

2^a PARTE
DELLA LETTERA APERTA DEL TELEFONO VIOLA DI MILANO

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA
PASQUALE CANNATELLI
AI RESPONSABILI DELLA SANITA' DELLA REGIONE LOMBARDIA
LUCIANO BRESCIANI E ROBERTO FORMIGONI
AL PROCURATORE CAPO DI MILANO EDMONDO BRUTI LIBERATI
AI DIRETTORI
DEI GIORNALI, DEI TELEGIORNALI, DELLE AGENZIE DI INFORMAZIONE

*(In allegato Intervento scritto dalla D.sa Nicoletta Calchi per il seminario
"Contenzione perché, per chi, fino a quando ...?")*

Egregi Signori

Il 23 novembre 2010, quando abbiamo reso pubblica la 1^a parte di questa lettera aperta, ci eravamo proposti 2 obiettivi:

- presentare un esposto alla Procura della Repubblica di Milano sui gravissimi abusi avvenuti nei reparti Grossoni di Niguarda e indicati al termine della 1^a parte di questa lettera aperta;
- concludere questa lettera aperta con una 2^a parte, in cui pensavamo di esporvi alcune proposte.

Questo programma ha dovuto subire più di un cambiamento.

Il grande rilievo dato dai giornali e dalle agenzie di comunicazione alla pubblicazione il 23 novembre 2010 della 1^a parte di questa lettera aperta, infatti, ha prodotto un risultato che è poco definire straordinario.

Altre crepe si sono aperte in quell'impenetrabile e lugubre muro di omertà che ha coperto in questi ultimi anni il perpetuarsi indisturbato nei 3 Grossoni di così numerosi e gravissimi abusi sui ricoverati.

Un secondo gruppo di gravissimi abusi è venuto alla luce ai primi di dicembre.

Anche questo secondo gruppo di vicende è stato aggiunto nell'esposto alla Procura, presentato il 13 dicembre 2010.

Successivamente, nelle ultime settimane, per la terza volta, sono venuti alla luce ulteriori gravissimi fatti che riguardano altri 7 ricoverati inopinatamente morti negli ultimi 3 anni nei reparti psichiatrici dei Grossoni.

Due di queste morti sono avvenute addirittura nell'ultimo mese e mezzo, quindi ben oltre le denunce pubbliche di novembre/dicembre, che hanno attratto una grande attenzione dell'opinione pubblica sulla situazione dei 3 Grossoni e sul DSM di Niguarda.

La prima di queste due morti, quella del Sig. Marco B. è avvenuta al Grossoni 1, di cui è Primario il Direttore del DSM Dott. Arcadio Erlicher, alle 2,45 di notte del 3 febbraio 2011.

Quella stessa mattina il Dott. Erlicher interveniva al seminario "*Contenzione perché, per chi, fino a quando ...?*", tenutosi presso la Camera del Lavoro di Milano, in cui dichiarava "*l'impossibilità di abbandonare del tutto quegli strumenti*" della contenzione fisica (v. resoconto del seminario riportato nel sito *Forum Salute Mentale*).

Gli ultimi 7 casi di morte, di cui diremo più particolareggiatamente nella successiva Premessa n. 5, fanno parte di un ampliamento dell'esposto alla Procura già presentato il 13 dicembre.

PREMESSA N. 1
OGNUNO DI VOI PUO' RENDERSI CONTO
DI PERSONA
QUANTA SOFFERENZA FISICA E PSICOLOGICA PROVI
CHI E' LEGATO MANI E PIEDI AD UN LETTO DI CONTENZIONE

Negli ultimi tempi sul tema dell'abolizione delle contenzioni fisiche nei reparti psichiatrici e nelle strutture per anziani sono stati organizzati campagne e seminari da parte varie organizzazioni: la Fondazione Basaglia, l'UNASAM-URASAM, la CGIL Funzione Pubblica, la Campagna Salute Mentale.

Nei programmi di queste campagne e seminari è possibile leggere dichiarazioni molto ferme:

“La contenzione non è un atto medico, è un’offesa alla dignità della persona che la subisce ed è sintomo di grave inefficacia e inefficienza dei servizi che la adottano.”

...

“Legare una persona in condizione di sofferenza in un letto di ospedale è un atto inumano, non degno di un paese civile.”

...

“Proponiamo un confronto aperto e franco improntato ad una riflessione e ad un percorso propositivo verso una progressiva messa al bando di ogni pratica coercitiva”.

Vogliamo sperare che la pubblicazione nello scorso novembre della 1ª parte di questa lettera aperta, in cui si dichiara che la contenzione fisica è una forma di tortura, possa aver contribuito ad una maggiore sensibilizzazione sull'argomento.

Ci pare però che, nonostante tutto, permanga ancora una sottovalutazione dell'**urgenza** di questa *“progressiva messa al bando di ogni pratica coercitiva”*.

Ci pare che, quando si dichiara che le ragioni pratiche e organizzative dell'assistenziale sanitaria impedirebbero una rapida messa al bando della contenzione fisica, in realtà si continui a sottovalutare la profonda inaccettabilità umana e civile di questo strumento di coercizione fisica dei ricoverati.

Si continuino a sottovalutare gli effetti sulle persone legate che questo strumento, severamente vietato da 200 anni nelle carceri, continua a provocare negli ospedali.

Noi crediamo che anche voi, che ognuno di voi, Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni, Procuratore Bruti Liberati, direttore di giornale, direttore di telegiornale, direttore di agenzia di informazione possiate rendervi conto appieno che legare una persona al letto significhi procurarle una grande, quanto ingiustificabile, sofferenza fisica e psicologica.

La contenzione fisica, infatti, stravolge, tramutandola in tormento insopportabile, una tra le più consuete ed intime esperienze della vita quotidiana di ognuno di noi: quella di riposare nel proprio letto.

Ognuno di noi, ogni notte, tutte le notti, passa qualche ora a letto per dormire e riposare. Qualche volta, quando siamo malati, passiamo anche più giorni a letto.

Ebbene, nessuno di noi, per tutte le sei-otto ore che passa a dormire in un letto, rimane fermo, immobile, fisso in una sola posizione. A maggior ragione se è costretto a letto per più tempo a causa da una malattia.

Ognuno di noi mentre dorme si muove continuamente: allunga le gambe, si gira su un lato, si gira sull'altro, ripiega le gambe, sposta le braccia. Ognuno di noi sente inavvertitamente quando una

posizione comincia a stancare (*quando la circolazione sanguigna comincia a ristagnare nelle parti del nostro corpo a contatto con il materasso*) e automaticamente si muove e cambia posizione; ed in questo movimento inconsapevolmente prova sollievo (*il sangue ricomincia a circolare liberamente*).

Ora inviteremmo ognuno di voi a fare un piccolo esperimento, e vi preghiamo di perdonarci se questo invito potrà sembrarvi un'impertinenza.

Vi invitiamo a chiudere gli occhi e a fare uno sforzo di immaginazione: per un solo istante ognuno di voi dovrebbe cercare di immedesimarsi nella persona che viene legata al proprio letto.

Cercate di immaginare di vivere, per un solo istante, l'esperienza di una persona molto anziana, non abbiente, ricoverata in una casa di cura, o di una persona giovane o di qualsiasi altra età che abbia la sfortuna di essere ricoverata in uno di quei reparti psichiatrici italiani che non praticano il "*non restraint*" (*no contenzione*).

Ecco adesso voi siete sdraiati in un letto di ospedale, uno di quei letti con struttura metallica.

Un infermiere arriva, vi invita a mettervi supini, vi prende le caviglie, le serra con delle fascette di nailon o di cuoio, e lega le fascette al centro della struttura di fondo del letto: in questo modo i vostri piedi sono bloccati, potranno fare solo quei limitati movimenti permessi dalle fascette.

Poi, con altre fascette lega ognuno dei vostri polsi alle strutture laterali del letto.

Ecco, ora siete immobili, sdraiati sulla schiena, le braccia allargate, le gambe unite.

Dopo un po', quando questa posizione comincerebbe a darvi fastidio, sentireste comunque l'esigenza, il bisogno di cambiare posizione delle braccia, delle gambe, del corpo, ma non ci riuscireste. In breve tempo il desiderio, la necessità di movimento si accrescerebbero, acuiti dalla consapevolezza di non poterli soddisfare. Col passare del tempo questo desiderio di movimento aumenterebbe, fino a diventare un assillo insopportabile, una sofferenza fisica insopportabile. Ed allora tentereste di forzare le fascette ruotando per quanto possibile gomiti e ginocchia, o cerchereste di provare un po' di sollievo cercando di sollevare la testa e parte del tronco e poi sdraiarvi di nuovo, oppure di ruotare la testa verso destra cercando di sollevare il più possibile la spalla sinistra e subito dopo fare il contrario, e questo rimarrebbe comunque il movimento più ampio che riuscireste a fare. E poco per volta col passare delle ore la circolazione rallenterebbe, comincereste a sentire dapprima qualche formicolio, qualche prurito e poi veri e propri dolori. E quando sentireste cominciare a dolere la schiena, sognereste ardentemente di potere, anche per un solo attimo, raggomitolarvi su di voi con braccia e gambe piegate, per cercare di stirare la schiena dolente.

E tutto questo avverrebbe già nelle primissime ore.

Lascio alla vostra fantasia immaginare quale sarebbe la vostra condizione fisica e psicologica, se questa immobilità obbligata a cui siete costretti si prolungasse per molte ore, o addirittura per giorni, oppure, anche se questo potrebbe sembrarvi incredibile, per 442 ore di fila!

Pensate a quali lesioni fisiche andreste incontro per questa forzata immobilità, dal decadimento del tono muscolare alle piaghe da decubito e così via (*ma su queste basta che leggiate cosa dicono le stesse linee guida del DSM di Niguarda*).

Ognuno di voi sa che i medici e i fisioterapisti non si stancano mai di ripetere alle persone anziane che 'devono' assolutamente fare del movimento fisico ogni giorno: il movimento fisico, tiene lontani gli acciacchi, migliora la qualità del vivere e allunga la vita.

Ebbene provate ad immaginare quale possa essere la qualità della vita di quelle persone anziane che hanno la grande sfortuna di doversene rimanere quotidianamente sdraiate al proprio letto in una casa di cura, con le mani e i piedi legati, magari accanto ad altre persone anziane altrettanto legate nei letti vicini.

Una vita assurda: trasformata in una muta e sofferente attesa di una morte che si avvicina a grandi passi!

Ed ora ognuno di voi provi ad immaginare, anche, quale umiliazione sarebbe costretta a subire quella persona ricoverata in un reparto psichiatrico dove si usa ancora contenere i pazienti: questa

persona, oltre che trovarsi legata e sofferente contro la propria volontà al proprio letto di contenzione, si troverebbe anche esposta alla curiosità morbosa del pubblico di quel reparto: degli altri degenti, dei propri familiari e amici, dei familiari e amici degli altri degenti.

Eccolo là il pazzo pericoloso legato come un cane!

Anzi no, non come un cane: molto peggio di un cane!

Nel mondo della difesa dei diritti degli animali, nessuna associazione animalista (*ma anche nessuno di noi*) tollererebbe che un cane, non solo per 12 ore ma nemmeno per 12 minuti, possa essere immobilizzato dal suo padrone con delle cinghie che ne fissano le 4 zampe al pavimento.

A maggior ragione noi non dovremmo tollerare che questo possa avvenire per una donna o per un uomo: tanto più se sono una donna ed un uomo sofferenti, ricoverati in un reparto di ospedale o in una casa di ricovero.

Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni, direttori di giornale, direttori di telegiornale, direttori di agenzia di informazione quando e se vi dovesse capitare di dover prendere delle decisioni o di dovere dare delle informazioni che riguardano la contenzione fisica, fatelo pensando a cosa significa veramente prendere con la forza una persona sofferente e tenerla legata mani e piedi ad un letto di contenzione contro la sua volontà.

PREMESSA N. 2

IL “COMITATO EUROPEO PER LA PREVENZIONE DELLA TORTURA E DELLE PENE O TRATTAMENTI INUMANI O DEGRADANTI” DEL CONSIGLIO D’EUROPA

E

LA CONFERENZA DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

SI ESPRIMONO PER L’ABOLIZIONE

DELLA CONTENZIONE FISICA NEI REPARTI PSICHIATRICI IN ITALIA.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 luglio 2010 ha approvato un documento dal titolo: “*Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*”.

Il documento, con le 7 raccomandazioni alle regioni che vi sono contenute, nascono da un intervento del CPT-“*The European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment*” (“Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti”, che è un’emanazione del Consiglio d’Europa) sui reparti psichiatrici in Italia.

