

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**Il Ruolo dell'Infermiere
nell'Assistenza ai Pazienti Psichiatrici in Carcere e R.E.M.S.:
Sfide ed Opportunità della Riabilitazione in Misura Detentiva.
Ricerca e Revisione di Letteratura**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureando: Zanon Ketty

Matricola: 2052910

Anno accademico: 2023/2024



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**Il Ruolo dell'Infermiere
nell'Assistenza ai Pazienti Psichiatrici in Carcere e R.E.M.S.:
Sfide ed Opportunità della Riabilitazione in Misura Detentiva.
Ricerca e Revisione di Letteratura**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureando: Zanon Ketty

Matricola: 2052910

Anno accademico: 2023/2024

RIASSUNTO

Introduzione – Nell'ultimo decennio la tutela della salute mentale nel campo della psichiatria forense ha attraversato un importante cambiamento applicando il principio di deistituzionalizzazione e perseguendo un percorso di cura orientato alla riabilitazione del paziente psichiatrico autore di reato. Le sfide più rilevanti, nello stesso percorso, sono rappresentate dalle fasi di scompenso della malattia, momenti nei quali il paziente può presentare la tendenza alla commissione di illeciti e ad agiti violenti.

Scopo – Gli obiettivi della ricerca sono quelli di analizzare il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente psichiatrico autore di reato e di individuare le tecniche di maggiore efficacia utili a bilanciare la promozione della salute mentale e la gestione dei comportamenti aggressivi, nonché definire il ruolo infermieristico nella cura e nella riabilitazione dei pazienti.

Materiale e metodi – La ricerca è stata condotta da giugno a ottobre 2024. Il quesito di ricerca è stato formulato utilizzando la strategia PIO (Paziente - Intervento - Outcome). Per reperire gli articoli maggiormente attinenti al quesito di ricerca, sono state utilizzate Banche Dati (PubMed, ScienceDirect, Wiley Online Library) e sitografie.

Discussione e risultati – Sono emersi risultati significativi attinenti alla gestione degli stadi iniziali di scompenso nei quali le competenze infermieristiche, relative alle tecniche di de-escalation, alla costruzione della relazione terapeutica e all'adozione di scale di valutazione del rischio di violenza, possono permettere di fornire supporto per perseguire il reinserimento societario. Queste pratiche possono contribuire a ridurre il ricorso alle pratiche coercitive in una percentuale compresa tra il 27% e il 41%.

Conclusione – L'efficacia degli interventi dipende dalla preparazione e dall'esperienza del professionista, dalla qualità della relazione terapeutica e dalle risorse disponibili. Queste tecniche sono più efficaci se applicate

precocemente durante i primi segni di agitazione o disagio emotivo. Nonostante i risultati positivi si continua a fare largo uso di pratiche coercitive, evidenziando la necessità di sensibilizzazione e formazione adeguata per il personale.

Parole chiave – psichiatria giudiziaria; assistenza infermieristica; tecniche coercitive; tecniche alternative alla coercizione; tecniche di de-escalation; REMS; carcere; paziente psichiatrico autore di reato

ABSTRACT

Introduction – In the last decade, the protection of mental health in the field of forensic psychiatry has undergone significant change, applying the principle of deinstitutionalization and pursuing a care path aimed at the rehabilitation of the psychiatric patient who has committed a crime. The most relevant challenges along this path are represented by the phases of the disease's decompensation, during which the patient may exhibit tendencies toward committing offenses and engaging in violent acts.

Objective – The objectives of the research are to analyze the therapeutic-rehabilitative path of the psychiatric patient who has committed a crime, and to identify the most effective techniques useful for balancing the promotion of mental health and the management of aggressive behaviors, as well as to define the nursing role in the care and rehabilitation of patients.

Materials and Methods – The research was conducted from June to October 2024. The research question was formulated using the PICO strategy (Patient - Intervention - Outcome). To gather the most relevant articles for the research question, databases (PubMed, ScienceDirect, Wiley Online Library) and websites were used.

Discussion and Results – Significant results emerged regarding the management of the early stages of decompensation, where nursing skills related to de-escalation techniques, building the therapeutic relationship, and using violence risk assessment scales can provide support for pursuing societal reintegration. These practices have contributed to a reduction in the use of coercive measures by between 27% and 41%.

Conclusion – The effectiveness of interventions depends on the professional's preparation and experience, the quality of the therapeutic relationship, and the available resources. These techniques are more effective when applied early, during the first signs of agitation or emotional distress.

Despite the positive results, coercive practices continue to be widely used, highlighting the need for awareness and adequate training for staff.

Keywords – Forensic psychiatry; nursing care; coercive techniques; alternative techniques to coercion; de-escalation techniques; REMS; prison; forensic psychiatric patient.

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	Pag.	3
CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA	Pag.	5
1.1 Problema	“	5
1.2 Scopo	“	5
1.3 Quesito di ricerca	“	5
CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA	Pag.	7
2.1 Materiali e metodi	“	7
2.1.2 <i>Criteri di selezione del materiale</i>	“	8
2.2 La psichiatria giudiziaria: la chiusura degli OPG e l'apertura delle REMS	“	9
2.3 I pazienti psichiatrici autori di reato: chi sono i pazienti delle REMS	“	12
2.4 La farmacoterapia	“	13
2.5 La riabilitazione, tra malattia e giustizia	“	14
2.6 La coercizione	“	16
2.6.1 L'isolamento	“	17
2.6.2 <i>La contenzione fisica</i>	“	19
2.6.3 <i>La sedazione</i>	“	19
2.6.4 <i>Tecniche alternative alla coercizione</i>	“	20
2.7 Il ruolo dell'infermiere	“	21
2.7.1 <i>Gestione della salute fisica e psicologica</i>	“	22
2.7.2 <i>Monitoraggio e gestione farmaci</i>	“	22
2.7.3 <i>Interventi di de-escalation</i>	“	23
2.7.4 <i>Sostegno psicologico e relazionale</i>	“	23
2.7.5 <i>Collaborazione interdisciplinare</i>	“	23
2.7.6 <i>Gestione della sicurezza e prevenzione dei rischi</i>	“	24
2.7.7 <i>Educazione e attività riabilitative</i>	“	24

2.7.8 <i>Supporto alla famiglia e cura del contesto sociale</i>	“	24
2.7.9 <i>Etica e deontologia professionale</i>	“	25
2.8 La relazione terapeutica	“	25
2.8.1 <i>La relazione terapeutica nella pratica infermieristica</i>	“	26

CAPITOLO 3: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pag.	31
3.1 Discussione	“	31
3.2 Limiti della ricerca	“	36
3.3 Potenzialità della ricerca	“	37
3.4 Conclusione	“	37

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella di schedatura degli articoli

INTRODUZIONE

La tutela della salute psichica e fisica della persona è un principio cardine della difesa dei diritti fondamentali della persona. (1) Nell'ultimo decennio l'Italia si è fatta portavoce di un importante cambiamento e tuttora rappresenta il primo ed unico Paese al mondo ad aver abbandonato il modello ospedaliero di psichiatria forense attuando i principi di de-istituzionalizzazione, con un radicale cambio di pensiero relativamente ai pazienti psichiatrici autori di reato: la cura e la riabilitazione anziché la pura istituzionalizzazione e detenzione. Sono stati dismessi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS); la differenza sostanziale è la nuova presa in carico del paziente autore di reato, ora di totale competenza sanitaria. (2)

Secondo un recente studio che ha analizzato i 730 pazienti in cura presso le REMS italiane, è emerso che il 60% ha una diagnosi di schizofrenia mentre il 32% è affetto da disturbo di personalità. Mediamente, i pazienti delle REMS sono in grande maggioranza maschi, di età compresa tra i 30 e i 40 anni, non sposati e con un grado di istruzione medio-bassa. In riferimento ai reati commessi, risulta che la quasi totalità è rappresentata da agiti violenti verso terzi. Il quadro generale del paziente psichiatrico autore di reato, quindi, risulta essere complesso, composto da pazienti con un'elevata pericolosità sociale che necessitano di cura e riabilitazione. (3)

La terapia di prima linea risulta essere quella farmacologica, costituita soprattutto da antipsicotici. L'utilizzo di questa categoria di farmaci permette la riduzione dei sintomi di malattia e, di conseguenza, facilita nella persona la consapevolezza del proprio stato di malattia che risulta essere, di fatto, il primo passo verso un percorso di riabilitazione.

Questo prevede un approccio psicoterapico, oltre che farmacologico, finalizzato alla comprensione del proprio stato di malattia e all'individuazione di strategie che portino la persona ad un adeguato funzionamento psicosociale. Per poter garantire al paziente un progetto di riabilitazione

efficace, con un soddisfacente reinserimento nel tessuto sociale, è essenziale che la presa in carico del paziente prosegua anche a livello ambulatoriale. (4)

Il ruolo dell'infermiere è fondamentale sia nell'aspetto terapeutico che in quello riabilitativo del percorso di cura. Oltre a contribuire al soddisfacimento di bisogni di salute fisica, psicologica e relazionale del paziente, supportare le attività educative a questo indirizzate, il professionista funge da mediatore nella realizzazione di una visione d'insieme che ogni membro dell'équipe curante porta rispetto al paziente. (5) Proprio per le caratteristiche del setting di lavoro, oltre che per le sue competenze, l'infermiere collabora attivamente nella costruzione della relazione terapeutica con l'utente: un rapporto basato sulla reciproca fiducia che gli permette un aggancio preferenziale rispetto ad altri componenti dell'équipe e con il quale spesso riesce ad intervenire, in modo preventivo, nelle crisi di agitazioni del paziente impedendo che possano sfociare in escalation emotive culminanti in agiti violenti.

In tal caso gli scompensi emotivi del paziente psichiatrico autore di reato possono esitare in interventi di contenzione che, oltre ad essere fortemente discussi a livello etico, non sono privi di rischi per lo stesso e per i professionisti che le applicano.

In mancanza di linee guida internazionali che regolamentino l'uso delle coercizioni in modo univoco, vi sono evidenze che debbano essere utilizzate come *extrema ratio*, quando nessun altro intervento abbia avuto effetto. (6)

L'utilizzo di strumenti validati, quali scale di rilevazione del rischio di violenza e tecniche di abbassamento dello stato di eccitazione del paziente, possono costituire un valido supporto per prevenire e limitare l'uso delle pratiche coercitive.

L'infermiere, con l'utilizzo di questi strumenti, unitamente alla relazione terapeutica, diventa una figura chiave e determinante per il benessere del paziente psichiatrico autore di reato, soprattutto in una visione di riabilitazione e prevenzione delle ricadute di malattia.

