può intuire, giustifica il ricorso alla contenzione soprattutto in ragione di esigenze securitarie e di prevenzione o, detto altrimenti, punitive, giustificate dal proprio ruolo<sup>5</sup>. L'orientamento culturale professionale e la socializzazione degli agenti penitenziari, ben espresso dal motto «ordine e sicurezza», pare, almeno in parte, sintonico con la pratica coercitiva della contenzione.

Alcune narrazioni di psichiatri, dottori e infermieri paiono voler dimostrare gli esiti positivi della contenzione in funzione pedagogica, riferendosi a esperienze di cura in cui erano stati i pazienti stessi, avendo imparato l'utilità della contenzione, a richiederla. Nel corso dell'etnografia, chi scrive ha sentito più volte due pazienti richiedere di essere contenuti; tuttavia, l'interpretazione più ragionevole di quel fenomeno apparentemente contro intuitivo non pare l'esito di un presunto effetto pedagogico: sembra piuttosto il risultato di un processo di risocializzazione dei pazienti alle pratiche coercitive del reparto. I pazienti stessi avrebbero imparato cioè ad anticipare l'innescò delle pratiche di contenzione da parte dell'equipe, richiedendole essi stessi per primi, riconquistando forse, in questo modo, almeno parte della propria autonomia decisionale.

5 Tuttavia, una valorizzazione delle funzioni pedagogica e punitiva della contenzione meccanica trovava anche una certa diffusione tra il personale sanitario, anche in ragione del fatto che la carriera e la socializzazione del personale in camice aveva preso forma tra le mura di cinta dell'ospedale psichiatrico giudiziario prima della riforma del 2008 (cfr. Miravalle, 2015; Babini, 2009), quando il personale del OPG, sia quello sanitario e sia quello di custodia, dipendeva tutto dal Ministero della Giustizia e lavorava a stretto contatto: medici, infermieri e agenti della PolPen. Quando cioè la socializzazione professionale e le pratiche lavorative quotidiane prendevano forma, giorno dopo giorno, fianco a fianco tra personale sanitario e della PolPen.

«Loro chiedevano di andare coerciti; quando sono in crisi volevano passare una notte lì, coerciti [...]. In tanti [lo volevano]. Stanno una notte coerciti poi arrivi la mattina: "Mi sleghi?". Apposto. Io con uno che me lo chiedeva [spesso] sono arrivato a dire, poi lui se n'è accorto, di arrivare a dire, no [non ti lego] perché [i letti di contenzione] sono tutti occupati; alcune volte l'ho legato così alla buona con una benda [...]. Ma non gli andava bene, non gli piaceva. Altre l'ho legato e lui stava lì fermo una notte, poi gli passava la mattana» (Vermiglio, infermiere).

Un operatore sanitario mostra in modo esplicito il fatto che la contenzione meccanica fosse in sintonia con una certa cultura carceraria, in parte ormai obsoleta, di matrice punitiva. A margine di una difesa della contenzione meccanica, quando essa è «fatta come si deve» per ragioni sanitarie e senza abusi, questo operatore propone una visione che qui si definisce pedagogica della contenzione e dell'uso (o forse dell'abuso) della forza. Afferma che, grazie alla contenzione «in quarta» il paziente impara che sarebbe inutile insistere nel suo comportamento. Il paziente infatti «si rende conto che è inutile [continuare], e quindi dopo poco si calma».

Infine, una parte significativa delle narrazioni dello staff di custodia paiono interpretare la contenzione come uno strumento disciplinare e pedagogico, talvolta facendo anche riferimento in modo non equivoco alla funzione punitiva della contenzione che in quest'ultima fattispecie si caratterizzerebbe come uno strumento utile, ad esempio, a «farla pagare» a quelli che sono autori di aggressioni al personale, considerate «uno sgarro non accettabile».

### «La contenzione ha una sua valenza terapeutica»: la nuova tecnica dell'invenzione della funzione

L'ultima tecnica di neutralizzazione che presentiamo è quella che abbiamo definito «l'invenzione della funzione». Nell'incipit di questo articolo, lo stralcio dell'intervista al dott. Bianchi mostra un esempio di questa tecnica. Lo psichiatra adotta una postura che appare controintuitiva: riconosce cioè in modo esplicito il valore terapeutico della contenzione. Si tratta di un caso emblematico di