Il documento della Conferenza, tra altre cose, dice:

... è possibile porsi realisticamente l’obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell’orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente.

...

La conoscenza delle modalità di risposta ambientale ai comportamenti dei pazienti, a causa delle difficoltà relazionali attribuibili alle loro patologie, ma anche dei conflitti in cui sono coinvolti, possono dare accesso ad una comprensione delle reazioni violente.

...

Un elemento però va segnalato ed è costituito dalle difficoltà aggiuntive che derivano dalla inappropriatezza di molti ricoveri psichiatrici che rende difficile, a volte al limite

dell'impossibilità, la gestione della presa in carico. Uno dei meccanismi più comuni di inappropriata è la traduzione di ogni situazione in cui vengono agiti comportamenti violenti in una manifestazione psichiatrica. In tal modo si fa della psichiatria, e dei suoi luoghi di cura, un contenitore aspecifico destinato a separare, accantonare, nascondere la violenza.

La Conferenza passa poi a citare il capitolo "Misure di contenzione negli Istituti Psichiatrici per adulti" del rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti", del 16 ottobre 2006.

Nel merito di questo rapporto si dice:

"Il potenziale di abuso e di maltrattamento che l'uso di mezzi di contenzione comporta resta fonte di particolare preoccupazione per il CPT. Purtroppo sembra che in molti degli istituti visitati vi sia un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione".

*Il documento stila una graduatoria delle modalità da mettere in atto per far fronte alla violenza del paziente e in essa figurano i mezzi psicologici (interazione verbale e convinzione) e il trattenere il paziente con le mani per breve tempo. **Tutto questo viene proposto in alternativa alla sedazione chimica e alla contenzione mediante cinghie.***

...

*Il documento **stigmatizza l'uso della contenzione come punizione** ... All'obiezione che è la mancanza di personale che spinge a un aumento del ricorso ai mezzi di contenzione risponde che è proprio l'applicazione dei metodi meccanici, che voglia essere corretta e appropriata, a richiedere più personale medico e infermieristico di quanto abitualmente disponibile. **La pratica di far durare la contenzione per un periodo superiore a quello strettamente necessario è considerata un maltrattamento.** Viene sottolineato come l'esperienza di essere contenuto produca confusione nel paziente. Quello del CPT è un documento pragmatico, tutt'altro che estremista, se giunge ad affermare che "come regola generale un paziente dovrebbe essere contenuto solo come misura di ultima istanza", ed è tuttavia una denuncia chiara e inequivocabile della contenzione fisica.*

...

*Il percorso parte dall'esigenza, con un'adatta sorveglianza, di ridurre il rischio di abuso sempre in agguato quando si ha a che fare con prestazioni sanitarie senza il consenso del paziente. Si qualifica includendo la convinzione che, in ogni caso, la valutazione non possa essere solo sanitaria **trattandosi di una pratica, come ci ricorda il documento del CPT, con un alto potenziale di degradazione ed umiliazione per il paziente, in contrasto quindi con il principio del rispetto della dignità umana che dovrebbe vincolare l'esercizio della medicina.** L'argomentazione centrale porta a considerare la **contenzione fisica come un intervento antiterapeutico, che danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica,** e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica. In questa chiave, dando per scontato che con un di più di formazione, di organizzazione e di sorveglianza si riesca a **evitare la violenza superflua, quella che viene praticata per dare un esempio, realizzare una punizione, o "prevenire" una violenza attesa,** la tesi di questo documento è che si debba evitare la contenzione fisica in ogni situazione, attraverso una strategia che prevenga i comportamenti violenti in ambienti di cura.*

La Conferenza infine enuncia le finalità delle proprie Raccomandazioni:

Le idee forti su cui fondare (una strategia di prevenzione della contenzione fisica) si possono esprimere come:

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

...

*Sarebbe del tutto irrealistico ritenere che la contenzione fisica sia esercitata solo dagli psichiatri. ... Gli ambiti di esercizio in cui andrebbe discusso il problema della legittimità, utilità e opportunità della contenzione fisica, non sono costituiti solo dagli ospedali, ma anche **dalle case di riposo per anziani, dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, dagli istituti di ricovero per soggetti con handicap connessi a patologie congenite o precocemente acquisite.***

...

Si ritiene ... che un miglioramento della pratica assistenziale psichiatrica, caratterizzato da una rinuncia alla contenzione fisica, sarebbe un forte segnale per porre attenzione al problema anche negli altri ambiti operativi, sollecitando coloro che vi operano ad analoghe pratiche di trattamento non restrittivo.

...

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

PREMESSA N. 3

LA SOCIETA' CIVILE DOVREBBE TORNARE AD INDIGNARSI CONTRO LA CONTENZIONE FISICA

La larga diffusione della pratica medievale della contenzione fisica ha affievolito la capacità della società civile di mobilitarsi attivamente per la sua abolizione.

Esattamente come avveniva per gli internati nel manicomio tradizionale, le persone sofferenti legate ad un letto di ospedale, sono mute, non hanno voce nella nostra società, il loro punto di vista conta poco o nulla a confronto di quello dei burocrati, degli incapaci e dei nostalgici dei sistemi manicomiali.

Nel nostro paese, tuttavia, vi sono delle comunità, provenienti da culture diverse dalla nostra, che hanno mantenuto intatta la capacità di stupirsi e di indignarsi per questa pratica "*indegna di un paese civile*".

A questo proposito vi invitiamo a vedere su Youtube il video "*Morte a Bologna in TSO Edhmun Hiden*", in cui viene filmata l'incredulità, lo stupore, l'indignazione della comunità nigeriana bolognese per come è morto il loro connazionale, Edhmun Hiden di 34 anni, il 27 maggio 2007, all'interno del reparto psichiatrico Ottonello dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Edmun si reca volontariamente, consigliato dal suo medico e accompagnato dalla moglie, all'Ottonello la sera del 26 luglio 2007, perché non si sente bene.

Edmun non sa che alcune sue caratteristiche fisiche hanno un significato particolarissimo all'interno di un SPDC in cui viene praticata con facilità la contenzione fisica: Edmun è molto alto ed è anche robusto.

Appena ricoverato Edmun viene legato al letto e sottoposto ad una dose massiccia di neurolettici.

Il pomeriggio successivo viene slegato, ma alla sua richiesta di potere tornare immediatamente a casa, il medico psichiatra dà ordine di contenerlo di nuovo: a questo punto, di fronte alle sue proteste per il trattamento che sta subendo, vengono chiamate due pattuglie della polizia a dar man forte a medici ed infermieri per tenerlo bloccato, fermo.

Mentre 6, 7 o 8 persone lo tengono fermo, Edmun, improvvisamente, si lascia andare e si accascia: morirà qualche ora dopo, probabilmente per un infarto.

Edmun, sua moglie, tutta la comunità nigeriana di Bologna ignorano (*almeno fino a quel 26 luglio*), che il reparto psichiatrico "Ottonello" è sì un reparto ospedaliero, però è completamente diverso da tutti gli altri reparti dell'Ospedale Maggiore: infatti, mentre in questi ultimi un paziente (*che è anche un libero cittadino, garantito nei suoi diritti dalla costituzione*) entra sempre volontariamente e, se lo chiede, può volontariamente uscire anche con il parere contrario dei medici curanti, all'Ottonello, invece, un paziente (*che ha la mente 'malata', quindi è 'malata' la sua stessa identità di persona, quindi è 'malato' anche il suo parere e quindi, infine, il suo consenso non può che essere insignificante*) può anche entrare volontariamente, ma non può uscire affatto se il medico psichiatra non vuole (*e non importa se in quel reparto egli vi sia entrato di sua volontà*).

Non solo: se questo secondo paziente è anche alto e robusto e, quindi, del tutto involontariamente e inconsapevolmente incute paura in quel medico che medita di usare la forza per trattenerlo contro la sua volontà, ebbene, in questo caso, all'Ottonello, come in tutti gli SPDC italiani che non hanno dimenticato la plurisecolare stagione del manicomio, questo secondo paziente viene circondato, bloccato, issato di peso al letto, legato con le cinghie e sedato chimicamente. (*nella nostra attività di Telefono Viola mettiamo sempre in guardia quelle persone che si rivolgono a noi ed hanno la 'sfortuna' di essere alte e robuste: esse, indipendentemente dalla loro indole, sono ad alto rischio di TSO, di super sedazione neurolettica, di contenzione fisica, di internamento in manicomio criminale: 'grande e grosso' dalla psichiatria neo-manicomiale viene tradotto sempre con 'imprevedibile e pericoloso'*).

Edmun Hiden si era recato all'Ottonello perché era convinto che là lo avrebbero curato; era convinto, anche, che se il trattamento sanitario propostogli non gli fosse piaciuto, perché strano, violento e per lui totalmente incomprensibile, sarebbe stato un suo diritto rifiutarsi, salutare il medico di guardia con una stretta di mano e tornarsene tranquillamente a casa sua.

Che diamine! Non è forse l'Italia un paese civile dell'Occidente del mondo, in cui vengono rispettati i diritti dei cittadini, soprattutto se sofferenti!

La morte di Edmun Hiden non è stata affatto una morte naturale.

Edmun Hiden è morto di *'crepacuore'* di fronte a tanta violenza, prevenuta, insensata, grottesca e incomprensibile.

Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni, direttori di giornale, direttori di telegiornale, direttori di agenzia di informazione: noi tutti dovremmo cercare, con umiltà, di imparare dalla comunità nigeriana di Bologna la capacità di provare una grande indignazione di fronte alla violenza gratuita e ingiustificata delle contenzioni fisiche in psichiatria.

Così come seppe fare la società civile quando, negli anni 60/70, si mobilitò contro la vergogna dei manicomi, a fianco di un gruppo di psichiatri innovatori.

Il 13 dicembre, Giorgio Pompa del Telefono Viola di Milano, tre parenti di ricoverati oggetto di abuso e una ricoverata al Grossoni 2, vittima essa stessa di abuso, hanno consegnato un esposto alla Procura della Repubblica di Milano.

L'esposto contiene 11 fatti riguardanti i 3 reparti Grossoni e il DSM dell'Ospedale Niguarda: qui di seguito vengono riportati tutti con la numerazione progressiva presente nell'esposto.

FATTO n. 1

Riguardante la 'super' contenzione fisica con il lenzuolo arrotolato

Le linee guida del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ospedale Niguarda per la contenzione fisica, *"La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline"*, alla pagina 24, nel paragrafo *"Manovre di contenzione - Procedura"*, descrive la seguente procedura di 'fissaggio supino' del paziente che è già contenuto al letto con fascette di contenzione ai polsi ed alle caviglie:

*"9. 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."*

Questo tipo di contenzione addizionale di un paziente già contenuto fisicamente (vera e propria 'super' contenzione fisica) nel manicomio veniva chiamata *"spallaccio"*.

Lo *"spallaccio"* è una procedura che:

- infligge un immediato dolore fisico alla persona legata;
- provoca uno **stiramento degli arti** superiori, delle spalle, delle ascelle e del collo;
- costringe la persona così fortemente legata in un **posizionamento forzato** che impedisce del tutto i movimenti;
- per il forte stiramento e la forte compressione dei muscoli di collo, spalle e ascelle, in poco tempo sorge il pericolo di lesioni nervose al plesso brachiale distale, con conseguente paralisi delle braccia;
- obbliga gli altri ricoverati alla **costrizione di dover assistere a un trattamento**, che non è sbagliato definire **atroce, inflitto** ad uno di loro.

La *'giustificazione'*, infine, che lo *"spallaccio"* sia una *'misura provvisoria nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione'* è un'evidente menzogna: è noto, infatti, come una sedazione per via endovenosa dia i suoi pieni effetti dopo appena 10/15 minuti.

Il trattamento dello *"spallaccio"* all'interno di un reparto ospedaliero rientra a pieno titolo nei parametri usati dal *Protocollo di Istanbul (Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumani o degradanti)* per definire le seguenti torture:

- b) *Tortura posizionale, usando sospensione, stiramento degli arti, restrizione prolungata dei movimenti, posizionamento forzato*
- u) *costrizione ad assistere a tortura o atrocità inflitte ad altri*

FATTO n. 2

Riguardante Mohamed M., che al Grossoni 1 perde l'uso delle braccia

Il giorno 11 giugno 2005 Mohamed M. di 39 anni, nato in Marocco, viene ricoverato al Grossoni 1 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 relativa a questo ricovero proveniente dal reparto psichiatrico Grossoni 1!