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

Il paziente psichiatrico autore di reato rappresenta una categoria di utenza con esigenze specifiche del contesto della salute mentale gravate, però, dalla commissione di illeciti, quasi sempre di natura violenta, che rendono necessario il ricorso alla giustizia penale. Il rischio di recidive di comportamenti violenti, determinanti nuovi illeciti e ricadute nel percorso terapeutico, è fortemente impattante sul percorso di cura e riabilitazione del paziente.

1.2 Scopo

Gli obiettivi della ricerca sono quelli di analizzare la gestione del percorso terapeutico del paziente psichiatrico autore di reato sottoposto a misure di sicurezza, individuare le tecniche di maggiore efficacia finalizzate al bilanciamento della promozione della salute mentale e della gestione dei comportamenti aggressivi, oltre a definire il ruolo infermieristico nel percorso di cura e riabilitazione di questa tipologia di pazienti.

1.3 Quesito di ricerca

Lo studio è stato sviluppato a partire dalla formulazione del quesito di ricerca utilizzando la metodologia PIO (Paziente - Intervento - Outcome) come descritto nella seguente tabella (*Tabella I - Paziente, Intervento, Outcome*):

Tabella I - Paziente, Intervento, Outcome

Paziente	Paziente psichiatrico autore di reato sottoposta a misure di sicurezza
Intervento	Interventi infermieristici negli agiti aggressivi e nel processo di riabilitazione
Outcome	Miglioramento degli esiti assistenziali nella gestione degli agiti aggressivi e nel processo di cura e riabilitazione

Per la definizione dello stesso, sono stati indagati principalmente i seguenti quesiti:

- Qual è il ruolo dell'infermiere nell'assistenza del paziente psichiatrico autore di reato in misura detentiva?
- Quali strategie assistenziali possono essere utilizzate per migliorare gli esiti dell'assistenza infermieristica?

CAPITOLO 2

REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1. Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta da giugno a ottobre 2024. Dagli risultati delle stringhe di ricerca elencate successivamente in tabella (*Tabella II - Stringhe di Ricerca*), definite da termini MeSH e termini liberi collegati da booleani quali “AND”, “OR” e “NOT”, sono stati selezionati 46 articoli di maggiore pertinenza per la stesura della tesi, di cui 34 utilizzati per la stesura dell’elaborato, integrati da 10 articoli reperiti on line, per un totale finale di 44 articoli.

Tabella II - Stringhe di Ricerca

Database	Stringa di Ricerca	Risultati	Accettati	Esclusi
PubMed	(((((psychiatric patient) AND (nursing)) AND (prison)) OR (jail)) AND (psychiatric patient in jail)) NOT (elder patient)	31	9	22
PubMed	((((((((psychiatric patient) AND (jail)) AND (prison sentence)) AND (pharmacological sedation)) AND (emotional restraint)) OR (pharmacological restraint)) OR (emotional restraint)) NOT (elderly patient)	233	9	224
PubMed	(((((mental health) OR (psychiatry)) AND (psychiatric patients)) AND (pharmacological restraint)) AND (non pharmacological restraint)) AND (nursing)	8	3	5
PubMed	((rems) AND (italy)) AND (psychiatry)	25	7	18
PubMed	(psychiatric patient) AND (violence)	169	13	156
PubMed	((non technical skills) AND (nurse)) AND (psychiatry)	154	5	149
Totale		620	46	574

. Le Banche Dati maggiormente utilizzate per reperire la bibliografia utilizzata sono state PubMed, ScienceDirect e Wiley Online Library, attraverso il servizio di Auth-Proxy fornito dall'Università degli Studi di Padova, ma a questa sono stati aggiunti anche contenuti reperiti da siti di rilevanza nazionale. I principali articoli utilizzati per la revisione della letteratura sono schematizzati nell'allegato 1 (Allegato 1 - Tabella di schedatura degli articoli).

2.1.2 Criteri di selezione del materiale

Sono stati applicati dei criteri di inclusione per permettere la selezione di articoli maggiormente pertinenti allo scopo di ricerca. Non sono state applicate restrizioni di lingua in nessuna stringa di ricerca: sono quindi stati estratti articoli in lingua italiana, inglese, francese e tedesca. In una prima fase sono stati analizzati gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni (2014 - 2024) mentre, successivamente, non sono stati utilizzati criteri di restrizione temporale. Ciò ha permesso di individuare e selezionare alcuni articoli pubblicati precedentemente al 2014 ma, tuttavia, ritenuti particolarmente interessanti e attinenti allo scopo di ricerca. Sono stati inclusi studi riguardanti campioni di popolazione senza distinzione di genere; non sono stati applicati filtri relativi alla provenienza geografica. Sono stati esclusi, in tutte le ricerche, studi organizzati su popolazioni di età superiore ai 65 anni o che trattassero disturbi ad insorgenza tardiva quali Alzheimer e demenza.

Come riportato nell'immagine (*Figura 1 - Diagramma per la selezione della letteratura*), sono stati estratti inizialmente, tramite la ricerca nella Banca Dati PubMed, 620 articoli grazie a 6 stringhe di ricerca, dei quali 574 scartati per non specifica attinenza al quesito di ricerca dopo la lettura del titolo e dell'abstract. 46 articoli invece sono risultati attinenti per una lettura approfondita; 12 articoli sono stati ulteriormente esclusi dopo la lettura full text perché non rispondenti ai criteri di ricerca o perché riconosciuti duplicati di documenti già selezionati in precedenza. Ai 34 articoli reperiti tramite PubMed sono stati aggiunti altri 10 articoli individuati tramite le Banche Dati Wiley Online Library e ScienceDirect, per un totale definitivo di 44 pubblicazioni ammesse alla revisione.

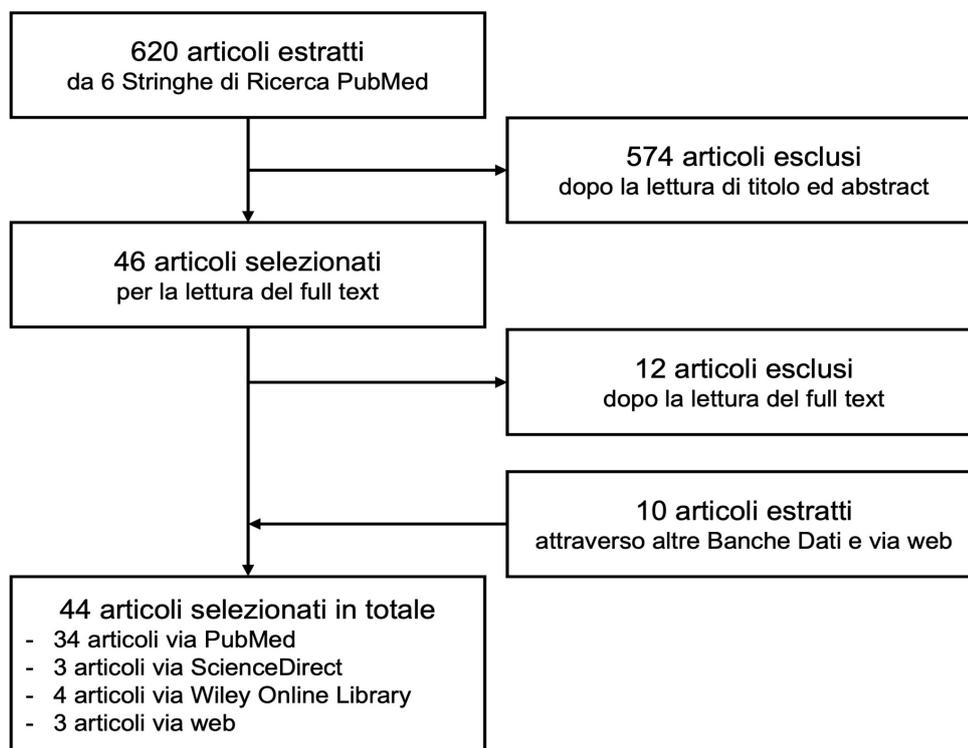


Figura 1 - Diagramma per la selezione della letteratura

2.2 La Psichiatria Giudiziaria: la chiusura degli OPG e l'apertura delle REMS

La tutela della salute psichica e fisica della persona è un principio cardine della difesa dei diritti fondamentali dell'individuo: un diritto che deve essere preservato e riservato anche alla popolazione detenuta e una sfida non priva di complessità. (7) Nell'ultimo decennio l'Italia si è fatta portavoce di un importante cambiamento, primo e unico Paese al mondo ad aver abbandonato il modello ospedaliero di psichiatria forense ed aver attuato i principi di de-istituzionalizzazione, attuando un radicale cambio di pensiero e di gestione del paziente psichiatrico autore di reato: la cura e la riabilitazione anziché la pura istituzionalizzazione e detenzione. (2)

Il primo manicomio in Italia fu aperto nel 1876: si trattava di un ambiente militarizzato, gestito da personale di sicurezza piuttosto che da personale clinico. L'unico criterio di ammissione era la certificata pericolosità sociale, quindi contava molto di più la sicurezza della società a discapito dell'intento di

cura. Durante il fascismo, invece, ci fu una prima differenziazione: venne riconosciuta l'intenzionalità (o la mancanza della suddetta) al momento della commissione del reato: la persona rea poteva quindi completare il classico processo, con relativa condanna e detenzione ma se questa avesse denotato mancanza di capacità di intendere e volere, sarebbe stata ricoverata presso le strutture psichiatriche.