medicalizzazione che produce controllo sociale (Conrad, 1992). Il fatto che la contenzione abbia «sicuramente una, qui lo dico, qui lo nego... una sua valenza terapeutica» sarebbe supportato dalla letteratura internazionale. Il dott. Bianchi è esplicito su questo punto: «nelle fasi maniacali nel paziente bipolare e nei pazienti con sintomi di acatisia (movimenti continui degli arti non controllabili dal paziente) la contenzione può far bene al paziente»; lo psichiatra definisce l'adozione della contenzione come appropriata istituendo poi una relazione con un altro ambito medico. Suggestisce cioè che la contenzione in psichiatria non sia poi così dissimile dall'uso del gesso in ortopedia e usa una domanda retorica che chiede conto di chi si scandalizzerebbe di vedere una persona politraumatizzata sdraiata immobile su di un letto con tutti gli arti ingessati in un reparto ortopedico. Il medico equipara un politrauma ad una alterità psichica severa: mentre per il primo non vi sono tecniche alternative disponibili basate solo sulla parola e l'empatia, per il secondo, il dialogo e la *de-escalation* sono per così dire sostituti funzionali che permettono di fronteggiare le difficoltà del paziente meglio di quanto non lo faccia la contenzione.

Con la tecnica di neutralizzazione che abbiamo chiamato «invenzione della funzione», l'attore sociale costruisce *ad hoc* per casi specifici una ragione pragmatica che dà senso all'azione che compie. La contenzione, si sostiene, dovrebbe essere evitata in quasi tutti i casi; in alcuni casi e con alcuni pazienti, invece, è giusto usare la contenzione in quanto ha un'azione terapeutica utile per il benessere del paziente. Questa tecnica di neutralizzazione è tipica di altri contesti di studio laddove una pratica routinaria riferita nelle interviste fosse in contrasto con le opinioni e/o credenze illustrate dal soggetto o visibili a chi fa ricerca sul campo.

Non solo il dott. Bianchi, ma anche due operatori sanitari valorizzano la contenzione meccanica attribuendole, o meglio inventando per essa, un valore terapeutico capace di avvantaggiare il paziente sia curandone la salute e sia attenuandone la sofferenza; si tratta di letture in aperto contrasto con i resoconti traumatici incorporati che emergono nelle parole dei pazienti legati (cfr. Johnson, 1998; Del Giudice, 2015; Borgna, 1997; 2015; Mauceri, 2017). Tuttavia, l'invenzione della funzione terapeutica adottata dai due infermieri si iscrive in un registro diverso rispetto allo psichiatra, un registro che attribuisce alla contenzione la funzione di supporto necessario alla terapia farmacologica; ed è proprio nell'aggettivo «necessario» che si rivela l'invenzione poiché la letteratura mostra che di norma è meglio fare altrimenti. Detto in altro modo, i due infermieri suggeriscono che la natura tecnico-infermieristica della contenzione renderebbe possibile praticare le terapie con pazienti non collaboranti proprio grazie alle cinghie: ad esempio permettendo la somministrazione di farmaci intramuscolo, flebo, aerosol a chi «rifiuti le terapie»; una affermazione che altri intervistati

mostrano essere del tutto inaccurata o, meglio, una invenzione. L'approccio dei due infermieri potrebbe anche essere inscrivibile nella tecnica di minimizzazione del danno in quanto il beneficio presunto derivante dall'uso delle cinghie sarebbe ben maggiore del costo subito dalla vittima. Il ricorso alla contenzione sarebbe necessario, proprio come altri strumenti tecnici usati in medicina, vuoi per facilitare le indagini diagnostiche, vuoi per permettere la somministrazione delle terapie. Il personale sanitario e di custodia che aveva una esperienza di lunga data in OPG, e che era quindi stato socializzato ad un uso routinario della contenzione per poter somministrare i neurolettici ai pazienti non collaboranti, si è espresso in modo piuttosto collegiale a favore del ricorso alla contenzione come ausilio alla somministrazione della terapia farmacologica. Alla contenzione non si attribuisce alcun significato terapeutico ma piuttosto la si considera in funzione di controllo del corpo, una tecnica necessaria per poter attuare l'intervento richiesto nell'ottica della minimizzazione del danno; tuttavia, questa necessità era un'invenzione.