Nel *Portale dei reparti* esiste solo la relazione alla dimissione da Medicina 2, redatta 8 mesi dopo la dimissione, in data 17 marzo 2006.

In questa relazione si dice che alla dimissione la diagnosi è la seguente:

“... *paralisi bilaterale del plesso branchiale, IVU intercorrente in paziente cateterizzato.*”

Sempre nella stessa relazione, nel *Motivo del ricovero*, si dice:

...

*Il paziente viene ricoverato in psichiatria Grassoni 1 e **contenuto** per imponente stato di agitazione. Successivamente comparsa di **rabdomiolisi 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 rabdomiolisi 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 rabdomiolisi** di solito è il famigerato “spallaccio” prolungato nel tempo.

Quando al Grossoni 1 il Sig. Mohamed M. perde l’uso di entrambe le braccia viene trasferito a Medicina 2.

FATTO n. 3

Riguardante Rita F. G., che al Grossoni ‘2’ perde l’uso delle gambe

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 molto tempo, anche se quando veniva trovarla il marito veniva sempre scontenta.

La povera Sig.ra Rita, verso fine maggio si aggrava e la mattina del 7 giugno in gravissime condizioni viene trasportata in tutta fretta al reparto di terapia cardiologica di urgenza UCIC.

Dopo qualche giorno viene trasferita a Medicina 2, dove cercano di curarle le piaghe da decubito.

La lunga contenzione al Grossoni ‘2’ aveva provocato:

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

La Sig.ra Rita viene dimessa da Niguarda 2 il 31 luglio 2006.

La Sig.ra Rita da allora è costretta ad usare la sedia a rotelle!

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.

Nel 2007 il marito della Sig.ra Rita F., Sig. Giovanni G., aveva inviato un esposto sull’accaduto all’Azienda Ospedaliera Niguarda Ca’ Granda, senza ricevere nessuna risposta.

FATTO n. 4

Riguardante Francesco D. morto al Grossoni ‘3’ il 1° ottobre 2008

Il 26 settembre 2008 Francesco D., già paziente psichiatrico, per dispnea viene ricoverato in

MURG – Medicina di urgenza.

(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 affetta da obesità severa ed è anche un accanito fumatore.

Il medico della MURG, fortemente irritato per l'impossibilità di fargli smettere di fumare cerca di farlo trasferire al Grossoni 3, ma la D.sa Calchi, in quel momento medico di guardia di psichiatria, si oppone sapendo che nei reparti di psichiatria per impedire ad un paziente di fumare lo si lega al letto e che per un paziente in quelle condizioni di grave difficoltà respiratoria la contenzione fisica potrebbe essere letale, e mette per iscritto le sue considerazioni contrarie al trasferimento.

Dopo qualche ora lo psichiatra di guardia che sostituisce la D.sa Calchi accetta la richiesta di trasferimento del paziente al Grossoni 3, formulata di nuovo dal reparto MURG.

In data 1° ottobre, dopo 5 giorni di ricovero al Grossoni 3, il Sig. D. veniva rinvenuto morto nel suo letto: *“veniva rinvenuto in una condizione di arresto del circolo; sottoposto inutilmente alle cure rianimatorie, veniva dichiarato deceduto.”*

Dalla relazione alla dimissione: ***“Anche nel nostro reparto il pz non seguiva la prescrizione di non fumare”.***

Nel referto anatomopatologico, stilato in data 21 ottobre 2008 dal Dott. Mario Camozzi del servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale Niguarda, come causa del decesso si legge:

“Insufficienza respiratoria in soggetto affetto da obesità severa.”

FATTO n. 5

Riguardante Tullio C. morto al Grossoni '3' il 24 ottobre 2010

Tullio C., di 42 anni, viene ricoverato al Grossoni 3 un imprecisato giorno di ottobre del 2010.

Nel Portale dei reparti non esiste alcuna documentazione riferita al suo ricovero!

Esistono 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 sul cadavere di Tullio C. firmato dal Dott. Ernesto Marziano Minola,
- 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 e dal referto di Anatomia Patologica risulta che Tullio C., era ricoverato al Grossoni 3 (primario Leo Nahon).

Alcuni operatori dei Grossoni e del DSM hanno detto 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.

FATTO n. 6

Riguardante Marinella S. contenuta al Grossoni '2' per 18 giorni e 6 ore consecutivi

La Sig.ra Marinella S. rimane ricoverata al Grossoni 2 dal giorno 4 ottobre 2009 al 16 giugno 2006.

La Sig.ra Marinella S. è 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 sono riportate le centinaia di firme del controllo della lunghissima contenzione.

FATTO n. 7

Riguardante Andrea R. contenuto al Grossoni '2' per 14 giorni consecutivi

7.1 - Ricovero di Andrea R. al Grossoni 2 (primario Dott. Mariano Bassi)

Il Sig. Andrea R. 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 R. ad un altro psichiatra della sua equipe.

Nei mesi scorsi il Sig. Andrea R. ricoverato al Grossoni 2, viene immobilizzato da 8 infermieri all'interno del reparto, trascinato lungo tutto il corridoio, davanti agli altri degenti fortemente impressionati e spaventati, e quindi 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 R. venivano praticate ben 9 iniezioni giornaliere di 3 psicofarmaci (tre iniezioni al giorno per ogni psicofarmaco)!

FATTO n. 8

Riguardante Maria Teresa D. contenuta al Grossoni '2' perché a pranzo chiede il sale

Maria Teresa D. fino a luglio 2010 era una paziente della D.sa Calchi.

Un giorno del mese di maggio del 2009 Maria Teresa D. ricoverata al Grossoni 2. All'ora di pranzo mentre è seduta ad uno dei tavoli della mensa osa chiedere del sale. Uno dei due infermieri presenti si rifiuta in malo modo di portarle del sale. Alla risposta risentita di Maria Teresa i due infermieri le balzano addosso per afferrarla. Alla D.sa Calchi, che sta entrando in reparto proprio in quel momento e che chiede spiegazioni, i due infermieri rispondono che la paziente è stata molto insolente a trattarli come domestici e loro, pertanto, stavano per contenerla. La D.sa Calchi stigmatizza il comportamento dei due infermieri e fa accompagnare Maria Teresa nella sua stanza. Uscendo, quindi, dal reparto per la pausa pranzo, intima ai due infermieri di lasciare in pace la ragazza. Al suo rientro in reparto trova Maria Teresa D. contenuta polsi e caviglie al suo letto. La D.sa Calchi ordina l'immediatamente di slegarla.

FATTO n. 9

Riguardante Filippo S. morto al Grossoni '2' il 17 marzo 2009

Il 17 marzo 2009, il Sig. Filippo S. di 63 anni, ricoverato al reparto Grossoni 2 solo per la fase di preparazione all'intervento chirurgico di rimozione di una protesi metallica al ginocchio destro, **muore soffocato dal cibo che sta mangiando!**

Dalla perizia necroscopica della D.sa Cristina Campidelli:

- Causa del decesso: **"Insufficienza respiratoria in polmonite ab ingestis".**
- Dalla Diagnosi Anatomopatologica: **"Ostruzione completa della via aerea da ingestis parzialmente digeriti.".**

Al portale dei reparti, come spesso è successo in questi casi, non esiste alcuna documentazione del

Grossoni 2 riguardante il ricovero del Sig. Filippo S.

Per ricostruire la vicenda, pertanto, è stato necessario affidarsi alla documentazione degli altri reparti dell'Ospedale Niguarda e alle parole scritte dai loro medici nei vari referti.

Filippo S. era affetto da *disfagia iatrogena*.

La *disfagia* è la perdita del controllo dei muscoli della deglutizione.

La *disfagia iatrogena* è il prevedibile effetto collaterale di terapie neurolettiche eccessive.

In tutti i reparti ospedalieri sanno che per questi pazienti occorre fare molta attenzione quando mangiano: per evitare il blocco della deglutizione è consigliabile imboccarli con piccoli bocconi.

A maggior ragione in un reparto psichiatrico dovrebbero prestare attenzione a questi pazienti, che si sono ammalati di *disfagia* a causa delle intense terapie di neurolettici a cui sono stati sottoposti, spesso senza nemmeno il loro esplicito consenso.

FATTO n. 10

Riguardante Maria Graziella B. morta al Grossoni '3' il 13 gennaio 2010

Il 13 gennaio 2010 la Sig. ra Maria Graziella B. di 71 anni, ricoverata al reparto Grossoni 3, **muore soffocata dal cibo che sta mangiando!**

Dalla perizia necroscopica del Dott. Ernesto Graziano Minola:

- *Causa del decesso: "Insufficienza respiratoria in polmonite ab ingestis" ed in ostruzione della via aerea da residuo alimentare.*
- *Dalla Diagnosi Anatomopatologica: "Ostruzione completa della via aerea (faringo-laringea) da residuo alimentare vegetale".*

Al portale dei reparti non esiste alcuna documentazione del Grossoni 3 riguardante il ricovero della Sig.ra Maria Graziella B.

Sono presenti, invece, i referti di Anatomia, gli esami e le analisi del Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche Patologia Clinica, gli esami di Microbiologia e Virologia.

Anche l'atroce morte della Sig. ra Maria Graziella B. è dovuta alla disfagia iatrogena ed al suo abbandono all'ora di pranzo, come il Sig. Filippo S. morto meno di un anno prima.

FATTO n. 11

Riguardante Antonio R. morto al Grossoni '3' il 18 settembre 2007

Il giorno 18 settembre 2007, il sig. Antonio R. di 75 anni, ricoverato al reparto Grossoni 3, improvvisamente, muore.

Dalla relazione alla dimissione della D.sa Antonella Boriotti del Grossoni 3:

- *il pz è deceduto in data odierna, improvvisamente.*

Dai referti delle analisi e dagli esami del Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche, della Struttura complessa di Microbiologia e Virologia, della Struttura complessa di Cardiologia 4, dell'Unità operativa di Radiologia, effettuati nei giorni antecedenti il decesso, non si comprende affatto quale possa essere stata la causa dell'improvvisa morte del Sig. Antonio R.

Subito dopo esponiamo gli altri 7 casi di cui siamo venuti a conoscenza solo dopo la presentazione dell'esposto: sono tutti relativi alla morte di pazienti ricoverati ai Grossoni.

PREMESSA N. 5

I 7 NUOVI CASI DI MORTE DI PAZIENTI RICOVERATI NEI REPARTI GROSSONI DELL'OSPEDALE DI NIGUARDA

I seguenti sette casi di pazienti morti al Grossoni fanno parte di un ampliamento dell'esposto alla Procura di Milano presentato il 13 dicembre 2010. La loro numerazione, pertanto, continua a partire dal n. 12.

FATTO n. 12 **Riguardante la morte della Sig.ra Giovanna Angela P.**

Il giorno 28 agosto 2008 la Sig.ra Giovanna Angela P., di 62 anni viene ricoverata al Grossoni 3. La mattina del 22 settembre 2008 la Sig.ra P. viene trovata morta sul pavimento accanto al letto. Si pongono i seguenti interrogativi:

- A che ora, presumibilmente della notte, è morta la Sig.ra P.?
- Chi era il medico psichiatra di guardia la notte del 22 settembre 2008?
- Chi erano gli infermieri presenti nel reparto la notte del 22 settembre 2008?
- La Sig.ra P., quando ha cominciato a sentirsi male aveva suonato il campanello?
- La Sig.ra P., quando, nel pieno dell'attacco di cuore, ha deciso di scendere dal letto era in cerca di aiuto?
- Come mai il primario del Grossoni 3, Dott. Leo Nahon, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito alla morte della Sig.ra P. nel suo reparto?
- E' stato predisposto un 'audit' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, la morte della Sig.ra P. è stata semplicemente archiviata e dimenticata?

Fatto n. 13 **Riguardante la morte del Sig. Dario D. G.**

Il Sig. Dario D. G., di 63 anni, dal 4 novembre 2008 al 1° dicembre 2008 viene ricoverato al Grossoni 2 per una grave forma di *broncopneumopatia cronica ostruttiva* (BPCO) con episodi dispnoici (di *dispnea*) e di *insufficienza respiratoria acuta*.

Successivamente, il Sig. D. G. dal 9 dicembre 2008 al 30 dicembre 2008 viene di nuovo ricoverato al Grossoni 2 sempre per episodi dispnoici e di *insufficienza respiratoria acuta*.

Il Sig. D. G. il 1° gennaio 2009 viene di nuovo ricoverato al Grossoni 2.