I manicomi, che manterranno questa denominazione fino al 1978 per poi trasformarsi in OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) grazie alla Legge 180 - altresì nota come "Legge Basaglia" - non furono interessati dai moti anti-manicomiali degli anni 70' e 80' che portarono alla chiusura degli OPG, in quanto di competenza dal Ministero della Giustizia. All'epoca la componente sanitaria era marginale, prevaleva numericamente il personale giudiziario, la presa in carico degli "internati" era prevalentemente alla detenzione. I progetti di cura, quasi totalmente assenti, avevano dato vita ad un fenomeno noto come "Ergastoli Bianchi" ovvero all'internamento a vita di persone ritenute socialmente pericolose. (2,8)

Un importante cambiamento è stato realizzato nel 2008 quando grazie ad un atto legislativo (il DPCM 01.04.2008) sono stati incorporati i servizi psichiatrici forensi nel SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e destituiti dal Ministero della Giustizia. Il passaggio seguente sarebbe stato la de-istituzionalizzazione degli OPG a favore delle nascenti REMS, ovvero strutture dotate di misure di sicurezza ma incentrate sulla cura e sulla riabilitazione psichiatrica. Il 28 gennaio 2017 con la dismissione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, l'Italia è diventata ufficialmente la prima nazione a chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari. (9)

L'approccio al paziente psichiatrico autore di reato cambia in modo sostanziale: dal semplice allontanamento dalla società, si passa ad un approccio di carattere riabilitativo, finalizzato al recupero sociale, tramite un percorso con tempistiche ben definite ed un progetto personalizzato. (3,10)

Il ricovero è previsto per autori di reato assolti per infermità mentale solo quando ogni misura diversa è stata ritenuta non è idonea ad assicurare cure adeguate per far fronte alla pericolosità sociale. Vi è inoltre l'obbligo per il

giudice di motivare la scelta di applicare una misura detentiva ed accertare la sussistenza di tre presupposti: la possibilità che la persona sospenda autonomamente le cure e che questa sospensione determini stati di scompenso di malattia dalla quale possano scaturire agiti tali da determinare fatti di reato. (7)

In Italia esistono attualmente 31 REMS per un totale di 760 posti letto (contro i 1300 posti disponibili in precedenza negli OPG), la gestione delle strutture è di competenza regionale (Sistema Sanitario Regionale), per questo è prevista l'accoglienza dei pazienti provenienti dal proprio territorio. Ogni struttura è assoggettata a standard ben definiti: la capienza massima è di 20 posti letto (possono esistere più moduli distinti, come riscontrabile, per esempio, nella REMS a Castiglione delle Stiviere in Lombardia e nella REMS di Nogara, in Veneto), deve impiegare esclusivamente personale sanitario e per ogni inserimento deve essere redatto un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI) ovvero uno strumento con la quale viene definito un progetto di riabilitazione *ad personam*, che deve essere inoltrato al DSM (Distretto Salute Mentale) di competenza. (11) Il ricovero in REMS deve essere considerato come misura transitoria: le prese in carico delle strutture non superano mai la durata massima della pena edittale del soggetto, le persone non più socialmente pericolose vengono dimesse in favore di percorsi di recupero in strutture riabilitative di carattere non detentivo o al proprio domicilio, conservando in entrambi i casi la presa in carico del DSM di competenza. (12)

La riduzione delle accoglienze disponibili, la redazione del PTRI, la presa in carico del DSM e l'impiego di personale di competenza esclusivamente sanitaria risultano essere gli elementi maggiormente significativi che distinguono l'attuale dalla precedente gestione OPG, con la quale si cerca comunque di preservare il principio della misura di sicurezza intesa come *extrema ratio* e di evitare il perpetuarsi di "ergastoli bianchi" scoraggiando l'invio, anche in via provvisoria, di inserimenti incongrui, favorendo inoltre una visione del paziente come tale, non più un mero elemento di pericolo da allontanare dalla comunità. (2) Inoltre, le misure di

sicurezza sono di tipo passivo (chiusura delle porte, perimetro recintato e video sorveglianza tramite telecamere a circuito chiuso), (9) i pazienti ricoverati possono uscire dalla struttura solo previa autorizzazione (su richiesta dell'interessato) del magistrato, eventualità abbastanza comune in considerazione del fatto che ai pazienti ritenuti idonei vengono concessi permessi con accompagnamento, al fine di favorirne il reinserimento in società. (2)

2.3 I pazienti psichiatrici autori di reato: chi sono i pazienti delle REMS

In Italia, una persona affetta da disturbo mentale che commette un reato riceve un'ordinanza di custodia cautelare e sconta il periodo di ricovero in una REMS. (11) In un recente studio che aveva analizzato i 730 pazienti in cura presso le REMS italiane, è emerso che il 60% era diagnosticato come schizofrenico, il 32% invece erano i pazienti con disturbo di personalità. Questi ultimi avevano maggior prevalenza di comorbidità con l'abuso di sostanze. (13)

Per quanto concerne le caratteristiche socio-demografiche, i pazienti della REMS sono in grande maggioranza maschi, di età compresa tra i 30 e i 40 anni, non sposati, senza figli e con un grado di istruzione medio - basso (diploma di scuola secondaria). (14) In riferimento ai reati commessi, invece, è emerso che la maggioranza di questi è rappresentata da omicidio/tentato omicidio, seguito da lesioni personali/minacce/molestie; in misura lievemente minore ma comunque significativa, invece, la violenza domestica. Ne emerge un quadro complesso, composto da pazienti con un'elevata pericolosità sociale che necessitano di cura e riabilitazione. (3)

È presente una correlazione significativa tra violenza e schizofrenia (15) ma generalmente, le persone affette da disturbi mentali (compreso lo spettro schizofrenico) non adottano condotte violente, anzi risulta più probabile che siano vittime piuttosto che autori di violenza. (1) I pazienti psichiatrici diventano violenti e rischiano di incorrere in illeciti quando non seguono un regime riabilitativo terapeutico adeguato e quindi incorrono in una esacerbazione dei sintomi positivi della malattia e/o ad uno scompenso di questa: deliri paranoici,

allucinazioni possono causare una spirale di paura e rabbia, che sfocia quindi in agiti aggressivi. (17) È noto come la patologia influisca direttamente sulla volontà, sulla cognizione, sulle emozioni e sul modo di interagire con il mondo circostante (18) e metta la persona a rischio di condotte pericolose e distruttive.

Uno degli aspetti maggiormente problematici del paziente psichiatrico risulta essere la mancanza di aderenza ad un regime terapeutico la quale, la maggior parte delle volte, può essere imputabile ad una scarsa/nulla consapevolezza di malattia: senza consapevolezza, diventa assolutamente razionale rifiutare i trattamenti, indipendentemente da quanto evidente sia la necessità di cura da parte dei pazienti. Questo aspetto espone le persone non solo al ricorso alla violenza e alla commissione di illeciti, ma anche ad una prognosi peggiore e ad un tasso di ricadute maggiore. (19)

2.4 La farmacoterapia

La terapia farmacologica, più specificatamente la rapidità di inizio del trattamento farmacologico per i pazienti psichiatrici autori di reato è un fattore che può risultare fondamentale per la definizione dell'esito delle cure. Lo studio di S. E. Sikorsky et al. (20) per esempio, ha rilevato una correlazione positiva tra i pazienti che hanno iniziato precocemente a seguire un regime farmacologico e la loro risposta in termini di compenso di malattia e probabilità di riabilitazione; al contrario, pazienti che hanno iniziato tardivamente a seguire un regime terapeutico hanno ottenuto risultati meno soddisfacenti.

Per quanto sopra è possibile affermare che un inizio precoce può ridurre il rischio di agiti violenti e di reiterazione di comportamenti esitati in reato. (21)

Se nel contesto psichiatrico - forense la terapia maggiormente usata è quella antipsicotica, è anche vero che l'associazione tra più antipsicotici è frequente così come lo sono le prescrizioni ad alto dosaggio del farmaco che, seppur indispensabili, non sono esenti da rischi come la non aderenza da parte del paziente al regime terapeutico ed effetti collaterali potenzialmente pericolosi per la salute che per essere scongiurati necessitano di monitoraggio dei parametri ematici. (3)

Per garantire un'assunzione regolare dei farmaci prescritti, visto il considerevole rischio di non aderenza, sia in ambito forense che in quello riabilitativo e ambulatoriale, la tecnica maggiormente utilizzata è l'utilizzo di antipsicotici LAI (Long Acting Injectable, ovvero farmaci somministrati per via intramuscolare a lunga durata d'azione). Laddove invece sia maggiormente indicata un'assunzione del farmaco per via orale è fondamentale effettuare una determinazione della concentrazione plasmatica (sia per valutarne una adeguata assunzione ma anche per scongiurare effetti dannosi per la salute qualora la concentrazione si dimostrasse eccessiva o per rilevare i pazienti no-responder). (17)

Un'assunzione adeguata della terapia farmacologica è il primo passo verso la riabilitazione del paziente in quanto permette una considerevole riduzione dei sintomi di malattia e, di conseguenza, facilita nella persona la consapevolezza del proprio stato di malattia. (19)

2.5 La riabilitazione, tra malattia e giustizia

Il processo di cura di un paziente psichiatrico autore di reato è finalizzato alla graduale de-istituzionalizzazione e al reintegro nel tessuto sociale della comunità di origine. Un cambio di visione radicale rispetto ai precedenti interventi custodialistici, dovuto soprattutto ad una riforma istituzionale e, conseguentemente, alla differenza di presa in carico del paziente, non più finalizzata all'internamento. (1)

Per poter garantire al paziente un'efficace prosecuzione del progetto di riabilitazione, però, non è sufficiente limitarsi a garantire un buon percorso all'interno della struttura (5) perché la presa in carico deve necessariamente continuare anche nel territorio, (4) portando il paziente ad un'aderenza terapeutica continua, sia in termini di prosecuzione della farmacoterapia prescritta, sia in forma di gestione ambulatoriale con incontri di follow up e interventi psicoterapeutici. (22) L'aderenza alla farmacoterapia è essenziale per prevenire ricadute di malattia di entità tali da riportare il paziente in condotte criminose, pericolose per sé e per gli altri; (17) la terapia psicoterapeutica, invece, riveste notevole importanza per perseguire un reale

percorso di cura finalizzato alla comprensione del proprio stato di malattia ed all'individuazione di strategie che portino ad un adeguato funzionamento psicosociale (23) ed evitino o limitino i danni di rovinose ricadute di malattia. (19)

Per i pazienti psichiatrici autori di reato, infatti, una volta terminato il percorso forense è necessario un monitoraggio intensificato (rispetto ad altre tipologie di pazienti) a livello ambulatoriale in quanto i tassi di abbandono di cura sono maggiori e le ricadute di malattia nefaste. (24)

Una proficua prosecuzione rispetto al percorso di riabilitazione è tutt'altro che scontata, anche procedendo nella più fervente e zelante gestione del paziente da parte delle figure curanti: molto, in termini di riabilitazione, dipende dalla gravità dei sintomi di malattia, dall'insight del paziente rispetto alla propria condizione, dalla capacità che il paziente dimostra di poter attuare in termini di strategie di coping e pensiero critico. (13)

Nel re-inserimento diventano così importanti anche i contatti sociali: amici e familiari possono costituire tanto una risorsa quanto una difficoltà. È stato dimostrato (1) che non raramente le amicizie pregresse dei pazienti hanno valenza di istigazione alla violenza.