## **Note conclusive: tra i motivi dello staff e la sofferenza dei pazienti**

La contenzione meccanica, in particolare quella esercitata al di fuori della *extrema ratio* in risposta a situazioni contingenti eccezionali e per definizione di breve durata è considerata una pratica eticamente del tutto inaccettabile (Norcio, 2006; Del Giudice, 2015; Rossi, 2015) e illegittima dal punto di vista legale (Algotino, 2020) sia in Italia sia in altri paesi europei (cfr. Caredda, 2020; Pardini, 2020). La sua adozione è considerata tanto più inaccettabile quanto più abbia una funzione di disciplinamento e controllo sociale coercitivo piuttosto che di ausilio tecnico-clinico utile in singoli casi estremi per affrontare situazioni d'emergenza non affrontabili con le risorse a disposizione altrimenti. Tra gli operatori intervistati che lavoravano dentro le mura del OPG, nessuno ha derubricato il fenomeno della contenzione come un qualcosa di davvero banale da adottare per così dire a cuor leggero. Allo stesso modo, nessuno ha qualificato la contenzione meccanica come un atto inumano o degradante. In altre parole, quasi tutti gli intervistati hanno riconosciuto lo statuto critico della contenzione ma, allo stesso tempo, hanno continuato a mettere in atto la pratica in modo tacito, come avevano imparato a fare durante la propria socializzazione professionale nell'ospedale psichiatrico giudiziario senza introdurre nei propri discorsi il tema, centrale per chi scrive, della sofferenza dei malati. Nelle interviste molti operatori appaiono come anestetizzati dal processo routinario e tacito dell'uso delle cinghie, comportamento che, con Stanley Cohen, può essere inteso nella dimensione della «normalizzazione» della pratica (2002, pp. 85-86). Una

normalizzazione che viene messa in discussione nel momento in cui se ne parla, come durante l'intervista - contribuendo a rompere in questo modo la dimensione tacita della pratica e stimolando la riflessione dell'operatore, favorendo la produzione di resoconti discorsivi che danno conto dei motivi di chi la adotta.

Benché gli Ospedali psichiatrici giudiziari siano ormai chiusi da cinque anni, il nodo della contenzione (Rossi, 2015) rimane quantomai attuale (cfr. Zagrebelsky, Cardano, 2020) e ancora troppo poco esplorato dalla letteratura scientifica sociologica. La pratica di legare i pazienti ad un letto, non si è certo conclusa con la chiusura degli OPG e, anzi, è molto diffusa nei reparti psichiatrici italiani (Cardano, Gariglio, Ferrero Camoletto, 2020; Mauceri, 2017). La contenzione, nel contesto delle organizzazioni sanitarie, è ancora oggi una pratica routinaria, sia dentro sia fuori la maggior parte dei reparti psichiatrici. Questo saggio ha voluto offrire un contributo di natura empirica e di carattere esplorativo, cercando di porre l'accento sulla contenzione meccanica dei corpi dei sofferenti

6 Recentemente, una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo ha riconosciuto per la prima volta una violazione dell'articolo tre della Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali in un caso di contenzione di un paziente schizofrenico accaduto in un ospedale psichiatrico in Danimarca. L'art. 3 è intitolato «Proibizione della tortura» e recita: «Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti». Vedasi la sentenza della Corte europea dei diritti umani n.256 (2020) del 15.09.2020. Ringrazio Vladimiro Zagrebelsky per la segnalazione.

mostrando quattro fattispecie di discorsi interpretabili con altrettante tecniche di neutralizzazione. Riteniamo che comprendere le ragioni soggettive che concorrono al senso di quella pratica tacita possa contribuire alla produzione di contro-discorsi che sostengano l'adozione di politiche sanitarie e prassi cliniche capaci di regolamentare, limitare e superare, per quanto possibile, il ricorso alla contenzione. Questo contributo, infine, interroga la teoria della neutralizzazione difendendone la fecondità euristica ma allo stesso tempo suggerendone un uso non dogmatico. Con questo contributo si è quindi cercato di continuare a riflettere su di una teoria che malgrado la longevità pare ben attrezzata per rispondere alle nuove domande di ricerca.

## Riferimenti bibliografici

Algostino, A.

2020 «Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica», in M. Cardano, A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la*

- Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, pp. 47-79. Alvarez, A.
- 1997 «Adjusting to Genocide: The Techniques of Neutralization and the Holocaust», in *Social Science History*, 21, 2, pp. 139-178. Babini, V.P.
- 2009 *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: Una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino. Borgna E.
- 1997 *Le figure dell'ansia*, Milano, Feltrinelli.
- 2015 «Introduzione», in G. Del Giudice (a cura di), *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, Edizioni Alpha beta Verlag, pp. 9-17. Cardano, M.
- 2007 «"E poi cominciai a sentire le voci...". Narrazioni del male mentale», in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, pp. 9-56.
- 2020 *Argomenti per la ricerca qualitativa. Disegno, analisi, scrittura*, Bologna, Il Mulino.
- Cardano, M., A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini
- 2020 *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino.
- Cardano, M., L. Gariglio
- 2021 «The Neoliberal Politics of Otherness in Italian Psychiatric Care. Notes on a Team Ethnography in Six Acute Psychiatric Wards», in J. Gabe, M. Cardano, A. Genova (a cura di), *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*, London, Emerald Publishing, pp. 161-175.
- Cardano, M., L. Gariglio, R. Ferrero Camoletto
- 2020 «Le pratiche coercitive in psichiatria. Primi risultati di un'etnografia sugli SPDC piemontesi», in M. Cardano, A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, pp. 11-32. Caredda, M.
- 2020 «La contenzione e il trattamento obbligatorio nei Paesi europei. Sezione I. Italia, Inghilterra, Finlandia, Spagna», in M. Cardano, A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, pp. 87-97. Cohen, A.K.
- 1955 *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*, New York, Free Press. Cohen, S.
- 2002 *Stati di negazione. La rimozione del dolore nella società contemporanea* (2001), Roma, Carocci. Conolly, J.

- 1976 *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), Torino, Einaudi. Conrad, P.
- 1992 «Medicalization and Social Control», in *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209-232.
- Del Giudice, G. (a cura di)
- 2015 *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, Edizioni Alpha beta Verlag. Etzioni, A.
- 1961 *A Comparative Analysis of Complex Organizations. On Power, Involvement and their Correlates*, New York, The Free Press. Gardiner Hill, R.
- 2015 *A Concise History of the Entire Abolition of Mechanical Restraint in the Treatment of the Insane* (1857), Cambridge, Cambridge University Press. Gariglio, L.
- 2010 «I "visual studies" e gli usi della fotografia nelle ricerche etnografiche e sociologiche», in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1, pp. 117-140.
- 2016 «Photo-Elicitation in Prison Ethnography: Breaking the Ice in the Field and Unpacking Prison Officers' Use of Force», in *Crime, Media, Culture. An International Journal*, 12, 3, pp. 367-379.
- 2018 *Doing Coercion in Male Custodial Setting. An Ethnography of Italian Prison Officers Using Force*, London, Routledge.
- Goffman, E.
- 2010 *Asylums. Le istituzioni Totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (1961), Torino, Einaudi. Hazani, M.
- 1991 «The Universal Applicability of the Theory of Neutralization: German Youth Coming to Terms with the Holocaust», in *Crime, Law and Social Change*, 15, pp. 135-149. Johnson, M.E.
- 1998 «Being Restrained: A Study of Power and Powerlessness», in *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 3, pp. 191-206.
- Maruna, S., H. Copes
- 2005 «What Have We Learned From Five decades of Neutralization Research?», in *Crime and Justice*, 32, pp. 221-320. Mauceri, S. (a cura di)
- 2017 «"Contenere" la contenzione meccanica in Italia. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare», in *A Buon Diritto Quaderni*, 1, pp. 1-266. Mills, W.C.
- 1940 «Situating Actions and Vocabularies of Motive», in *American Sociological Review*, 5, 6, pp. 904-913. Miravalle, M.
- 2015 *Roba da matti. Il difficile superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Torino, Gruppo Abele. Norcio, B.

- 2006 «Per l'abolizione della contenzione. Alcune note di letteratura e brevi considerazioni dall'esperienza del DSM di Trieste», in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, pp. 23-47. Pardini, C.
- 2020 «La contenzione e il trattamento obbligatorio nei Paesi europei. Sezione II. Francia, Germania, Danimarca, Svizzera, Paesi Bassi», in M. Cardano, A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, pp. 97-109. Polanyi, M.
- 1979 *La conoscenza inespressa* (1966), Roma, Armando. Ronco, D.
- 2018 *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Roma, Carocci. Rossi, S. (a cura di)
- 2015 *Il Nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Merano, Edizioni Alpha Beta Verlag. Spradley, J.B.
- 1979 *The Ethnographic Interview*, Long Groves, Waveland Press. Sykes, G., D. Matza, D.
- 1957 «Technique of Neutralization: A Theory of Delinquency», in *American Sociological Review*, 22, 6, pp. 664-670. Zagrebelsky V., M. Cardano
- 2020 «Prefazione», in M. Cardano, A. Algostino, M. Caredda, L. Gariglio, C. Pardini (a cura di), *La contenzione del paziente psichiatrico. La prassi e la sua compatibilità con la Costituzione e le leggi. Una indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, pp. 7-8.