Alle 2.15 della notte del 9 gennaio 2009 il Sig. Dario D. G. muore.

Nel portale dei reparti di Niguarda esiste la documentazione di quest'ultimo ricovero al Grossoni 2-.

Si pongono i seguenti interrogativi:

- Di cosa è morto il Sig. Dario D. G. alle 2.15 della notte del 9 gennaio 2009?
- E' morto soffocato per *Insufficienza respiratoria acuta*?
- Il Sig. Dario D. G. quando la notte del 9 gennaio 2009 ha cominciato a sentire che gli mancava il respiro ha cercato aiuto?
- Il Sig. Dario D. G. ha suonato il campanello?
- Perché il Sig. Dario D. G. quando ha cominciato a sentire che gli mancava il respiro non ha cercato di alzarsi per recarsi al locale infermieri?
- Il Sig. Dario D. G. era forse contenuto fisicamente?
- Perché nel Portale dei Reparti manca la parte della documentazione relativa al suo ultimo ricovero, conclusosi con il suo decesso?

- Chi erano gli infermieri presenti in reparto quella notte?
- Chi era il medico psichiatra di guardia?
- Come mai il primario del Grossoni 2, Dott. Mariano Bassi, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito alla morte del Sig. Dario D. G. nel suo reparto?
- E' stato predisposto un '*audit*' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, la morte del Sig. Dario D. G. è stata semplicemente archiviata e dimenticata?

FATTO n. 14 **Riguardante il suicidio del Sig. Giancarlo C.**

Il Sig. Giancarlo C., di 38 anni, all'inizio del dicembre 2009 era ricoverato al Grossoni 1. Alle 15,30 del 3 dicembre 2009, dopo meno di un'ora dall'uscita dal reparto in permesso il Sig. Giancarlo C. si è gettato sotto un treno della linea gialla della metropolitana. Il Sig. Giancarlo C., gravemente ferito, muore alle 3,38 del giorno dopo, 4 dicembre 2009, nella sala operatoria dell'Ospedale Niguarda.

Si pongono i seguenti interrogativi:

- Chi era il medico di guardia che ha firmato il permesso al Sig. Giancarlo C.?
- E' vero che la mattina aveva espresso ad un infermiere del reparto la sua intenzione di suicidarsi?
- Se questo è vero perchè il medico presente in reparto ha firmato il permesso di uscita senza prevedere l'accompagnamento del paziente, come d'obbligo in questi casi?
- E' vero che successivamente il permesso di uscita è stato tramutato in Dimissione dal reparto?
- Come mai il primario del Grossoni 1, Dott. Arcadio Erlicher, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito al suicidio del Sig. C.?
- E' stato predisposto un '*audit*' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, la morte Sig. Giancarlo C. è stata semplicemente archiviata e dimenticata?

FATTO n. 15 **Riguardante il suicidio di un signore dello Sri Lanka**

Nei primi giorni dell'aprile 2010 un signore cingalese dello Sri Lanka, di circa 30 anni, è ricoverato al Grossoni 1.

Il giorno 5 aprile 2010, alle 23.15 si impicca all'interno del reparto.

Nel Portale dei reparti non esiste nessuna documentazione relativa a questo ricovero.

La salma del suicida non è mai passata nella camera mortuaria dell'Ospedale Niguarda.

Si pongono i seguenti interrogativi:

- Chi era lo psichiatra di guardia al Grossoni 1 il 5 aprile 2010?
- Chi erano gli infermieri presenti nel reparto Grossoni 1 il 5 aprile 2010?
- E' vero che il paziente aveva minacciato il suicidio in caso di dimissioni da reparto?
- E' vero che successivamente a questa dichiarazione un medico del reparto aveva firmato la dimissione per il giorno successivo?
- Come è possibile che nel Portale dei Reparti si possa far sparire l'intera documentazione del ricovero di un paziente suicida impiccato all'interno del reparto Grossoni 1?
- Come è possibile che si possa far allontanare dall'Ospedale di Niguarda, senza passare nella camera mortuaria dell'Ospedale, la salma di un ricoverato suicida nel reparto Grossoni 1?

- Cosa ha da dire il primario del Grossoni 1, nonché Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda, Dott. Arcadio Erlicher, su questo suicidio avvenuto nel suo reparto?
- Cosa ha da dire il primario del Grossoni 1, nonché Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda, Dott. Arcadio Erlicher, sulle anomalie relative al trasporto della salma?
- Come mai il primario del Grossoni 1, Dott. Arcadio Erlicher, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito a questo suicidio avvenuto nel suo reparto?
- E' stato predisposto un 'audit' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, il suicidio del Signore cingalese è stato semplicemente archiviato e dimenticato?

FATTO n. 16 **Riguardante la morte del Sig. Giorgio V.**

Il Sig. Giorgio V., di 61 anni, proveniente dall'Ospedale San Gerardo entra in Pronto Soccorso alle ore 0.28 del 3 agosto 2010.

Nel "Verbale di pronto soccorso", redatto dalla D.ssa Laura Ciceri della struttura complessa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso alle ore 1.28 del 3 agosto 2010, alla voce "Motivo dell'accesso e dati anamnestici", si legge:

"Pz inviato dall'osp. di Monza per mancanza di posti letto per un ricovero in ambiente psichiatrico in seguito a aggravarsi della condizione depressiva con stupore catatonico di possibile causa depressiva, questa forma iniziata con la diagnosi la cura di un K polmonare bilaterale in cura sperimentale."

Il giorno dopo, 4 agosto 2010, il Sig. V. muore nel reparto Grossoni 3, come viene scritto nella "visita necroscopica" effettuata sempre il 4 agosto 2010 dalla D.ssa Campidelli della struttura complessa di Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica. Non viene specificata l'ora del decesso. Si pongono i seguenti interrogativi:

- Perché nel Portale dei Reparti manca la documentazione del ricovero del Sig. V. al Grossoni 3?
- A che ora è morto il Sig. Giorgio V.?
- Di che cosa è morto il Sig. Giorgio V.?
- Chi era lo psichiatra presente o di guardia al Grossoni 3 al momento della morte del Sig. Giorgio V.?
- Chi erano gli infermieri presenti nel reparto Grossoni 3 al momento della morte del Sig. Giorgio V.?
- Quella del Sig. V. era davvero una "catatonìa" da curare in "ambiente psichiatrico", o piuttosto un effetto collaterale della "cura sperimentale" del cancro ai polmoni da curare in medicina d'urgenza?
- Come mai il primario del Grossoni 3, Dott. Leo Nahon, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito alla morte del Sig. Giorgio V. nel suo reparto?
- E' stato predisposto un 'audit' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, la morte del Sig. Giorgio V. è stata semplicemente archiviata e dimenticata?

FATTO n. 17 **Riguardante la morte del Sig. Marco B. il 3 febbraio 2011**

Quasi 5 anni fa, il 13 aprile 2006, il Sig. Marco B. esegue una ecocardiografia transtoracica presso la struttura complessa di Cardiologia 5 – Territoriale per una **“Valutazione di eventuale danno miocardio da antipsicotici.”**

In un giorno imprecisato tra il 25 e il 30 di gennaio, come si evince dal referto dell’analisi sulla *Creatina Chinasi* del Laboratorio di Analisi Chimico-cliniche Patologia Clinica stilato del 30 gennaio 2011, il Sig. Marco B. viene ricoverato al reparto psichiatrico Grossoni 1.

La notte del 3 febbraio 2011, alle ore 2.45 il Sig. Marco B. muore al reparto Grossoni 1.

Nel Portale dei Reparti non si trova la documentazione del Grossoni 1 relativa a questo ricovero del Sig. Marco B..

Il Sig. Marco B. è un paziente sovrappeso seguito dal DSM di Niguarda e nel 2006 sorge il dubbio che le terapie antipsicotiche a cui viene sottoposto possano danneggiare il suo cuore.

Viene da chiedersi: gli psichiatri del DSM, che da allora fino alla sua morte hanno avuto in cura il Sig. Marco B., cosa hanno fatto per ridurre il rischio di danno al cuore del loro paziente?

Ecco la risposta: qui di seguito sono riportati i *cocktail* di psicofarmaci (indicati nei “*Verballi di pronto soccorso*” da luglio 2009 a gennaio 2011 e nella “*Relazione alla dimissione*” del 30 novembre 2010) che Il Sig. Marco B. assume ogni giorno nei suoi ultimi 7 mesi di vita.

24 luglio 2010	10 ottobre 2010	Fino al 17 novembre 2010	Durante ricovero 17 novem. 2010 30 novem. 2010	25 gennaio 2011
Clozapina 300 Depakin 500 Lendormin 0,25 Tavor 2’5 mg	Leponex 100 mg Depakin 500 Lendormin Entumin Statim EN	Depakin 500 Clozapina 100 mg Haldol 20 gtt sera Tavor 2,5 mg sera Entumin 1 cpr sera	Depakin Clozapina Serenase Invega Farganesse Talofen	Clozapina 100 mg Depakin 500 Entumin 30 gtt sera Lorazepam 2,5 Lendormin 1 cp

I neurolettici (scritti in neretto) passano da 1 nella terapia di luglio, a 2 in quella di ottobre, a 3 in quella del 17 novembre, **addirittura a ben 4 neurolettici contemporaneamente nella terapia durante il ricovero al Grossoni 1 tra il 17 e il 30 novembre!**, per ritornare a 2 a meno di 10 giorni dalla morte.

La Clozapina, neurolettico notoriamente cardiotossico e mielotossico, è quasi sempre presente!

Il Sig. Marco B. poche settimane prima di morire è stato sottoposto a terapie neurolettiche non da protocollo farmacologico!

Si pongono i seguenti interrogativi:

- Di che cosa è morto il Sig. Marco B. alle 2.45 della notte del 3 febbraio 2011?
- E’ morto di infarto?
- Il Sig. Marco B. quando quella notte ha cominciato a sentirsi male ha cercato aiuto?
- Il Sig. Marco B. ha suonato il campanello?
- Chi erano gli infermieri presenti in reparto quella notte?
- Chi era il medico psichiatra di guardia?
- Perché nel Portale dei Reparti manca la parte della documentazione relativa al suo ultimo ricovero, conclusosi con il suo decesso?
- Come mai il primario del Grossoni 1, Dott. Arcadio Erlicher, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito alla morte del Sig. Marco B. nel suo reparto?
- Chi controlla nel Dipartimento di Salute Mentale quelle terapie farmacologiche che non osservano i protocolli farmacologici?
- E’ stato predisposto un ‘*audit*’ di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, la morte del Sig. Marco B. è stata semplicemente archiviata e dimenticata?

FATTO n. 18
Riguardante il suicidio del Sig. Orlando Salvatore A. il 10 marzo 2011

Nel settembre 2010, a seguito di un tentativo di suicidio, il Sig. Orlando Salvatore A., di 29 anni, viene ricoverato per un mese al Grossoni 2.

Domenica 6 marzo 2011, dopo un secondo tentativo di suicidio, viene di nuovo ricoverato al Grossoni 2.

Mercoledì 10 marzo il medico presente in reparto impedisce al fratello di entrare in reparto per visitare il paziente.

Giovedì 10 marzo, alle 18.30, il Sig. Orlando Salvatore A. si suicida, impiccandosi nel bagno del reparto con i lacci delle sue scarpe.

La salma del suicida non è mai passata nella camera mortuaria dell'Ospedale Niguarda.

La famiglia è intenzionata a presentare una denuncia contro il Grossoni 2 per negligenza e per non avere impedito il suicidio del Sig. Orlando.

Noi non sappiamo come sia potuto avvenire questo suicidio all'interno del Grossoni.

Sappiamo, però, che, a differenza degli SPDC in cui vige un rapporto umano di accoglienza e di comprensione dei pazienti da parte degli operatori, in quelli adusi alle contenzioni quando viene ricoverata una persona che ha da poco tentato il suicidio, di solito viene sottoposta alla linea dura e coercitiva delle contenzioni chimica e fisica; se poi in questi SPDC si dovesse slegare il paziente, ad esempio per la cena, di norma lo si controlla a vista e comunque non gli si lasciano mai le scarpe sotto il letto complete di lacci. Soprattutto in un DSM in cui già un paziente si è impiccato in reparto meno di 1 anno prima!