La maggior parte dei pazienti, però, non devono essere considerati criminali e la maggior parte dei criminali, comunque, non sono violenti. Quando, però, si verifica un caso di aggressione da parte di un paziente psichiatrico autore di reato, vi è una grande risonanza mediatica (1) che alimenta uno stereotipo purtroppo ben radicato nella società ovvero l'associazione della malattia psichiatrica alla criminalità e, di conseguenza, alla violenza. Questa premessa può pregiudicare, come fattore estrinseco che si somma alle molteplici difficoltà e variabili intrinseche, la buona riuscita di un progetto di riabilitazione. (15)

La mancanza di un adeguato supporto della persona in contesto societario è spesso associata a ricadute di malattia con ricorso ai servizi di emergenza se non addirittura alla giustizia penale. (19) Di rilevante importanza è il modello FACT (Forensic Assertive Community Treatment) di Rochester che consiste nella presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato da parte di

un'équipe multidisciplinare con competenze in ambito legale e con il compito di identificare e prevenire i fattori di rischio di nuovo coinvolgimento con la giustizia penale e promuovere la collaborazione tra salute mentale e giustizia al fine di proseguire efficacemente con la presa in carico del paziente a livello domiciliare. Il gruppo di pazienti seguiti da un'équipe esperta nel modello FACT ha dimostrato un tasso di ricoveri e coinvolgimenti penali nettamente inferiore rispetto al gruppo di controllo seguito da un'équipe esperta nell'esclusivo ambito della psichiatria. (24)

2.6 La coercizione

Per coercizione s'intende l'uso di interventi di confinamento, contenzione fisica o sedazione farmacologica messi in atto contro la volontà del paziente. Indipendentemente dal tipo di coercizione, queste misure limitano il movimento, l'autonomia e il diritto di autodeterminazione della persona alla quale sono applicate.

Queste procedure sono controverse perché da un lato si rivelano necessarie - come ultima risorsa laddove qualsiasi altro intervento fallisca - per evitare danni al paziente e/o alle persone che lo circondano quando un'escalation di agitazione psicomotoria sfoci in agiti autodiretti e/o etero aggressivi, dall'altro aprono un dibattito etico in quanto, annullando la volontà della persona, costituiscono una violazione dei diritti umani. (6)

Nonostante gli sforzi di ridurre le contenzioni con tecniche alternative (de-escalation verbale, riposo nella propria stanza, attività distraenti) il progetto multicentrico EUNOMIA, condotto in 12 Paesi Europei, ha evidenziato che le pratiche coercitive vengono utilizzate con una frequenza compresa tra il 21% e il 59% dei ricoveri non volontari e l'Italia risulta tra le Nazioni con uno dei tassi di frequenza più alti. (32)

In ogni caso le coercizioni sono soggette a leggi e regolamenti internazionali, europei e statali (33) e prevedono determinati criteri per essere applicate. Seppur la normativa in merito sia estremamente eterogenea e variabile da stato a stato, ove influisce anche il contesto socioculturale, (32) vi è un limite per la durata della misura coercitiva universalmente riconosciuta e

corrispondente alla remissione dello stato di pericolo di aggressione, ovvero il minor tempo possibile. (34)

Pur riguardando diversi ambiti sanitari, il tema della coercizione è particolarmente rilevante in psichiatria, dove è maggiormente probabile che i pazienti sperimentino uno scompensamento di malattia tale da pregiudicare la capacità di intendere e volere portandoli ad avere comportamenti aggressivi. (35) Tra le pratiche utilizzate, la contenzione meccanica è risultata, a giudizio dei pazienti, quella più traumatica e la reclusione quella più tollerata (sebbene risulti anche quella a maggior rischio di sviluppo di sindrome post traumatica da stress) (33) mentre diversi studi condotti in merito hanno mostrato esiti maggiormente favorevoli della contenzione meccanica rispetto all'isolamento. (36)

Nonostante le pratiche contemporanee nella salute mentale mirino a sostenere la cura e riabilitazione del paziente, (37) la coercizione attualmente viene ancora utilizzata, seppur come *extrema ratio*, in mancanza di pratiche altrettanto efficienti e meno rischiose. Un grande limite, per ridurre efficacemente il ricorso alle pratiche coercitive si trova nel comparto gestionale/economico della psichiatria: spesso viene riscontrata una carenza del personale che pregiudica un adeguato accesso alle cure dei pazienti. (5)

Ecco perché il personale può ritrovarsi costretto a scegliere i trattamenti da porre in essere sulla base delle risorse disponibili, che non sempre coincidono con le opzioni di scelta migliore: una sedazione forzata, piuttosto che una contenzione fisica, risulta essere più veloce da attuare rispetto ad un tentativo di de-escalation; (38) inoltre, una carenza di personale inficia in modo negativo la relazione terapeutica, sottraendo tempo dedicato alla comunicazione tra il personale e i pazienti. (6)

Le tipologie di contenzione usate nella pratica clinica e rappresentate nella letteratura sono l'isolamento, la contenzione meccanica e la sedazione.

2.6.1 Isolamento

La reclusione è il confinamento del paziente in un locale chiuso, ove viene negata la libera uscita, al fine di fornire contenimento, isolamento e

riduzione degli stimoli sensoriali. (35) Questa pratica non è priva di rischi per la persona che la vive: può impattare in modo significativo il vissuto del paziente rischiando di accentuare un trauma pregresso ed alimentando un eventuale sentimento d'abbandono, impotenza, umiliazione; vi è inoltre la possibilità che la persona recepisca il confinamento come una "punizione". (29) Questi effetti collaterali possono inficiare il progetto riabilitativo e terapeutico, allungando i tempi di cura (36) nonché minare il rapporto di fiducia costruito tra la persona e i curanti.

È stato dimostrato che, in seguito all'intervento di isolamento, i pazienti possono presentare segni e sintomi di disturbo post traumatico da stress, condizione riscontrata maggiormente nei pazienti con storia pregressa di abusi infantili e/o esperienze traumatiche pregresse. (33) Nella psichiatria forense, la percezione che il confinamento sia una pratica punitiva e possa avere risvolti traumatici è esacerbata dalla natura stessa del contesto, di carattere giudiziario e confinante per definizione anche se risulta essere più praticata rispetto alla psichiatria non forense. (23)

Nonostante l'associazione complessivamente negativa della reclusione, emerge dagli studi vagliati che alcuni pazienti possono trarre benefici dalla sua applicazione: viene riportato da testimonianze soggettive che l'isolamento induce alla riflessione, costituisce uno spazio riservato lontano da stimoli ritenuti angosciosi e/o minacciosi, aiuta a ritrovare uno stato di soggettiva calma.

I pazienti psichiatrici presi in carico da strutture forensi affermano di aver giovato dell'isolamento in maggior misura rispetto ai pazienti psichiatrici di strutture non forensi. (37) Questa totale differenza d'esperienza, che a tutti gli effetti risulta essere una antitesi, ha in realtà un elemento comune che influenza l'esperienza dell'utente: la relazione con il personale curante. In alcuni studi è emerso come i pazienti con una buona relazione con il personale, durante l'attuazione della pratica di reclusione, si siano sentiti accolti, sostenuti, non giudicati. Gli stessi hanno riportato di aver beneficiato dell'interazione terapeutica, di aver compreso meglio le intenzioni della prassi grazie ad un momento di de-briefing; (33) al contrario i pazienti che hanno

riportano un maggior vissuto di paura, rabbia ed umiliazione durante l'atto coercitivo hanno recepito l'atteggiamento del personale come indifferente alla loro condizione e abusante, oltre a essersi sentiti trascurati, (37) sensazioni che evidentemente denotano una mancanza di relazione terapeutica.

2.6.2 La contenzione fisica

In Italia viene definita contenzione fisica qualsiasi pratica volta a limitare i movimenti fisici della persona, ostacolandone la capacità di mobilitazione e deambulazione autonoma, indipendentemente dal dispositivo utilizzato. (38) L'utilizzo di tale pratica, come precedentemente illustrato, è destinato alla salvaguardia dell'incolumità della persona stessa e/o degli astanti in caso di agitazione psicomotoria. Si tratta di uno dei tipi più comuni di misure coercitive utilizzate (39) in tutto il mondo, sebbene il tasso di utilizzo, variabile di Nazione in Nazione, sia ampiamente influenzato da fattori ambientali e socioculturali. (38) La pratica non è priva di rischi: soprattutto quando attuata in modo inadeguato, può portare a lesioni, fratture, rischio di trombosi venosa profonda, oltre ad una esacerbazione dei traumi pregressi del paziente; per questo deve essere praticata quando qualsiasi altro intervento di natura non coercitiva abbia fallito, con continua sorveglianza e rivalutazione medica; (35) anche la contenzione fisica, al pari della reclusione, inficia negativamente i tempi di riabilitazione e cura, allungando il periodo di ricovero dei pazienti (36) ed è condizionata dalla relazione terapeutica: ove presente un buon aggancio relazionale con il paziente, gli effetti psicologici negativi della contenzione tendono ad affievolirsi. (39)

2.6.3 La sedazione

Nel contesto delle misure coercitive, la sedazione forzata consiste nella somministrazione contro la volontà del paziente di farmaci quali antipsicotici e sedativi (40) con l'obiettivo di salvaguardare l'incolumità del paziente e/o delle persone che lo circondano. L'uso della sedazione apre un forte dibattito all'interno della comunità scientifica, sul piano etico e morale (41) ma risulta essere ancora una delle pratiche più attuate nel campo della coercizione

(maggiormente rispetto alla contenzione fisica e alla reclusione) e non priva di rischi (grave reazione avversa al farmaco, eccessiva sedazione, rischio caduta). (40)

2.6.4 Tecniche alternative alla coercizione

Dagli studi emerge che la migliore strategia per evitare il ricorso alle tecniche coercitive è la prevenzione. Intercettare l'escalation dello stato di agitazione del paziente, fornire adeguata formazione al personale, incentivare la relazione terapeutica, utilizzare scale atte a misurare il rischio di violenza, creare un ambiente terapeutico sicuro e privo di eccessivi stimoli, stilare un programma di attività evidence based, rendere il paziente parte attiva e consapevole rispetto al proprio percorso di cura, risultano essere tutti interventi con comprovata efficacia.

La de-escalation è l'abilità di comunicare con il paziente aggressivo in modo da ridurre rabbia, paura ed angoscia. (34,41) Per questa tipologia d'intervento la formazione del personale (con contenuti relativi ad ascolto empatico, comunicazione assertiva, presenza consapevole, evitamento della provocazione, rispetto dello spazio del paziente, negoziazione, evitamento di un prolungato contatto visivo, regolazione del tono della voce) sia teorica che pratica, è stato dimostrato essere correlata ad una riduzione delle aggressioni eterodirette e, di conseguenza, del tasso di coercizioni. (29)

Lo stesso risultato sembra essere collegato alla formazione dei sanitari nell'assistenza specifica ai pazienti psichiatrici: personale inesperto nel settore, senza specifica formazione, risulta essere tendenzialmente meno propenso ad utilizzare metodi alternativi alla coercizione in quanto percepiti come scarsamente efficaci. (6)

Educare il personale ad usare scale di valutazione del rischio di violenza, in modo da poter predire e quindi intervenire tempestivamente in caso di scompenso aggressivo del paziente, può portare una riduzione del ricorso a misure contenitive che varia dal 27% al 41%; (32) di rilevante interesse infermieristico risulta essere la Broset Violence Checklist (BVC): (42) strumento standardizzato composto da 6 indicatori che valutano caratteristiche

e comportamenti della persona, con un punteggio minimo di 0 (minimo rischio di violenza) e un massimo di 6 (massimo rischio di violenza).