Si pongono i seguenti interrogativi:

- Perché le scarpe con i lacci sono state lasciate sotto il letto del Sig. A.?
- Il Sig. A. è stato contenuto fino a poco prima del suicidio?
- Se il Sig. A. è stato contenuto e poi slegato perché non è stato sorvegliato a vista?
- Chi era il medico psichiatra presente nel reparto al momento del suicidio?
- Chi erano gli infermieri?
- Come è possibile che si possa far allontanare dall'Ospedale di Niguarda, senza passare nella camera mortuaria dell'Ospedale, la salma di un ricoverato suicida nel reparto Grossoni 1?
- Come mai il primario del Grossoni 1, Dott. Mariano Bassi, non ha scritto nessuna relazione, né ha proposto alcun provvedimento in merito al suicidio del Sig. A. nel suo reparto?
- E' stato predisposto un '*audit*' di valutazione del rischio clinico?
- O, forse, il suicidio del Sig. A. verrà semplicemente archiviato e dimenticato?

QUAL'E' LA SITUAZIONE ESISTENTE
AI 3 REPARTI PSICHIATRICI GROSSONI
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA' GRANDA?

Egredi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni
non saremo certo noi a sottovalutare l'importanza ed il ruolo che l'Ospedale di Niguarda ricopre
nella città di Milano e nella regione Lombardia.

Inaugurato all'inizio della 2^a guerra mondiale, l'Ospedale di Niguarda ha interpretato l'evoluzione moderna della tradizione ospedaliera milanese, iniziata nella metà del '400 con lo sforzesco "Spedale di Poveri" di via Festa del Perdono, ribattezzato "Ca' Granda" dal linguaggio popolare. In questi 70 anni di vita alcuni dei laboratori e dei reparti che sono stati aperti al Niguarda sono stati anche i primi ad essere aperti in Italia: essi, insieme ad altri reparti, hanno via via rappresentato e rappresentano, nel panorama ospedaliero italiano ed europeo, un riconosciuto livello di 'eccellenza', per usare un termine oggi molto in voga.

In questo momento, poi, l'Ospedale di Niguarda è nel pieno di una ambiziosa ristrutturazione, di cui tutti Voi, immaginiamo siete orgogliosi.

Anche nel 1978 l'Ospedale di Niguarda è stato anche il primo ospedale in Italia ad aprire un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (i due reparti Origgi ed il reparto Vergani), secondo quanto previsto dall'appena approvata legge 180.

Come voi sapete, il 1978 è stato un anno fatidico per l'assistenza psichiatrica italiana; la legge 180 è stato un tentativo di voltare decisamente pagina rispetto alla barbarie del manicomio; essa è stata approvata al culmine di un vasto movimento sociale, politico e scientifico contro il disumano ed inaccettabile regime degli internamenti manicomiali.

Tra i due ruoli in cui si è dibattuta la psichiatria manicomiale, quello custodialistico-punitivo e quello terapeutico-sanitario, la legge 180 ha privilegiato nettamente il secondo: non più corpi alienati della mente, privati dei diritti civili, da internare con sbrigative e sommarie procedure in manicomio, bensì cittadini 'malati', sia pure nella mente, con diritto ad essere curati al pari di tutti gli altri cittadini.

Non più reietti della società da seppellire per sempre dentro le impenetrabili mura manicomiali, ma cittadini sofferenti da aiutare a 'guarire' e reinserirsi di nuovo nella società.

Anche nel campo della cosiddetta 'malattia' mentale, così come avviene nel resto della medicina, i trattamenti sanitari coercitivi del manicomio avrebbero dovuto cedere il passo a trattamenti sanitari condivisi e volontari.

E, anche se la nuova legge ha ritenuto di mantenere attiva la modalità di trattamenti sanitari obbligatori, questi ultimi, a differenza dei famigerati *ricoveri coatti* nei manicomi, sarebbero stati previsti solo in un ridotto numero di casi, ovvero solo al concorrere contemporaneo di circostanze eccezionali.

E, in ogni caso, quand'anche fossero stati attivati, la procedura dei nuovi T.S.O., avrebbe previsto una serie di regole a tutela del rispetto della dignità e dei diritti umani dei 'pazienti' ricoverati.

Tra la galera e l'ospedale la 180 sceglie, decisamente, l'ospedale. E, insieme a quest'ultimo, sceglie soprattutto un'assistenza psichiatrica di tipo sociale, articolata e diffusa nel territorio.

Qualcuno è arrivato a definire questa legge una "rivoluzione copernicana".

E all'Ospedale Niguarda come è avvenuta questa cosiddetta 'rivoluzione copernicana'?

Qual è stata la realtà dei novelli SPDC dell'Ospedale Niguarda?

Per quanto riguarda i due padiglioni Origgi la risposta a questa domanda è molto semplice: pessima, la realtà degli Origgi è stata pessima.

"Quel reparto e' un lager.

Accuse al servizio psichiatria di Niguarda: locali pessimi, personale scarso".

Con questo titolo Il 28 gennaio 1992 appare sul Corriere della Sera un articolo sui due Origgi scritto dal giornalista Edoardo Stucchi.

I due reparti del padiglione Origgi vengono descritti come "spogli e fatiscenti ... con inferriate alle finestre, dove l'assistenza infermieristica e' spesso ridotta a zero." Si riferisce anche di "un ragazzo di 26 anni, oligofrenico, che da tre anni e mezzo vive legato al letto della sua camera singola (da 42 mesi!!! da oltre 1270 giorni!!! e non sappiamo nemmeno quando (e se) sia stato slegato)."

Nell'articolo la responsabilità di tale situazione viene, semplicisticamente, addebitata, oltre che al mancato coordinamento delle due USSL di competenza dei due reparti e alla mancanza di personale, anche alla vetustà dell'edificio: *“La direzione dell' ospedale ...precisa che se le strutture non cambiano è anche perchè Niguarda attende da settembre l'autorizzazione del Comune a costruire il nuovo padiglione di psichiatria per il quale ha già avuto 9 miliardi dalla Regione.”*

E qual'è (anzi, visto il recente trasferimento dei reparti Grossoni, qual è stata) la situazione dei tre SPDC del nuovo padiglione Grossoni?

A distanza di 16 anni dalla sua realizzazione, nonostante si tratti di un edificio recente senza inferriate alle finestre (ma con *“le finestre chiuse ermeticamente”* come nei *“treni moderni”*, recitano orgogliose le linee guida sulla contenzione fisica del DSM di Niguarda) nonostante il personale sia sufficiente, ebbene noi crediamo che la risposta non possa che essere la stessa: pessima.

Negli ultimi anni la situazione dei reparti è andata via via peggiorando, e va facendosi ogni mese che passa sempre più insostenibile.

LA SITUAZIONE DEI 3 GROSSONI HA SUPERATO OGNI LIMITE DI TOLLERABILITA'

Anche se ci limitassimo al solo nudo elenco delle gravissime vicende di abusi avvenuti negli ultimi anni nei reparti psichiatrici dell'Ospedale Niguarda, il quadro che ne risulta è francamente impressionante:

Francesco D. morto al Grossoni '3' il 1° ottobre 2008, probabilmente mentre era legato mani e piedi al suo letto di contenzione

Tullio C. morto al Grossoni '3' il 24 ottobre 2010, secondo voci di operatori mentre era legato mani e piedi al suo letto di contenzione

Filippo S. morto al Grossoni '2' il 17 marzo 2009 soffocato dal cibo che stava mangiando

Maria Graziella B. morta al Grossoni '3' il 13 gennaio 2010 soffocata dal cibo che stava mangiando

Antonio R. morto 'improvvisamente' al Grossoni '3' il 18 settembre 2007

Giovanna Angela P. trovata morta accasciata di fianco al letto al Grossoni '3' il 22 settembre 2008

Dario D. morto 'improvvisamente' al Grossoni '2' il 9 gennaio 2009

Giancarlo C. morto suicida appena uscito in permesso dal Grossoni '1' il 4 dicembre 2009

Un signore cingalese morto suicida, impiccato al Grossoni '1' il 5 aprile 2010

Giorgio V. morto 'improvvisamente' al Grossoni '3' il 4 agosto 2010

Marco B. morto 'improvvisamente' al Grossoni '1' il 3 febbraio 2011

Orlando Salvatore A. morto suicida, impiccato al Grossoni '2' qualche giorno fa, il 10 marzo 2011

Mohamed M. ha perso l'uso delle braccia dopo il ricovero al Grossoni 1

Rita F. G. ha perso l'uso delle gambe dopo il ricovero al Grossoni 2

Marinella S. è stata legata mani e piedi al letto al Grossoni '2' per oltre 18 giorni consecutivi

Andrea R. è stato legato mani e piedi al letto al Grossoni '2' per 14 giorni consecutivi

Maria Teresa D. è stata legata mani e piedi al letto al Grossoni '2' perché a pranzo aveva chiesto del sale

Le linee guida del DSM prevedono esplicitamente l'illegale 'super' contenzione fisica del manicomiale 'spallaccio'

e infine 'last but not least', per ultimo ma non ultimo

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda si appresta a licenziare la Dsa. Nicoletta Calchi.

Egredi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni

converrete con noi che la situazione che si è creata nei 3 Grossoni, così come emerge da questo incredibile elenco, è davvero di grande emergenza.

In un ospedale grande, moderno ed efficiente come Niguarda, anche un solo caso di morte in un reparto di degenza psichiatrica rappresenterebbe di per se stesso un caso di incuria inaccettabile: se un ricoverato in psichiatria si sente fisicamente male dev'essere, e non sono concepibili eccezioni di sorta, dev'essere immediatamente trasportato in un reparto di medicina d'urgenza.

Da quanto siamo riusciti a sapere faticosamente finora, nei 3 Grossoni sono morte ben 12 persone ricoverate dal 2007 ad oggi!

Il ritmo crescente e ormai incontenibile di questi decessi è il seguente:

nessun morto fino al 2006
1 morto nel 2007
2 morti nel 2008
3 morti nel 2009
4 morti nel 2010
2 morti in poco più di due mesi del 2011!

Solo negli ultimi due anni e tre mesi sono morte 10 persone ricoverate!

Già la sola aritmetica di queste cifre rivela che la situazione creatasi nei Grossoni negli ultimi anni non solo è diventata molto grave, ma esige che vengano presi urgenti provvedimenti.

La sola aritmetica, tuttavia, non dà la piena conoscenza della gravità della situazione nei 3 reparti psichiatrici di Niguarda.

Per quanto riguarda l'inaccettabile morte di ricoverati, nei tre reparti Grossoni:

- morire è un accadimento che sta diventando, ogni mese che passa, sempre più scandalosamente facile, nonostante vi siano ricoverate soltanto persone 'malate' nella mente;
- in alcuni casi il modo in cui si muore al Grossoni è semplicemente raccapricciante ed offende profondamente i principi della dignità umana ed i diritti più elementari dei ricoverati negli ospedali: la morte per soffocamento da cibo di Filippo S. e Maria Graziella B. è l'inaccettabile conseguenza dell'abbandono di persone gravemente malate fisicamente a causa degli effetti collaterali di errate terapie neurolettiche;
- una paziente dei Grossoni ci ha raccontato che una volta è stata ricoverata per qualche giorno all'SPDC del San Carlo e durante la notte suonò il campanello del letto e si meravigliò non poco quando, dopo qualche minuto, vide apparire un'infermiera che le chiese di cosa aveva bisogno: nei ricoveri ai Grossoni si era abituata alla completa inutilità di quel gesto, al fatto che di notte non arriva nessuno quando si suona il campanello: nei Grossoni, alcune delle persone ricoverate sono morte 'improvvisamente' nel cuore della notte: avevano, forse, chiamato invano l'infermiere di turno?
- ben 3 pazienti ricoverati hanno scelto di morire suicidi: i loro gesti estremi sono un atto di accusa incancellabile contro le modalità di trattamento delle persone ricoverate in uso nei reparti; nello stesso periodo altri pazienti del DSM si sono suicidati nelle loro abitazioni o nelle comunità: ma i nomi di questi ultimi e le loro storie difficilmente potranno bucare la pesante coltre di silenzio che copre questa occulta e quasi del tutto la sconosciuta emergenza nazionale costituita dai numerosissimi pazienti psichiatrici che scelgono di suicidarsi, perché non riescono a sopportare le invivibili condizioni di vita a cui sono costretti dalle terapie coercitive di una larga parte della psichiatria italiana.

Per quanto riguarda la contenzione fisica dei ricoverati, nei tre reparti Grossoni:

- la contenzione fisica è una pratica diffusa: i 3 Grossoni sono tra gli SPDC milanesi che più praticano questa forma di coercizione;
- le motivazioni reali per legare un ricoverato mani e piedi ad un letto di contenzione sono a volte inaccettabili, configurandosi come atto di punizione o addirittura come obliquo atto di ritorsione nei confronti di colleghi;
- la contenzione fisica qualche volta supera di numerose volte la durata massima raccomandata dalle linee guida internazionali e dalle stesse linee guida del DSM di Niguarda, trasformandosi in una forma di inaccettabile tortura;
- la contenzione fisica qualche volta causa lesioni gravissime e invalidità permanenti nel corpo delle persone legate;
- le linee guida del DSM di Niguarda prevedono esplicitamente la pericolosa e inaccettabile ‘super’ contenzione fisica del lenzuolo arrotolato, chiamata ‘*spallaccio*’ nei manicomi, in aperto contrasto con le linee guida internazionali, con le esplicite indicazioni del “*Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti*”, con le Raccomandazioni della *Conferenza delle Regioni*;

Nei tre reparti Grossoni, infine:

- la libera scelta del medico curante viene spesso negata: il caso dei 112 pazienti della D.sa Calchi è emblematico;
- il rapporto fiduciario medico-paziente è latitante: come dimostrano anche i 3 casi di suicidio tra i ricoverati;
- il consenso informato non è pratica diffusa;
- le terapie farmacologiche a base di psicofarmaci ‘*neurolettici*’ (ovvero ‘*neuroplegici*’, ossia ‘*neuroparalizzanti*’) a volte prevedono dosi così massicce da far insorgere gravissimi e prevedibili effetti collaterali come la *disfagia*; tali terapie, non di rado imposte obbligatoriamente, pur avendo lo scopo di curare le ‘malattie’ della mente dei pazienti, spesso risultano altamente tossiche ed invalidanti per il loro fisico; tali terapie, invece di essere concordate ed accettate dal paziente, rappresentano spesso una costringente contenzione chimica.
- il diritto costituzionale (ma soprattutto umano) a trattamenti sanitari volontari viene irriso dal ricorso spesso improprio, ingiustificato e grottesco al Trattamento Sanitario Obbligatorio; emblematico il caso denunciato dalla D.sa Calchi nel suo intervento scritto al seminario “*Contenzione perché, per chi, fino a quando ...?*”: al Grossoni 2 è stato richiesto e messo in atto un T.S.O. ad una paziente affetta da una gravissima patologia neoplastica in atto al solo scopo di portarle via i suoi cani dal suo appartamento!
- vige un clima di paura tra i ricoverati “*nei confronti della reazione degli operatori a pensieri parole comportamenti*” che li inducono “*a smussare le loro posizioni e ad adeguarle ai meccanismi di accompagnamento*”, come ha dichiarato Virgilio Baccalini, del Forum Salute Mentale, al seminario “*Contenzione perché, per chi, fino a quando ...?*”;
- i medici e gli infermieri che hanno cercato coraggiosamente di opporsi alla grave situazione creatasi nei Grossoni negli ultimi anni, sono stati via via emarginati, sottoposti a *mobbing*, trasferiti, sospesi per volontà delle attuali direzioni dei Grossoni e del DSM.

PER CONOSCERE LA REALTA' DEI GROSSONI
NON OCCORRE ATTENDERE LE CONCLUSIONI DELLA MAGISTRATURA

Egredi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni

Non occorre attendere che la magistratura completi il suo compito, per sapere se le notizie di molti dei gravissimi abusi dei Grossoni presenti nella denuncia del Telefono Viola di Milano siano vere o siano false.

Non occorre attendere che la magistratura completi il suo compito, perché chi è responsabile dell'Ospedale Niguarda, della sanità lombarda e della politica regionale lombarda possa conoscere rapidamente la situazione effettiva dei Grossoni, possa, quindi, esprimersi e prendere le dovute ed urgenti decisioni nel merito.

Non occorre attendere la magistratura per conoscere come è morto Filippo S.: basterebbe leggere la perizia necroscopica effettuata dalla D.ssa Cristina Campidelli della struttura complessa di Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica del 28 maggio 2009. Questa lettura è più che sufficiente a far comprendere che la causa della sua morte atroce è dovuta alla *disfagia (che è un prevedibile effetto collaterale di terapie neurolettiche errate ed eccessive)* e al suo inaccettabile abbandono durante il pasto da parte degli infermieri di reparto.

Non occorre attendere la magistratura per conoscere come è morta Maria Graziella B.: basterebbe leggere la perizia necroscopica effettuata dal Dott. Ernesto Graziano Minola della struttura complessa di Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica del 21 settembre 2010. Questa lettura è più che sufficiente a far comprendere che la causa della sua morte atroce è dovuta alla *disfagia* e al suo inaccettabile abbandono durante il pasto da parte degli infermieri di reparto.

Non è necessario attendere la magistratura per considerare del tutto inammissibile l'anomalia di dover morire ricoverati ai Grossoni, che è un reparto psichiatrico, e non nei reparti di terapia d'urgenza, dove hanno anche la capacità professionale di intervenire tempestivamente per evitare una morte prematura.

Non è necessario attendere la magistratura per considerare del tutto inaudito che tre pazienti ricoverati si suicidino, due impiccandosi all'interno dei reparti e il terzo dopo essere uscito in permesso.

Non occorre è necessario attendere la magistratura per considerare totalmente inaccettabile una terapia che prescrive contemporaneamente 4 diversi neurolettici al giorno ad un paziente cardiopatico.

Non è necessario attendere la magistratura per sapere che il Sig. Mohamed M ha perso l'uso di entrambe le braccia dopo un ricovero al Grossoni 1, basta leggere la relazione alla dimissione del Dott. Antonio Maria Agrati della struttura complessa di Medicina '2' del 17 marzo 2006.

Non è necessario attendere la magistratura per sapere che la Sig. Rita F. G. ha perso l'uso di entrambe le gambe dopo un ricovero al Grossoni 2, basta leggere la relazione alla dimissione della D.ssa Silvana Puricelli della struttura complessa di Medicina '1' del 29 luglio 2006.

Non è necessario attendere la magistratura per sapere che due pazienti ricoverati al Grossoni 2 sono rimasti legati al loro letto di contenzione per 28 volte e per 36 volte la durata massima della contenzione fisica prevista dalle stesse linee guida di Niguarda e che si tratta di due ex pazienti della Dsa. Calchi, contro la quale il primario e i colleghi sono in rotta di collisione: basterebbe chiederlo ai due pazienti e ai loro familiari.

Non è necessario attendere la magistratura per sapere che nei Grossoni i pazienti hanno paura degli operatori: basterebbe chiederlo a Virgilio Baccalini, del Forum Salute Mentale.

Non è necessario essere del Telefono Viola di Milano per considerare inaccettabile, anzi una vera e propria paradossale enormità, che in un rinomato ospedale milanese, l'eccellente Ospedale Niguarda, possano esistere dei reparti di degenza dove i pazienti siano costretti a vivere costantemente con la paura nei confronti degli operatori 'sanitari' del reparto.

Non è necessario attendere la magistratura per considerare del tutto inaccettabili quella parte delle linee guida sulla contenzione dell'Ospedale di Niguarda, in cui, senza alcun ritegno, si raccomanda l'uso della 'super' contenzione del manicomiale 'spallaccio': basterebbe leggere le linee guida

internazionali, le indicazioni del “*Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti*” e le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni.

Non è necessario attendere la magistratura per considerare del tutto anomala e straordinaria la teoria dei decessi sempre più ravvicinati che negli ultimissimi anni syanno colpendo i ricoverati nei Grossoni.

Non è necessario attendere la magistratura per considerare fin da ora molto gravi, in merito ai fatti esposti, le responsabilità di coloro che negli ultimissimi anni hanno diretto il DSM e i Grossoni di Niguarda.

Non occorre essere del Telefono Viola, infine, per considerare scandalosi, grotteschi e assurdi i due provvedimenti di sospensione comminati dall’Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda alla D.sa Nicoletta Calchi, ovvero all’unica psichiatra che ha avuto il coraggio di opporsi allo stile ed al metodo di lavoro che si è imposto in questi ultimissimi anni sia al Grossoni 2 che negli altri due.

IL TELEFONO VIOLA DI MILANO CHIEDE IL COMMISSARIAMENTO URGENTE DELLA DIREZIONE DEL DSM E DEI 3 GROSSONI

Egredi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni
vi confessiamo che più di qualcuno, in questi mesi, ci ha messo in guardia: ci ha predetto che la nostra denuncia si sarebbe risolta in nulla, come una bolla di sapone.

Più di qualcuno, in questi mesi, ci ha avvertito che avremmo avuto contro dei poteri molto forti, molto influenti, capaci di ridurre, attenuare e dissolvere l’impatto della nostra denuncia.

Qualcun altro ci ha avvertito che una specie di potente e inamovibile blocco avrebbe costretto a rimanere fermi e silenziosi gli operatori dell’assistenza psichiatrica milanese: che essi se ne sarebbero rimasti immobili e passivi, come dietro una finestra, a vedere come andrà a finire questa denuncia in difesa dei diritti umani dei ricoverati nei Grossoni, senza minimamente esporsi o esprimere pubblicamente le loro opinioni.

Qualcun altro ci ha taciato di estremismo, incapaci di incidere o modificare la grave situazione creatasi nel DSM di Niguarda.

In verità vi confidiamo che non sappiamo affatto se siano fondati o meno i primi due avvertimenti.

Su una cosa, invece, siamo sicuri: non siamo estremisti.

Se proprio si vuol definire lo spirito con cui di solito ci accingiamo a difendere i diritti delle persone sottoposte ad abusi psichiatrici, allora preferiamo essere definiti *radicali*: nel senso letterale di questa parola, di chi vuole andare alla radice delle storie umane che incontra.

Ed anche rigorosamente pragmatici: ci interessa soprattutto fare in modo che i diritti umani delle persone abusate siano realmente salvaguardati.

Egredi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni
noi crediamo che i fatti che stanno accadendo ai Grossoni siano molto scandalosi.

Noi crediamo che quanto stia accadendo ai Grossoni sia persino più grave di quanto è accaduto qualche anno fa alla Clinica Santa Rita.

Noi crediamo che Mohamed M., Rita F. G., Francesco D., Tullio C., Filippo S., Maria Graziella B., Antonio R., Giovanna Angela P., Dario D., Giancarlo C., il Signore Cingalese, Giorgio V.,

Marinella S., Andrea R., Maria Teresa D., Marco B., Orlando Salvatore A., siano state delle persone molto sfortunate. Delle persone che si sono trovate ricoverate in reparti ospedalieri sbagliati, in reparti ospedalieri in cui i loro diritti di pazienti non sono stati tutelati, in cui molti di loro sono morti in piena solitudine.

Noi crediamo, e siamo convinti che lo crediate anche voi, che si debba rispettare la memoria di coloro che sono morti, rispettare il dolore dei loro cari.

Noi crediamo che occorra dare un segnale di certezza e rassicurazione a tutti i ricoverati del Grossoni, ai pazienti del DSM, ai loro familiari, all'opinione pubblica.

Noi crediamo che occorra dire a tutti loro che ai 3 Grossoni si volterà decisamente pagina.

Alcuni di voi sono dichiaratamente persone cattoliche.

Pensiamo, allora, che ci capirete se riteniamo che la Milano che ha accolto i grandi arcivescovi del dopoguerra, la Milano dei cardinali Ildefonso Schuster, Giovanni Battista Montini, Giovanni Colombo, Carlo Maria Martini, la Milano del cardinale Dionigi Tettamanzi, che *questa* Milano, solidale e sempre vicina agli ultimi, non possa permettere che sui ricoverati dei Grossoni che hanno subito gravissimi abusi, sui ricoverati dei Grossoni che sono costretti a vivere il loro ricovero in un clima di paura, su tutte queste donne e questi uomini sofferenti, sulle loro sofferenze, possa calare di nuovo il sipario oltraggioso del silenzio.

Forse quegli avvertimenti sulla supposta opposizione di paventati poteri forti, di poteri presunti onnipotenti, potrebbero anche risultare infondati.

Vogliamo pensare, citando un prete lombardo di Desio, che anche i potenti, talvolta, possano lasciarsi sorprendere dall'*eccellenza della verità*:

“Così l'unico entusiasmo che si può provare nella vita è quello di aver ragione o di fare quello che si vuole; non certo la sorpresa per quello che accade, per la realtà che parla alla persona [per l'emergenza di una novità che ti provoca]. Lo spiega lucidamente san Tommaso d'Aquino laddove, nella Summa theologica afferma che “i superbi, mentre si diletano della propria eccellenza [cioè di aver ragione o di sentir giusto], hanno fastidio dell'eccellenza della verità”.
(*“Nella profondità delle cose”, appunti da una conversazione di don Luigi Giussani*)

Noi vi chiediamo di fare una scelta decisa che si proponga di riportare al più presto la situazione dei Grossoni ad livello accettabile per un reparto ospedaliero.