I pazienti che ottengono un risultato pari o maggiore a 2 punti dovrebbero essere rivalutati ogni 24 ore. L'uso della BVC ha ridotto il rischio di violenza del 45%. (32)

2.7 Il ruolo dell'infermiere

In un'ottica di lavoro in equipe multidisciplinare l'infermiere riveste un ruolo cruciale nell'assistenza ai pazienti con disturbi psichiatrici sottoposti a misure di sicurezza. La sua figura è fondamentale sia per il supporto sanitario che per la gestione del benessere psico-fisico dei pazienti, contribuendo in modo attivo alla loro stabilizzazione e recupero (5) soprattutto in un contesto quale la psichiatria forense. (25)

Attraverso una routine consolidata, dove l'infermiere monitora le condizioni fisiche del paziente, garantisce le terapie prescritte e, gestendo eventuali necessità mediche, riesce a garantire una vigilanza continua sullo stato di salute della persona. (26) La relazione quotidiana, fatta anche da momenti "formali" permette un monitoraggio emotivo e comportamentale dove l'infermiere svolge un ruolo importante nell'osservazione dei comportamenti dei pazienti, raccogliendo informazioni utili per la condivisione in equipe e la gestione. Queste osservazioni aiutano a comprendere l'evoluzione del trattamento e a individuare possibili segnali di crisi o di miglioramento. (27)

Durante le attività di assistenza quotidiana è possibile, infatti, cogliere segnali di potenziale allarme che permettono la messa in atto di strategie preventive (prima di arrivare alla contenzione) al fine di favorire una gestione non coercitiva dell'assistito.

Nondimeno l'infermiere può trovarsi a gestire episodi di crisi/malessere del paziente, intervenendo nelle situazioni di emergenza psicologica o comportamentale, mettendo in atto protocolli di de-escalation e, se necessario, con il supporto di farmaci o altre misure terapeutiche. (26)

In un contesto come quello della psichiatria forense, dove il trattamento psichiatrico è associato a un sistema di sicurezza, l'infermiere svolge anche

una funzione educativa, aiutando i pazienti a comprendere la natura e l'evoluzione dei propri disturbi e le modalità e il rationale del trattamento cui sono sottoposti.

Inoltre, offre supporto emotivo cercando di instaurare un rapporto di fiducia che faciliti il percorso di cura senza tralasciare il carattere giuridico della struttura, mantenendo l'equilibrio tra la mission curativa e riabilitativa (ovvero la gestione sanitaria del trattamento psichiatrico) e la necessità di sicurezza personale e dei pazienti. (25,28)

È corretto desumere, quindi, che l'infermiere dell'area psichiatrica e nei contesti forensi quali le REMS italiane, non si limita a un ruolo tecnico, ma è anche un importante membro del gruppo terapeutico, contribuendo alla cura globale del paziente con un approccio umano, competente e professionale.

Cercando di analizzare lo specifico professionale dell'infermiere che opera all'interno delle REMS è possibile individuare alcuni ambiti di intervento, sintetizzati nei contenuti riportati di seguito.

2.7.1. Gestione della salute fisica e psicologica

L'infermiere nelle REMS si occupa di garantire il benessere fisico dei pazienti, monitorando continuamente i segni vitali, l'assunzione dei farmaci e lo stato nutrizionale; riveste, inoltre, un ruolo di riferimento per l'assistenza psicologica. La comprensione delle dinamiche psicopatologiche dei pazienti è fondamentale per evitare episodi di crisi e per migliorare l'efficacia del trattamento psichiatrico. La sua osservazione attenta ai cambiamenti nel comportamento, nelle emozioni e nelle relazioni interpersonali è un contributo fondamentale per la diagnosi e la gestione terapeutica. (26)

2.7.2 Monitoraggio e gestione dei farmaci

Anche nei contesti giudiziari l'infermiere ha la responsabilità di somministrare correttamente i farmaci, di monitorarne gli effetti collaterali ed eventualmente di segnalarli tempestivamente. Inoltre, deve monitorare la rigorosa aderenza al piano terapeutico, nel rispetto delle prescrizioni mediche. Il personale infermieristico può, comunque, anche essere coinvolto nella

gestione della farmacoresistenza o delle problematiche legate agli effetti collaterali, in collaborazione con gli psichiatri. (17)

2.7.3 Interventi di de-escalation

La gestione delle crisi comportamentali è un aspetto cruciale del lavoro dell'infermiere nelle REMS. Quando si verificano episodi di agitazione, aggressività o altre manifestazioni di disturbi psicotici, l'infermiere deve essere preparato a intervenire con tecniche di de-escalation verbale e comportamentale, per evitare il ricorso alla contenzione fisica, che deve costituire sempre l'ultima risorsa. La formazione nelle tecniche di gestione delle crisi è quindi fondamentale per garantire sia la sicurezza del paziente che quella del personale. (29)

2.7.4 Sostegno psicologico e relazionale

Il personale infermieristico all'interno dei contesti giudiziari svolge anche un importante e primario ruolo educativo e di supporto relazionale per i pazienti che vengono inseriti in queste strutture e che si trovano ad affrontare difficoltà enormi legate alla loro condizione mentale e all'esperienza di essere sottoposti a misure di sicurezza.

L'infermiere diventa così un punto di riferimento quotidiano che offre supporto emotivo, ascolto attivo e incoraggiamento, contribuendo al rafforzamento dell'autostima del paziente. Soprattutto, si occupa di stimolare la cooperazione e l'autocontrollo nei pazienti, aiutandoli a comprendere la propria condizione psicologica e i passi necessari per il recupero. (30)

2.7.5 Collaborazione interdisciplinare

Parte integrante di un gruppo terapeutico che include anche psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori e altri professionisti sanitari, il compito dell'Infermiere è quello di collaborare attivamente con le diverse figure professionali, contribuendo con le sue osservazioni cliniche e il suo lavoro sul campo alla definizione di un piano terapeutico personalizzato.

Ogni membro del gruppo apporta una visione diversa e complementare, ma l'infermiere è spesso la figura che "tiene insieme" i vari aspetti del trattamento quotidiano, fungendo da mediatore tra le varie competenze professionali. (5)

2.7.6 Gestione della sicurezza e prevenzione dei rischi

Le REMS sono strutture in cui la sicurezza dei pazienti e del personale è fondamentale; sebbene l'infermiere non abbia il ruolo di agente di sicurezza, la sua quotidiana attività di assistenza e la sua capacità di riconoscere segni di potenziale rischio sono determinanti per garantirla. Deve, infatti, essere consapevole delle dinamiche relazionali tra i pazienti, in quanto eventuali conflitti o situazioni di tensione possono evolvere in comportamenti aggressivi. È quindi fondamentale che l'infermiere conosca bene le tecniche di sicurezza, le procedure di emergenza e sappia come attivare un piano di contenimento non violento quando necessario. (25)

2.7.7 Educazione e attività riabilitative

Allo stesso modo, nelle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza l'infermiere partecipa anche all'attività riabilitativa, la quale può comprendere percorsi educativi, laboratori terapeutici, attività fisiche e di socializzazione. Questi interventi hanno l'obiettivo di favorire la socializzazione dei pazienti, il miglioramento delle loro competenze di coping e l'autosufficienza. È spesso coinvolto nel supporto alla gestione quotidiana dei pazienti, aiutandoli ad imparare a prendere decisioni autonome e rinforzare il loro impegno nel percorso terapeutico. (26)

2.7.8 Supporto alla famiglia e cura del contesto sociale

L'infermiere può anche essere coinvolto in attività di supporto ai familiari dei pazienti, aiutandoli a comprendere la natura dei disturbi psichiatrici e le strategie di intervento impiegate. Spesso, infatti, le famiglie sono travolte dal carico emotivo e psicologico derivante dalla condizione di un loro caro, e l'infermiere può giocare un ruolo di sostegno pratico ed emotivo anche nei loro

confronti, facilitando il loro coinvolgimento nel processo di cura e contribuendo alla costruzione di un sistema di supporto esterno al paziente. (31)

2.7.9 Etica e deontologia professionale

Per quanto sopra, l'infermiere deve operare sempre nel rispetto delle linee guida etiche e deontologiche, che sono particolarmente rilevanti in un contesto dove la gestione dei diritti e della dignità del paziente sono considerati temi centrali. Deve garantire che vengano attuati trattamenti equi e rispettosi dei diritti dei pazienti, anche nel contesto di una misura di sicurezza che limita alcune libertà personali; la sensibilità e il rispetto verso la persona, nonostante la sua condizione, sono essenziali in ogni intervento. (26)

2.8 La relazione terapeutica

“Non si va da nessuna parte se non si stabilisce una relazione” (27)

L'infermiere in questo specifico ambiente lavorativo, in qualità di figura di prima linea nel rapporto con il paziente, si ritrova a sostenere un doppio ruolo. Non solo curante ma anche, seppur indirettamente, custode: una sfida per il professionista, che deve equilibrare lo scopo principale della presa in carico, ovvero il trattamento e la riabilitazione, senza tralasciare l'anima giuridica del contesto.

Talvolta, come illustrato in precedenza, può rendersi necessario il ricorso a metodiche coercitive in quanto il rischio di violenza è sempre presente. (28) Le modalità operative rivelatesi utili per la prevenzione degli interventi coercitivi risultano essere la relazione terapeutica, le tecniche di de-escalation (37) e il monitoraggio dello stato emotivo e del rischio di aggressione del paziente. (31)

Relativamente all'attuazione di pratiche di contenzione, l'esperienza del personale infermieristico risulta cruciale (38) ovvero personale maggiormente esperto risulta essere più critico e ricorre in misura minore alle coercizioni rispetto a personale più inesperto.