Noi pensiamo che questa decisione debba essere urgente e indifferibile e che debba significare un deciso cambiamento di rotta nella gestione del DSM e dei Grossoni di Niguarda.

Innanzitutto per cercare di bloccare questa dissennata e funesta *escalation* dei decessi: in reparti ospedalieri in cui non si può e non si deve morire, si è passati in 5 anni e con un ritmo sempre più accelerato dagli 0 decessi fino al 2006 a quasi un decesso al mese!

Noi pensiamo che questa decisione debba essere urgente e indifferibile anche per un doveroso senso di umano rispetto nei confronti di queste vittime e del dolore dei loro familiari.

Per un doveroso impegno di rispondere alle preoccupazioni di tutti gli altri pazienti ricoverati e dei loro familiari.

Ci sembra necessario, infine, che voi dobbiate dare un segnale forte e inequivocabile all'opinione pubblica in merito alla vostra posizione ed alle vostre responsabilità su quanto avviene nei 3 Grossoni: che la direzione dell'Ospedale di Niguarda, l'Assessore alla Sanità e il Governatore della Regione Lombardia separano nettamente le responsabilità dell'Ospedale Niguarda da quelle del Direttore del DSM e dei Primari dei Grossoni.

E' per tutto questo che noi vi chiediamo di commissariare con urgenza le direzioni del DSM e dei Grossoni di Niguarda.

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI DELLA DIRIGENZA DI NIGUARDA
NON PUO' RIDURSI A IMPROVVIDO PORTAVOCE
DEL DIRETTORE DEL DSM E DEL PRIMARIO DEL GROSSONI 2

Egregi Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni

noi ci chiediamo: in questi ultimi anni, in questi ultimi mesi, quando, ad un ritmo sempre più incalzante, si sono susseguiti gravi fatti di abusi nei Grossoni, quali procedimenti ha avviato l'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Leo Nahon, primario del Grossoni 3, per aver mancato di vigilare e quindi prevenire che 7 persone ricoverate morissero nel reparto da lui diretto?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mariano Bassi, primario del Grossoni 2, per aver mancato di vigilare e quindi prevenire che 2 persone ricoverate morissero nel reparto da lui diretto?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mariano Bassi, primario del Grossoni 2, per avere tollerato, senza prendere alcun provvedimento, che un ricoverato si suicidasse nel suo reparto

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Arcadio Erlicher, primario del Grossoni 1, per avere tollerato, senza prendere alcun provvedimento, che 2 ricoverati nel suo reparto si suicidassero in seguito al trattamento sprezzante e ostile tenuto nei loro confronti in reparto?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Arcadio Erlicher, primario del Grossoni 1, per aver mancato di vigilare e quindi prevenire che una 3^a persona ricoverata morisse nel reparto da lui diretto?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mariano Bassi, primario del Grossoni 2, per avere tollerato, senza prendere alcun provvedimento, che il Sig. Filippo S. affetto da *disfagia iatrogena* venisse abbandonato al momento del pasto?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Leo Nahon, primario del Grossoni 3, per avere tollerato, senza prendere alcun provvedimento, che la Sig.ra Maria Graziella B. . affetta da *disfagia iatrogena* venisse abbandonata al momento del pasto, appena 10 mesi dopo l'analoga morte del Sig. Filippo S.?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mariano Bassi, primario del Grossoni 2, per avere tollerato che nel suo reparto si legassero due ricoverati mani e piedi ad un letto di contenzione per un tempo straordinariamente eccessivo?

Ha forse avviato un procedimento disciplinare nei confronti del Dott. Mariano Bassi, primario del Grossoni 2, per avere impedito, contro la loro volontà, a molti pazienti della D.sa Nicoletta Calchi di continuare a seguire le sue terapie?

No. Niente di tutto questo.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda non ha avviato alcun procedimento disciplinare in merito a questi gravissimi fatti.

E però, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda, ha avviato e portato a termine ben due procedimenti disciplinari consecutivi contro la D.sa Nicoletta Calchi, irrogando

due “*sanzioni disciplinari della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione*” di 20 e 30 giorni rispettivamente. La seconda sospensione è stata decisa appena tre settimane fa. Non solo. Ci giungono voci che lo zelante e solerte ufficio stia avviando un terzo e definitivo procedimento disciplinare: in modo da arrivare, finalmente, al definitivo licenziamento dall’Ospedale di Niguarda dell’eretica D.sa Nicoletta Calchi.

Fantastico! Assolutamente fantastico!

L’intero universo italiano che gravita attorno all’assistenza psichiatrica, le organizzazioni sociali che si battono per il rispetto dei diritti umani nelle strutture sanitarie italiane, le organizzazioni sociali che si battono per il ritorno ai principi di difesa della dignità umana che furono del movimento di de-istituzionalizzazione dei manicomi, gli operatori degli SPDC italiani del Club “*No-restraint porte aperte*”, la commissione di inchiesta del Senato sul Servizio Sanitario Nazionale, i ricoverati al Grossoni con i loro familiari, gli utenti del DSM di Niguarda con i loro familiari, gli operatori socio assistenziali della psichiatria territoriale lombarda, una parte del mondo dei media, ebbene tutti costoro da alcuni mesi, in seguito alle denunce sui gravissimi abusi avvenuti nei confronti dei pazienti ricoverati nei 3 reparti psichiatrici Grossoni, stanno seguendo con molta attenzione tutto quanto sta avvenendo all’Ospedale di Niguarda.

Ebbene, sotto l’osservazione di così numerosi occhi e riflettori, cosa fa l’ineffabile UPD della Dirigenza di Niguarda?

L’Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda mette sotto accusa, sospende e pensa di licenziare l’unico medico che in questi anni con grande coraggio si è battuto apertamente contro quegli abusi, in difesa dei diritti civili e umani dei pazienti dei 3 reparti psichiatrici Grossoni! L’Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda mette sotto accusa, sospende e pensa di licenziare il medico che da molti mesi, a causa di questa sua coraggiosa battaglia, sta subendo una feroce azione di isolamento e di *mobbing* prima, ed una violenta campagna di delegittimazione dopo, da parte del primario e dei colleghi del reparto Grossoni 2!

Grottesco! Beffardamente grottesco!

E con quali gravissime accuse l’Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda pensa di sradicare definitivamente la scomoda e coraggiosa esperienza terapeutica della D.sa Nicoletta Calchi?

Forse per avere causato l’invalidità perenne degli arti ad un paziente per una contenzione prolungata?

Forse per avere causato la morte per insufficienza respiratoria di un paziente obeso e affetto da dispnea, ordinandone inopinatamente la contenzione fisica?

Forse per avere dato l’ordine di legare mani e piedi al letto un paziente per 2 o 3 settimane di seguito?

Forse per avere gravemente sottovalutato le condizioni di una paziente affetta da forte cardiopatia, al punto che è stata rinvenuta morta accasciata sul pavimento, a fianco del letto?

Forse per avere esagerato con la somministrazione di neurolettici ad un paziente al punto da invalidare per sempre la sua capacità di deglutire il cibo?

Forse per avere imposto ad un paziente una dissennata terapia a base di 3 o 4 neurolettici contemporaneamente, e poi questo paziente è morto ‘improvvisamente’ in reparto alle 6 del mattino?

Forse per avere irriso le norme del TSO prescrivendone uno ad una paziente affetta da una gravissima patologia neoplastica in atto al solo scopo di portarle dal suo appartamento via i suoi cani?

Forse per essersi rivolta nei confronti di un paziente con arroganza e disprezzo delle sue paure, e qualche ora dopo questo paziente si è impiccato in reparto?

No. Niente di tutto questo.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda ha sospeso la D.ssa Nicoletta Calchi per 20 giorni perchè nella sua pagina privata personale di Facebook aveva espresso a pochi suoi amici stretti due pareri sulla situazione del suo reparto!

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda ha sospeso la D.ssa Nicoletta Calchi una seconda volta per 30 giorni perchè accusata ingiustamente di avere ecceduto verbalmente in tre telefonate al reparto, fatte entrambe perchè un suo paziente era contenuto illegalmente per un tempo eccezionalmente oltre il limite delle linee guida!

Surreale! Completamente surreale!

Ma non basta.

Nella riunione dell'UPD del 23 febbraio 2010 nel corso della quale è stata decisa questa 2^a sanzione erano presenti due soli componenti: il Dott. Gaetano Elli, neo Direttore Medico di Presidio e la D.ssa Simona Girolodi, Direttore della Struttura Complessa Risorse Umane. Entrambi sottoscriveranno il relativo verbale.

Ne verbale si precisa:

- *che il Dott. Roberto Cosentina (precedente Direttore Medico di Presidio) è decaduto dalla funzione di componente dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza poiché non è più alle dipendenze dell'Azienda Ospedaliera Niguarda dal 31.01.2011;*
- *il ruolo di componente dell'UPD di quest'ultimo è ricoperto dal Dott. Gaetano Elli assunto presso questa Azienda Ospedaliera dal 15.02.2011 (ovvero: è arrivato all'Ospedale di Niguarda da appena 8 giorni quando si svolge la riunione!) in qualità di Direttore Medico di Presidio;*
- *che la d.ssa Silvia Carabellese (Direttore Amministrativo di Presidio) non è al momento presente in servizio per motivi personali e pertanto non può sottoscrivere il presente verbale;*

Dei 3 componenti del collegio disciplinare dell'UPD di Niguarda, che avevano avviato il procedimento, che lo avevano istruito, che avevano partecipato alle udienze, che avevano incontrato e sentito le parti ed i loro avvocati, di coloro, quindi, che erano edotti di tutti gli aspetti analizzati durante il procedimento, solo uno, la D.ssa Simona Girolodi, è presente alla riunione del 23 febbraio e ne sottoscrive il verbale.

Constatato che l'altro componente presente, il Dott. Gaetano Elli, non aveva partecipato a nessuna udienza precedente, non aveva mai sentito né mai visto sia la D.ssa Calchi che il suo avvocato, si presume che non avesse mai visto né sentito nemmeno le altre parti in causa, se ne può dedurre che quando ha sottoscritto le 7 pagine del verbale della riunione del 23 febbraio egli si sia affidato, più che altro, al parere ed al convincimento espressi dalla D.ssa Simona Girolodi.

In ultima analisi, quindi, potremmo affermare che l'esito del 2° procedimento disciplinare intentato contro la D.ssa Calchi sia stato deciso dalla sola D.ssa Simona Girolodi!

Perbacco! Sicuramente questo procedimento disciplinare dell'UPD di Niguarda è stato concluso dal più strano collegio disciplinare che si sia mai visto all'interno di un grande ospedale italiano!

Un collegio che, nella fase di istruttoria è 'trino' e poi, nella riunione finale che decide sull'esito-sentenza, diventa improvvisamente 'uno'!

Il primo collegio disciplinare *monocratico* nella storia europea dei conflitti aziendali!

Potremmo proporre di modificare l'ultima frase dell'esito-sentenza:

*“In conclusione, dai criteri sopra indicati, **si ritiene appropriata** alla condotta esaminata la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per n. 30 (trenta) giorni.”*

in luogo della locuzione **si ritiene appropriata** forse sarebbe più esatto dire la **D.sa Simona Girolodi ritiene appropriata**.

Ma non basta.

Nello stucchevole resoconto del verbale, fra opinioni del tutto personali su cui si regge la convinzione che la D.sa Calchi menta a proposito del tenore delle due telefonate in reparto, spicca una frase in cui appare la particolarissima concezione che la D.sa Simona Girolodi ha del concetto di *‘privacy dei pazienti’*:

In relazione alle telefonate oggetto di questa procedura, la presenza di persone che hanno ascoltato il contenuto delle stesse non è ritenuta conforme al dovere che incombe sul medico di osservare il segreto professionale, visto che i presenti alle telefonate sono venuti a conoscenza dei nomi di persone ricoverate in Psichiatria ed in particolare di una presumibilmente intenzionata ad avviare azioni legali contro medici di Niguarda; si ritiene, quindi, che in queste circostanze la d.ssa Bellotti Calchi Novati abbia violato la privacy dei pazienti.

Orbene:

- l’unico paziente di cui si è fatto il nome è solo quello di Andrea R., già paziente della D.sa Calchi, nel momento della telefonata illegalmente mantenuto legato mani e piedi al letto di contenzione da numerosi giorni;
- tra i presenti alle tre telefonate vi era la sorella di Andrea fortemente angosciata per il crudele trattamento riservato al fratello;
- molti tra i presenti avevano chiesto alla D.sa Calchi di intervenire per fare cessare la tortura inflitta ad Andrea R.;
- tutti i presenti, quindi, sapevano benissimo che Andrea R. era ricoverato al Grossoni 2 e non l’avevano certo appreso ascoltando le tre telefonate!

Di quale privacy sta parlando la *‘candida’* D.sa Simona Girolodi, di quella del paziente che da 5 giorni è legato illegalmente mani e piedi al letto di contenzione o di quelle dello psichiatra e dell’infermiere di guardia in un reparto ospedaliero in cui da 5 giorni si sta legando illegalmente mani e piedi al letto di contenzione quello stesso paziente?

Infine permetteteci un’ultima notazione su questo *‘ineffabile’* verbale dell’Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda. L’esponente del Telefono Viola di Milano presente alla telefonata viene così definito:

si tratta, pertanto, non di un soggetto disinteressato alle vicende lavorative della d.ssa Bellotti Calchi Novati ma di persona che ha verosimilmente utilizzato questa conoscenza per diffamare la Direzione Aziendale ed il DSM

Su questa frase facciamo alcune riflessioni.

Non sono solo gli esponenti del telefono Viola di Milano gli interessati *alle vicende lavorative della d.ssa Bellotti Calchi Novati*, bensì tutti coloro che, in Italia, hanno a cuore i diritti umani dei pazienti psichiatrici e stanno seguendo le straordinarie vicende dei 3 Grossoni di Niguarda. Non abbiamo mai inteso *‘diffamare’* la direzione del DSM: abbiamo, invece, doverosamente denunciato alla magistratura i gravi abusi contro i pazienti dei 3 Grossoni del DSM, citando documenti dello stesso ospedale, testimonianze di familiari, relazioni cliniche e referti di medici dell’Ospedale Niguarda.

In quanto alla direzione Generale non è mai stato nostro proposito fare ad essa delle accuse specifiche, tant’è, Dott. Cannatelli, che lei non solo è tra i nostri interlocutori di questa lettera aperta, ma anche a lei chiediamo esplicitamente di prendere i necessari provvedimenti sui Grossoni.

Non ci saremmo, infine, soffermati così a lungo su questo verbale dell'UPD se non fosse per la grande violenza che questo secondo provvedimento rappresenta nei confronti delle legittime aspettative di giustizia della D.ssa Nicoletta Calchi, che sta vivendo da molti mesi il profondo dolore e l'angoscia di chi vede muoversi inesorabilmente la macchinazione che cerca di cacciarla con disonore dall'Ospedale Niguarda, a causa, in realtà, dell'eresia rappresentata dal suo rapporto umano con i pazienti.

Egregio Direttore Cannatelli, Assessore Bresciani, Governatore Formigoni
l'Ospedale Niguarda gode di una grande reputazione nel mondo sanitario-ospedaliero italiano e internazionale.

Siamo certi che coloro che all'interno di questo mondo hanno saputo dei gravissimi fatti che stanno avvenendo da qualche tempo nei reparti Grossoni, si aspettano che la dirigenza dell'Ospedale Niguarda, in accordo con le autorità sanitarie regionali, sappia prendere delle decisioni chiare, tempestive ed efficaci per riportare la situazione dei Grossoni ad un grado di accettabile normalità.

Immaginatevi solo per un istante quale profonda ferita sarebbe inferta alla reputazione dell'Ospedale Niguarda, qualora l'improvvido Ufficio Procedimenti Disciplinari della Dirigenza di Niguarda riuscisse nel suo intento di risolvere l'attuale gravissima crisi di credibilità dei reparti Grossoni e del DSM con il licenziamento della D.ssa Nicoletta Calchi!

Se ciò avvenisse, l'immagine dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, sia in Italia che a livello internazionale, si ammanterebbe fatalmente di vergogna!

La vicenda professionale, umana e medica della Dott. Calchi è la dimostrazione concreta che in psichiatria un rapporto terapeutico con il paziente che rigetta il principio delle contenzioni coercitive (*come il chiudere a chiave, la contenzione fisica, la contenzione chimica, l'obbligatorietà dei trattamenti sanitari*), che rispetta il consenso consapevole e informato, che considera i farmaci uno strumento condiviso per controllare dei sintomi e non l'oggetto stesso della terapia, che si basa su un rapporto di reciproca fiducia, che rispetta la dignità umana e di cittadino del paziente, ebbene un cosiffatto rapporto terapeutico produce degli effetti che si possono definire, a seconda dei punti di vista, del tutto straordinari o logicamente conseguenti.

Quando nel rapporto terapeutico psichiatra ospedaliero-paziente questi principi non vengono tenuti nel giusto conto gli effetti, '*normalmente*', sono

- i pazienti psichiatrici sono fortemente scontenti delle terapie farmacologiche che sono costretti ad assumere; spesso fanno resistenza o cercano di rifiutarle;
- nei reparti ospedalieri il clima non è sereno, per la tensione creata dalla imposizione delle terapie farmacologiche e dalla paura di possibili ritorsioni da parte degli operatori;
- alla fine del ricovero in SPDC il conflitto presente in reparto si trasferisce all'interno della famiglia, dove i familiari sono investiti a loro volta, del ruolo improprio di infermieri-guardiani vicari, perennemente intenti a controllare se vengono assunte fino in fondo le pozioni, le pillole, le gocce degli psicofarmaci;
- qualche volta, quando in queste sfortunate case, trasformate in una tragica parodia di mini reparti psichiatrici coercitivi, la tensione sale troppo, allora sono gli stessi familiari che si attivano affinché intervenga dentro la casa stessa la forza pubblica ad afferrare con la forza fisica il paziente reprobato per trascinarlo in reparto contro la sua volontà.

Gli effetti di un simile, purtroppo diffuso, rapporto terapeutico con i pazienti rendono la vita difficile per molti pazienti e familiari, la privano di serenità, di senso e di speranza.

Ma non è affatto detto che questa strada non possa e non debba avere alternative.

Nella prima parte di questa lettera aperta abbiamo già avuto modo di parlare dei pazienti della D.ssa Calchi e dei loro parenti e della loro riacquistata serenità. Serenità che naturalmente stanno perdendo o hanno di nuovo perso per via della perdita di contatto con la dottoressa, a causa del feroce *mobbing* contro di lei e delle sospensioni decise dall'UPD.

Oltre che da parte dei pazienti e dei familiari che hanno firmato la lettera in sostegno della D.ssa Calchi, anche da vari operatori di Olinda, l'organizzazione che allestisce attività culturali, sociali, di lavoro in una porzione dell'ex manicomio Paolo Pini, abbiamo sentito dire più volte convinti che *"la D.ssa Calchi è la migliore psichiatra del DSM"*.

Allora chiediamo a voi: qual è il senso di questa grottesca persecuzione da parte dell'UPD di Niguarda?

Milano 22 marzo 2011

Telefono Viola di Milano

Intervento scritto dalla D.ssa Nicoletta Calchi per il seminario
"Contenzione perché, per chi, fino a quando ...?"

EUTANASIA DI UNA PASSIONE

Buongiorno a tutti, sono la dr. Calchi e ringrazio Giorgio Pompa di farmi da tramite in questa sessione.

So di non essere stata invitata, ma l'argomento di cui si parla oggi è intimamente correlato anche alla sorte di molti operatori del settore che, opponendosi eticamente all'attuale metodo di **fare psichiatria**, spesso si trovano demansionati o dequalificati, oppure obbligati ad andarsene via.

Io sono la sola che ha il coraggio di dire la verità, ma credetemi, dietro di me sono tanti i colleghi medici e paramedici stanchi del clima disumano che esiste nel Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda,

Da 20 anni lavoro presso l'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda, sempre con passione e dedizione.

So che tra il pubblico ci sono personaggi potenti politicamente che da giugno mi impediscono di lavorare, promulgando procedimenti disciplinari a mio carico senza senso, con condanne senza prove, insulti e diffamazioni a carico della mia persona.

E della mia professione.

Bene a questi signori vorrei solo dire poche cose.

1) Nel Dipartimento sono l'unico medico psichiatra che ha avuto la forza e il coraggio di sottoporsi ad un'analisi personale iniziata e conclusasi in un periodo di tempo di 22 anni.

Nessuno dei colleghi, dai vertici alla base, ha una qualifica tale.

Questo significa la grande **pericolosità** insita in persone che non depurate dalle loro scorie colpiscono gli altri con la loro arroganza e onnipotenza.

"Se il conscio è confuso, l'inconscio vede benissimo" (Jaspers)

Ho respirato aria di superpotenza da parte dei colleghi... ho sentito ingiuriare i sofferenti mistificando il tutto con pseudo diagnosi.

Ho visto colleghi psichiatri ergersi ad educatori anziché a condivisorii della sofferenza umana.

Mi e vi chiedo: come è possibile che chiunque, dico chiunque, possa un giorno svegliarsi e decidere di occuparsi della sofferenza altrui se prima non ha fatto i conti con se stesso e con le proprie parti d'ombra?

2) Ho visto eseguire contenzioni drammatiche ove il sadismo degli operatori sanitari era sovrano...pazienti che perdevano sangue dalla bocca, occhi che roteavano... gambe di infermieri appoggiate con forza alla gola...scene sovrumane e, per certi aspetti, ingiustificate.

Sapete è più facile **legare** che **parlare** con il paziente.

Io che ho sempre amato la sofferenza umana come momento di crescita personale e di arte per poter tentare di migliorare la vita del paziente, sono stata accusata delle peggiori cose dai miei colleghi e dai miei capi.

Collusione, saffismo, manipolazione, malata di paranoia... e altro ancora...

Non è stato facile vivere costantemente la delusione e la coscienza della difficoltà alla relazione non con i pazienti, ma con i colleghi...

Rendersi conto che i sentimenti più umani arcaici sono presenti in coloro che dovrebbero alleviare la sofferenza umana.

A molti pazienti è stato negata la facoltà di ricorrere all'articolo 32 .

Ho assistito a stesure di TSO illegali completamente: ne ricordo uno in particolare e riguardava lo sgombero dell'appartamento della paziente degente dai suoi cani...un vero motivo per porre la paziente in TSO, paziente pure affetta da una gravissima patologia neoplastica in atto.

Ho assistito allo scardinamento di vite umane... a furti di sogni.. ad abrogazione di progetti personali...ho sentito, a tratti, la paura di essere come i miei colleghi.

Ho assistito alla disumanizzazione del paziente psichiatrico e al ritorno, pur con formule diverse, dell'istituzione manicomiale.

Ho assistito al sequestro di una giovane donna che è stata poi reimpatriata al suo paese,e da allora, la ragazza è stata cancellata dall'anagrafe del suo paese...lì usa così... e i capi lo sapevano...

Ho visto applicare protocolli farmacologici senza senso, come se la sofferenza umana potesse essere solo schematicamente biochimica... quante pillole per la felicità potremmo vendere!!!

Ho visto interrompere la continuità terapeutica con il paziente ed interrompere il rapporto fiduciario che lo teneva in compenso con ricadute drammatiche.

Ho assistito alla rimozione di un collega esperto di rischio clinico per il solo fatto che aveva osato segnalare la verità ...

Ho visto indifferenza quando un paziente si è impiccato in degenza...la notte di pasquetta...

Ho assistito impotente al demansionamento di un validissimo operatore sanitario che oggi dopo un numero cospicuo di procedimenti disciplinari, con accuse immonde e nefande, fa il portiere...

Non è solo il problema della contenzione credetemi...la contenzione è lo specchio della non definizione della **mission** di essere psichiatri.

In questo tempo si **fa la psichiatria, non si E' Psichiatri.**

E questo è un concetto gravissimo, causa di tutto ciò che accade all'interno del dipartimento di Niguarda.

Vi prego di fare qualcosa per cambiare lo stato delle cose...devono cambiare gli psichiatri... devono essere persone dotate di anima e di spessore...con formazione specifica e curriculum di conoscenza empatica...

Mi chiedo...i miei colleghi mi hanno condannato perché diversa da loro e mi hanno fatto un male profondo e, per certi aspetti, insuperabile...

Pensate gli stessi che cosa possono fare con i pazienti...

Grazie di avermi ascoltato.

Milano 3 febbraio 2011

dr. Nicoletta Calchi