Nell'esecuzione della pratica, risulta fondamentale aver riferimenti precisi quali protocolli e procedure, in modo da standardizzarla e non aver differenze di gestione da operatore a operatore con pericolose variazioni numeriche di personale coinvolto, adozione di posizioni potenzialmente scorrette, ruoli e metodi di valutazione della salute medica differenti. Anche il rapporto personale / paziente ne condiziona il ricorso: maggiore disponibilità di operatori per paziente riduce il ricorso alle contenzioni e migliora la qualità delle cure erogate. (39)

Prestare il proprio servizio in ambienti caratterizzati da un costante rischio di violenza e aggressione può essere logorante e causare stress; il rischio di burnout del sanitario è reale: (43) la condivisione dei punti critici organizzativi del lavoro ma anche i propri stati d'animo e difficoltà con l'équipe e i colleghi sono sostegni fondamentali per scongiurare il pericolo di burnout, strategia valida soprattutto per gli infermieri con minore esperienza, che possono avvertire ancor più pressione a causa dell'inesperienza ed eventuale mancanza di fiducia nella gestione di situazioni problematiche. (31)

2.8.1 La relazione terapeutica nella pratica infermieristica

La formazione di una relazione terapeutica nel contesto di psichiatria giudiziaria è irta di difficoltà. (43) Innanzitutto, non è una relazione tra pari: vi sono squilibri di potere fra le parti in oggetto che devono essere sempre ponderate da parte dell'infermiere. (27) Non mantenere questa asimmetria rischia di mettere il professionista nello stesso piano del paziente, con l'eventualità di essere considerati "amici o confidenti" ed alimentando nel paziente la convinzione che l'infermiere avallerà incondizionatamente qualsiasi richiesta; accentuare invece la condizione del proprio ruolo può essere considerato dall'assistito come abuso di potere, rischiando di essere visto quindi come un membro del sistema (con accezione negativa, ovvero membro dello stesso sistema che obbliga la persona alla detenzione e cura forzata), fraintendendo il rationale che sottende alle eventuali negazioni delle richieste del paziente. (28)

L'infermiere deve essere consapevole che la doppia natura del luogo di cura, ovvero psichiatrica e giuridica, può influenzare l'operato, rischiando di renderlo punitivo. (5) Per ovviare a queste difficoltà interpersonali il professionista deve avere una condotta aperta e onesta, nelle relazioni. (27) Delineare la relazione con confini chiari e invalicabili ma privi di giudizio e caratterizzati da apertura, permette al professionista di non colludere ma nemmeno collidere con il paziente (23); le conseguenze di una mancata definizione potrebbero portare a conseguenze negative per la relazione stessa: un'eccessiva e fraintesa vicinanza tra infermiere e paziente potrebbe dar vita a comportamenti manipolatori da parte di quest'ultimo alla ricerca di trarre vantaggi personali, mentre un eccessivo distacco o rigidità, se vissuto come scarsa considerazione per la propria condizione o come atteggiamento punitivo, potrebbe generare senso di frustrazione e rabbia nell'assistito che porterebbe a vivere la figura infermieristica come abusante e giudicante. Entrambe queste derive relazionali possono sfociare in un'escalation di aggressività pericolosa e difficile da gestire. (27,28)

Il momento cruciale dove l'infermiere diventa attore principale per la costruzione di una relazione terapeutica (indispensabile per un'alleanza terapeutica funzionale al progetto di cura) tra il paziente e l'équipe è rappresentato dall'ingresso dell'assistito in struttura, quando questo è in una condizione di estrema vulnerabilità.

Entrare in un setting empatico, dove il paziente sperimenta un primo contatto rassicurante e disponibile, giova al paziente tanto quanto all'équipe che necessita della fiducia della persona per poter procedere in modo efficace alla presa in carico. È bene ricordare che ogni persona ha i propri tempi e non sempre è possibile costruire una relazione fin da subito. (27)

L'infermiere, in virtù della relazione terapeutica che riesce a stabilire con il paziente, si trova in una posizione di vantaggio rispetto ad altre figure professionali in quanto può reperire e condividere in équipe informazioni rilevanti per la cura e l'assistenza che il medico, per esempio, può non riuscire a raccogliere durante i colloqui con la persona, a causa di un setting necessariamente differente. (5)

Al fine di garantire un'efficace presa in carico del paziente, il personale infermieristico deve coltivare la relazione terapeutica anche con i caregiver: familiari e amici sono alleati preziosi che possono fornire informazioni della persona assistita e contribuire significativamente all'aggancio terapeutico della stessa. Coinvolgere e educare i familiari, nel limite della volontà della persona assistita e della disponibilità dei familiari stessi, influisce in modo significativo alla buona riuscita del percorso di riabilitazione. (27,31)

La relazione terapeutica è un fondamentale strumento di cura del quale l'infermiere ne è il responsabile che deve saper adattare e personalizzare le proprie azioni e reazioni in base al singolo paziente, anche se questo non significa che la relazione stessa sia univoca: gli atteggiamenti (intesi come parole, azioni e pensieri) dell'infermiere possono influenzarla nello stesso modo in cui l'atteggiamento del paziente influenza il rapporto. (44) Affinché questo sia efficace e proficuo, l'infermiere deve essere conscio dei propri punti di forza e dei propri limiti: empatia, pazienza, ascolto attivo ed atteggiamento non giudicante, uniti a conoscenza delle sfaccettature giuridiche legate ai reati commessi, sono essenziali tanto quanto la capacità di insight e consapevolezza delle proprie emozioni; (28) i pazienti psichiatrici autori di reato possono smuovere, con i loro atteggiamenti reazioni di rifiuto, condanna e disinteresse, ma anche paura negli infermieri. (15) Può essere definito, da parte del professionista, come un "investimento ambivalente" in quanto il personale può trovarsi a fronteggiare il biasimo e la repulsione per alcuni crimini commessi dai pazienti e allo stesso tempo avere cognizione della grande responsabilità che possiede rispetto al benessere della persona. (44)

È interessante notare che uno studio (43) ha rilevato la discriminazione fra le patologie psichiatriche anche all'interno dell'equipe: tendenzialmente le persone affette da psicosi sono percepite come "socialmente giustificabili nei loro atti", compreso lo stereotipo del "matto simpatico", al contrario delle persone affette da disturbo di personalità dove invece viene percepita una sorta di "malignità" nelle azioni del paziente. (31)

Questo è solo un esempio di bias cognitivo nella quale l'infermiere a contatto con pazienti psichiatrici autori di reato può incorrere: è essenziale che

l'operatore sia cosciente del doppio ruolo (e doppio stereotipo) che si ritrova ad affrontare, ovvero quello del paziente psichiatrico e quello dell'autore di reato. (44) Per adottare una condotta di onestà e chiarezza, affidandosi al lavoro di equipe (34) nell'individuare strategie proattive in modo di non incorrere in condotte viziate dal proprio sentire e dannose per il paziente. (31)

La relazione terapeutica, oltre che essere condizionata dalle attitudini personologiche, sociali e morali dell'infermiere, è fortemente condizionata anche dalla capacità di comunicazione del professionista: instaurare un dialogo aperto e chiaro ma soprattutto tempestivo ed esaustivo rispetto alla pratica clinica, al percorso terapeutico e riabilitativo permette al paziente di essere sempre informato sul proprio percorso, consentendogli di metabolizzare e concordare (oppure dissentire) i programmi terapeutici individuati ma anche di proporre attivamente delle strategie e quindi essere parte attiva del proprio percorso (39) contribuendo al rafforzamento dell'alleanza terapeutica. In questo modo sia i pazienti, ma anche i caregiver, conoscendo la linea terapeutica, non incorrono nell'eventualità di sentirsi ignorati nei propri bisogni e non comprendere le decisioni dell'equipe, rischiando di incappare in condotte ostili e aggressive. (31)

Grazie alla relazione terapeutica, il professionista instaura un processo di conoscenza del paziente che facilita il riconoscimento precoce di escalation violente ma anche abitudini, preferenze, punti di forza e fragilità della persona, tutti fattori facilitanti per la comprensione dello stato d'animo del paziente, (45) che aiuta il professionista e l'equipe ad una corretta e sinergica gestione del progetto riabilitativo e terapeutico. (39)

Focalizzarsi sulla comprensione dello stato d'animo del paziente, su ciò che prova, al posto di concentrarsi sulle azioni e sui comportamenti, permette l'adozione di una condotta caratterizzata da empatia. (27)

La relazione terapeutica, sfruttata in seguito ad atti coercitivi sotto forma di debriefing, non solo è essenziale per permettere al paziente la metabolizzazione dell'evento grazie ma è uno strumento essenziale anche per l'operatore che, grazie al confronto con il paziente, può raccogliere elementi

fondamentali del vissuto della persona, accorgimenti e strategie che questa può suggerire poter prevenire il reiterarsi dell'agito. (33)

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

3.1 Discussione

Nel corso degli anni la presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato è fortemente cambiata. Dai manicomi, dove l'ottica di gestione e trattamento dei pazienti era soprattutto di carattere custodialistico e rivolto alla reclusione ed allontanamento dei pazienti dalla società, si è passati all'istituzionalizzazione (grazie alla Legge 180 del 1978) degli OPG dove veniva prevista in misura maggiore una presa in carico sanitaria ma che restava comunque relegata a componente marginale dal momento che la gestione rimaneva di competenza del Ministero della Giustizia.

I progetti di cura erano quasi totalmente assenti e, di fatto, ciò si traduceva sovente in un internamento a vita per il paziente, senza possibilità di riabilitazione (condizione nota come fenomeno degli Ergastoli Bianchi). (7) Un importante cambiamento è stato determinato dal recepimento del DPCM 01.04.2008 dove si è imposto un drastico cambio di visione nel trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, da lì in avanti coinvolto in un percorso di riabilitazione oltre che di cura. Ne è conseguita la chiusura degli OPG e l'istituzione delle REMS, strutture completamente gestite dal SSN caratterizzate da una limitata capacità ricettiva; dal punto di vista giudiziario, invece, vengono imposti dei vincoli rigidi per l'inserimento dei pazienti in queste strutture: devono, infatti, rispondere a criteri quali l'aver visto l'assoluzione del reato a causa del riconoscimento di infermità mentale ed essere impossibilitati a ricevere cure adeguate in virtù della pericolosità sociale. Viene richiesta una progettualità individualizzata dal carattere riabilitativo e tempistiche di inserimento e revisione di progetto ben definite, il tutto garantito dalla redazione di un PTRI per ogni paziente. (2,8)

I pazienti accolti nelle REMS sono affetti, in prevalenza, da patologie quali schizofrenia e disturbo di personalità (rappresentati rispettivamente nel 60% e 32%) e hanno commesso soprattutto reati di violenza verso terzi. Dagli studi vagliati emerge che la maggioranza dei pazienti sono di sesso maschile,

avente età compresa tra i 30 e i 40 anni, non sposati e con grado di istruzione medio-basso. Il rischio maggiore di incorrere in illecito, soprattutto di carattere violento, è correlato alla mancata aderenza al progetto terapeutico. (13,14)

Il trattamento primario è quello farmacologico in quanto permette una rapida diminuzione dei sintomi positivi di malattia che sono la principale causa al ricorso, da parte del paziente, ad agiti violenti; quando prescritto e seguito in modo precoce permette anche una migliore prognosi in termine di riabilitazione dell'assistito. (20,21) Tra i farmaci maggiormente utilizzati vi sono gli antipsicotici, farmaci che, pur causando potenziali effetti collaterali tutt'altro che trascurabili, sono essenziali per uno stato di compenso della malattia. Esiste, comunque, un alto rischio di non aderenza alla prescrizione farmacologica da parte del paziente, in virtù del fatto che non di rado i pazienti psichiatrici hanno scarsa consapevolezza del proprio stato di malattia e tendono quindi a rifiutare una terapia che non riconoscono come utile per il loro percorso riabilitativo. (3)

Per ovviare questo rischio, si ricorre alla somministrazione di farmaci antipsicotici LAI e si monitorano le concentrazioni plasmatiche del farmaco. Un'efficace prescrizione farmacologica e un'attenta assunzione della stessa sono il primo passo verso la riabilitazione del paziente in quanto permettono una considerevole riduzione dei sintomi prodromici ed aiutano la persona a raggiungere la consapevolezza del proprio stato di malattia. (17)

La riabilitazione del paziente psichiatrico autore di reato inizia all'interno delle strutture forensi ma prosegue anche una volta terminato il percorso: sia nell'eventualità di un inserimento in struttura terapeutica riabilitativa che nella dimissione a domicilio, la presa in carico del paziente presso il CSM di riferimento deve necessariamente proseguire nel territorio. (4)

Per un efficace reinserimento nel tessuto sociale è necessario valutare attentamente il contesto dove la persona proseguirà il proprio percorso: una vicinanza ai luoghi dove il paziente è cresciuto, pur costituendo l'ambiente familiare un fattore facilitante l'aderenza terapeutica, anche per il paziente che vi trova molto di frequente la domiciliazione dei propri affetti, non è sempre la scelta migliore per una proficua continuazione del proprio percorso riabilitativo.

Dalla letteratura è emerso che spesso le amicizie pregresse di questa tipologia di pazienti possano fungere da istigatori alla violenza e il peso dello stereotipo sociale, quale l'associazione della persona psichiatrica autrice di reato a condotte violente, può potenzialmente minare un produttivo reinserimento in società. (1) Particolarmente efficace risulta essere, per un'adeguata e completa presa in carico della persona una volta dimessa dalle strutture forensi, il modello FACT di Rochester, ovvero la presenza di un'équipe multidisciplinare con competenze nel campo della psichiatria coadiuvate da competenze nell'ambito giuridico: i pazienti seguiti da questo modello di équipe dimostrano un tasso di ricoveri e nuovi coinvolgimenti con la giustizia penale inferiori rispetto al gruppo di controllo seguita da un'équipe con sole competenze psichiatriche. (24)

Il ruolo dell'infermiere, sia durante il periodo di inserimento in struttura che in quello di prosecuzione del percorso nel territorio, è cruciale nell'assistenza alla persona psichiatrica autrice di reato, come anche in quella della famiglia e ai caregiver, presenze di fondamentale importanza per il supporto nel percorso terapeutico e riabilitativo del paziente. (5,25) L'assistenza quotidiana, finalizzata all'osservazione dei comportamenti del paziente permette la raccolta di informazioni utili per la condivisione in équipe e la gestione dello stesso, oltre che essere un facilitatore per la relazione terapeutica.

Grazie all'assistenza e all'instaurarsi, quindi, di una relazione terapeutica il professionista può rilevare precocemente i segnali di agitazione, crisi o scompenso di malattia ed intervenire, attraverso tecniche di de-escalation e interventi terapeutici quali, per esempio, il supporto farmacologico, per prevenire o mitigare l'uso di misure coercitive. (17) Vi è anche una componente educativa, quale il rimando rispetto al razionale del trattamento alla quale il paziente è sottoposto, con lo scopo di coltivare l'aderenza al programma terapeutico ma anche il supporto alle attività educative, la socializzazione e il rinforzo verso l'autodeterminazione. (26) La gestione della salute fisica non è meno rilevante della salute psichica del paziente; un monitoraggio dello stato nutrizionale, dei parametri vitali, dei

valori ematici è essenziale per garantire il benessere della persona. È di responsabilità infermieristica anche la gestione farmacologica del regime terapeutico, ovvero la somministrazione rigorosa della terapia prescritta, il monitoraggio di eventuali comparse di segni e sintomi di reazione avversa al farmaco, l'individuazione di non responder alla terapia e la conseguente segnalazione al medico. (26,27) Il ruolo dell'infermiere prevede anche una parte di collaborazione interdisciplinare finalizzata a garantire uno scambio di osservazioni cliniche e la stesura di un piano terapeutico personalizzato. La natura bivalente del contesto di psichiatria forense, che coniuga cura e necessità di sicurezza, invece, impone all'infermiere una conoscenza delle dinamiche tra i pazienti, della possibilità di conflitti o delle situazioni di tensione che potrebbero innescare comportamenti aggressivi; per questo è necessario che il professionista conosca le procedure di emergenza e sappia quindi attivare un piano di contenimento quando necessario. (25)

Nel sostegno relazionale, con particolare riferimento nella relazione terapeutica, si fonda lo specifico infermieristico trasversalmente a tutti i contesti, ma in particolare nel contesto psichiatrico e, soprattutto, nel contesto forense. È grazie alla relazione terapeutica che l'infermiere riesce a conoscere e farsi conoscere dal paziente, divenendo per lui un punto di riferimento all'interno del proprio percorso di cura e riabilitazione. (30)

Coltivando la relazione terapeutica, il professionista riesce a fungere da rimando al paziente rispetto al proprio percorso, sia quando vi sono dei progressi ma anche quando invece vi sono degli aspetti problematici che ne rallentano il completamento, quali ad esempio degli stati d'agitazione della persona, delle crisi emotive o degli scompensi di malattia. Ciò può avvenire grazie alla reciproca fiducia che si instaura tra l'infermiere e il paziente. (27)

Questo rapporto può essere coltivato anche nel setting di lavoro proprio dell'infermiere, dove la relazione è da considerarsi "esperienza" quotidiana. In questo ambito il professionista deve sempre ricordare che nell'asimmetria della relazione con il paziente deve sempre ponderare attentamente la distanza che necessariamente deve essere mantenuta nel rapporto professionista-paziente cercando, comunque, di calibrare attentamente la

giusta dose di vicinanza. Un rapporto eccessivamente amichevole può spostare la relazione al di fuori del contesto terapeutico-assistenziale rischiando di danneggiare il sentire del paziente rispetto al curante, esattamente come un distacco eccessivo causa un effetto analogo ma fondato sull'apparente scarsa sensibilità del professionista. In entrambi i casi la ricaduta sul percorso riabilitativo è fortemente negativa in quanto pone il professionista nella posizione di essere manipolato dal paziente oppure di perdere la fiducia dello stesso; l'assistito rischia, invece, di non comprendere il rationale di determinate decisioni avallate dall'infermiere e dall'équipe, vivendo il percorso di riabilitazione e le figure curanti come abusive. (27,28)

L'infermiere deve sempre considerare l'etica professionale e i propri valori morali in quanto può essere negativamente inficiato da bias conoscitivi che inducono in percezioni stereotipate della persona affetta da malattia psichiatrica ed autore di reato (28) così come deve necessariamente ricordare l'elevato rischio di burnout che questo setting di lavoro predispone e adottare una condotta caratterizzata da chiarezza ed onestà con la propria équipe. (34)

Grazie alla relazione terapeutica l'infermiere può prevenire e gestire tempestivamente l'insorgenza di stati di agitazione, precursori di escalation che portano ad agiti violenti (45) e mettere in atto delle tecniche per tentare una de-escalation di tali stati. (34) Altri strumenti, come la Broset Violence Checklist possono ridurre l'uso delle contenzioni del 45%. (42)

Non sempre questi agiti, però, possono essere gestiti preventivamente; a volte capita di dover mettere in pratica atti coercitivi. Questi sono regolamentati da normative specifiche diverse da Paese a Paese ma sono considerati ovunque pratiche da utilizzare solo come ultima risorsa, che accendono nelle comunità scientifiche un forte dibattito di carattere etico. (6) La contenzione fisica, che prevede l'immobilizzazione meccanica del paziente e che può determinare gravi danni fisici e psichici; (36,38) l'isolamento, che consiste nell'allontanamento della persona in uno spazio dedicato e che rischia di causare sindrome da stress post traumatico; (29,35) la sedazione, ovvero la somministrazione (in questo caso forzata) di farmaci antipsicotici e sedativi via intramuscolare e che può provocare reazioni avverse alla sostanza

e annulla la volontà della persona, (40,41) sono pratiche attuate contro la volontà del paziente con il principio dello “stato di necessità” che caratterizza quelle situazioni dove è necessario bypassare la volontà della persona limitandone il libero arbitrio per evitare il concreto pericolo di danni a sé stessi e/o altri.

L'esito di queste coercizioni ma soprattutto della diminuzione significativa del rischio di sviluppo di reazioni avverse è fortemente dipendente dalla gestione stessa; l'infermiere, e il suo apporto in materia di competenze tecniche e soft skills (ascolto attivo, empatia, etc...) risultano essenziali. (33)

Vi è sufficiente letteratura disponibile per dimostrare che se un paziente soggetto a pratiche coercitive viene strettamente monitorato durante l'atto, accolto e sostenuto in seguito alla pratica, se gli viene fornita una rielaborazione del rationale di tale procedure, accogliendo le sue emozioni riservando uno spazio e un tempo dedicato ad un de-briefing, non solo si riduce sensibilmente le possibilità di danni psicofisici, ma emergono anche spunti di prevenzione che la persona stessa suggerisce in modo da poter intercettare e limitare in futuro il raggiungimento di uno stato emotivo tale da sfociare in agiti distruttivi. (23,33)

3.2 Limiti della ricerca

La presente revisione della letteratura presenta dei limiti correlati soprattutto all'oggetto dello studio stesso. Alcuni articoli esaminati avevano come setting di studio realtà giuridiche e sanitarie non italiane e, quindi, non distinguevano la realtà carceraria dal contesto della REMS (due scenari differenti fra loro, uno dei quali, il secondo, tipicamente italiano) riferendosi quindi ad una generica popolazione psichiatrica forense. Inoltre, in numerosi articoli di recente pubblicazione è stato evidenziato un aumento di incidenza dei reati compiuti dalla popolazione psichiatrica di sesso femminile nonostante la maggioranza di questi sia ad appannaggio della popolazione maschile. Benché non sia stata fatta discriminazione di genere sessuale nelle evidenze recuperate, non sono stati reperiti studi specifici su questo fenomeno né sulla diversità di gestione assistenziale che potrebbe derivarne.

3.3 Potenzialità della ricerca

Dalla ricerca condotta si può dedurre che l'assistenza infermieristica per il paziente psichiatrico autore di reato è di fondamentale importanza sia nel contesto forense di carcere e REMS che successivamente, quando la presa in carico continua nel territorio. Quella dell'infermiere si rivela essere una figura a stretto contatto con il paziente che, grazie al suo apporto tecnico e relazionale alla cura e alla riabilitazione dell'assistito, dimostra di contribuire in modo essenziale al benessere del paziente. Le tecniche di de-escalation, la relazione terapeutica, il monitoraggio del rischio di violenza attraverso la scala BVC, unitamente ad una implementazione delle competenze di carattere giuridico dell'équipe che supporta a livello ambulatoriale il paziente dopo la dimissione (come dimostrato dal FACT di Rochester) rivelano che è possibile ridurre in modo sostanziale le ricadute di malattia che portano gli assistiti a reiterare agiti violenti, contribuendo sostanzialmente alla riabilitazione sociale della persona.

3.4 Conclusione

Questo studio ha confermato l'importanza degli interventi infermieristici nel percorso di cura e riabilitazione del paziente psichiatrico, sia all'interno della struttura giudiziaria (carcere e REMS) sia nella prosecuzione del percorso riabilitativo nel territorio.

L'infermiere realizza una presa in carico orientata alla cura non solo della sfera fisica ma anche, e soprattutto, psicologica del paziente, caratterizzata dal supporto alle attività educative e al supporto relazionale dell'assistito e dei familiari.

In questo senso l'apporto del professionista si rivela molto prezioso anche nella gestione delle crisi emotive e delle ricadute di malattia, attraverso l'utilizzo di tecniche di de-escalation, la rilevazione del rischio d'aggressività della persona e l'applicazione dei protocolli di riferimento, sempre coltivando la relazione terapeutica per incrementare l'aderenza terapeutica del paziente al programma di cura.

Queste strategie, affiancate alle terapie di prima linea quali la farmacoterapia e la psicoterapia, risultano ridurre significativamente (dal 27% al 41%) l'utilizzo delle pratiche coercitive come l'isolamento, la contenzione e la sedazione del paziente, evitando o limitando il suo scompensamento emotivo.

Gli interventi coatti, pur essendo a volte necessari, comportano per il paziente dei rischi quali lo sviluppo di sindrome post traumatica da stress, lesioni fisiche, rischio di reazioni avverse al farmaco e diminuzione dell'aderenza al progetto terapeutico.

Anche nelle pratiche coercitive (quando non è possibile evitarne l'utilizzo) l'apporto dato dall'infermiere è essenziale per mitigarne gli effetti avversi attraverso un attento monitoraggio dello stato psicofisico del paziente prima e l'utilizzo di uno spazio dedicato quale il de-briefing poi.

Nonostante la letteratura evidenzii risultati incoraggianti nella tendenza alla disincentivazione di questi interventi, sembra essere ancora diffusa l'attuazione delle pratiche coercitive e l'Italia resta, in Europa, uno dei paesi che ve ne fa maggior ricorso.

Alla luce di quanto emerso dalla revisione, gli esiti derivanti dalla creazione di una relazione terapeutica e la realizzazione del de-briefing (che possono essere attuate autonomamente dall'infermiere) sono influenzati da variabili intrinseche dell'operatore quali la disponibilità e la capacità del professionista di costruire un solido rapporto di fiducia con il paziente, la formazione specifica e l'esperienza, ma anche da variabili estrinseche come la disponibilità di personale durante i turni. Da ciò emerge chiaramente la necessità di una maggiore sensibilizzazione sul tema, sia sul piano professionale che gestionale, accompagnata da una formazione adeguata del personale.

BIBLIOGRAFIA

1. Modestin J. Criminal and violent behavior in schizophrenic patients: An overview. *Psychiatry Clin Neurosci.* dicembre 1998;52(6):547–54.
2. Di Lorito C, Castelletti L, Lega I, Gualco B, Scarpa F, Völlm B. The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *Int J Law Psychiatry.* novembre 2017;55:54–63.
3. Mandarelli G, Carabellese F, Di Sciascio G, Catanesi R. Antipsychotic Polypharmacy and High-Dose Antipsychotic Regimens in the Residential Italian Forensic Psychiatric Population (REMS). *Front Psychol.* 10 febbraio 2022;13:722985.
4. Davis DM, Bello JK, Rottnek F. Care of Incarcerated Patients.
5. Kaftarian E. Lessons Learned in Prison and Jail-Based Telepsychiatry. *Curr Psychiatry Rep.* marzo 2019;21(3):15.
6. Galbert I, Azab AN, Kaplan Z, Nusbaum L. Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. *Int J Ment Health Nurs.* febbraio 2023;32(1):106–16.
7. G. Rivellini, R. Pessina, A.M. Pagano, S. Giordano, C. Santoriello, I. Rossetto, et al. Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. *Riv Psichiatr.* 2019;
8. Ferracuti S, Pucci D, Trobia F, Alessi MC, Rapinesi C, Kotzalidis GD, et al. Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978–2018). *Int J Law Psychiatry.* gennaio 2019;62:45–9.
9. Lombardi V, Veltri A, Montanelli C, Mundo F, Restuccia G, Cesari D, et al. Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian Volterra REMS patients. *Int J Law Psychiatry.* gennaio 2019;62:50–5.
10. G. Maiorca, I. Mascia, R. Currelli, A. Campus, M. Manchia, A. Nivoli, et al. Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS. *Il Pensiero Sci Ed.* 2020;
11. Di Mizio G, Bolcato M, Rivellini G, Di Nunzio M, Falvo V, Nuti M, et al. Protection of Prisoners with Mental Health Disorders in Italy: Lights and Shadows after the Abolition of Judicial Psychiatric Hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 12 agosto 2022;19(16):9984.
12. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L, Michele VD, Giosuè P, et al. Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Riv Psichiatr.*

13. Gilling McIntosh L, Janes S, O'Rourke S, Thomson LDG. Effectiveness of psychological and psychosocial interventions for forensic mental health inpatients: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* maggio 2021;58:101551.
14. Capuzzi E, Pini E, Malerba MR, Cova F, Lax A, Mauri S, et al. Factors associated with referrals to high security forensic services among people with severe mental illness and receiving inpatient care in prison. *Int J Law Psychiatry.* gennaio 2019;62:90–4.
15. Darmedru C, Demily C, Franck N. Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Res.* maggio 2017;251:266–74.
16. Meyer JM. Monitoring and improving antipsychotic adherence in outpatient forensic diversion programs. *CNS Spectr.* aprile 2020;25(2):136–44.
17. Sanz-Osorio MT, Sastre-Rus M, Monistrol O, Pérez Criado M, Vallès V, Escobar-Bravo MA. Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* aprile 2023;30(2):162–81.
18. Dempsey C, Quanbeck C, Bush C, Kruger K. Decriminalizing mental illness: specialized policing responses. *CNS Spectr.* aprile 2020;25(2):181–95.
19. Kirkorsky SE, Gable M, Warburton K. An overview of jail-based competency restoration. *CNS Spectr.* ottobre 2020;25(5):624–9.
20. Wasser T, Pollard J, Fisk D, Srihari V. First-Episode Psychosis and the Criminal Justice System: Using a Sequential Intercept Framework to Highlight Risks and Opportunities. *Psychiatr Serv.* 1 ottobre 2017;68(10):994–6.
21. Ochoa K, Appel O, Nguyen V, Kim E. Decriminalization in action: lessons from the Los Angeles model. *CNS Spectr.* ottobre 2020;25(5):561–5.
22. Felthous AR. Toward a useful standard for hospitalizing pretrial jail detainees. *Int J Law Psychiatry.* maggio 2017;52:103–10.
23. Lamberti JS, Weisman RL, Cerulli C, Williams GC, Jacobowitz DB, Mueser KT, et al. A Randomized Controlled Trial of the Rochester Forensic Assertive Community Treatment Model. *Psychiatr Serv.* 1 ottobre 2017;68(10):1016–24.
24. Timmons D. Forensic psychiatric nursing: a description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland:

- Forensic psychiatric nursing in Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* settembre 2010;17(7):636–46.
25. S. Agostini, D. Benfenati, E. bernadinello, P. Furlini, L. Gamberoni, A. Gargiuolo, et al. Le competenze specialistiche dell'infermiere della salute mentale. 2020;
 26. McCann TV, Baker H. Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *J Adv Nurs.* 7 maggio 2001;34(4):530–7.
 27. Mason T, Lovell A, Coyle D. Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* marzo 2008;15(2):118–30.
 28. Hirsch S, Steinert T. Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 10 maggio 2019 [citato 18 novembre 2024]; Disponibile su: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2019.0336>
 29. Martin T, Street AF. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* ottobre 2003;10(5):543–51.
 30. Välimäki M, Lantta T, Lam YTJ, Cheung T, Cheng PYI, Ng T, et al. Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry.* dicembre 2022;22(1):344.
 31. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias J. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med.* 29 agosto 2020;9(9):2791.
 32. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 16 luglio 2019;10:491.
 33. Price O, Papastavrou Brooks C, Johnston I, McPherson P, Goodman H, Grundy A, et al. Development and evaluation of a de-escalation training intervention in adult acute and forensic units: the EDITION systematic review and feasibility trial. *Health Technol Assess.* gennaio 2024;1–120.
 34. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint. *Int J Soc Psychiatry.* gennaio 2010;56(1):60–73.
 35. Gleerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* ottobre 2019;31(05):237–45.

36. Hansen A, Hazelton M, Rosina R, Inder K. What do we know about the experience of seclusion in a forensic setting? An integrative literature review. *Int J Ment Health Nurs.* ottobre 2022;31(5):1109–24.
37. Wong WK, Bressington DT. Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* ottobre 2022;29(5):659–75.
38. Kim J, Nam S. Experiences of restrictive interventions in psychiatric health care from the perspectives of patients and health care professionals: Meta-synthesis of qualitative evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* dicembre 2024;31(6):1187–201.
39. Campinha-Bacote J. Cultural considerations in forensic psychiatry: The issue of forced medication. *Int J Law Psychiatry.* gennaio 2017;50:1–8.
40. Negroni AA. On the concept of restraint in psychiatry. *Eur J Psychiatry.* luglio 2017;31(3):99–104.
41. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* agosto 2018;52:47–53.
42. Mason T, Coyle D, Lovell A. Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* marzo 2008;15(2):131–9.
43. Martin T. Something special: forensic psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* febbraio 2001;8(1):25–32.
44. Calabrò A, Marangon A, Carriero MC, Ilari F, Lupo R, Bardone L. L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa. *Nsc Nurs.* 26 maggio 2020;2(1):1–17.

ALLEGATI

Allegato 1 – Tabella di schedatura degli articoli

Titolo	Autore /Rivista / Anno	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati principali
Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: role dimensions	T. Mason; A. Lovell; D. Coyle Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008	Revisione sistematica	Studio sul ruolo, abilità e competenze dell'infermiere nella psichiatria forense	Valutazione di 1172 questionari compilati (a fronte di 3360 somministrati) su gruppo eterogeneo di infermieri "forensi" e "non forensi"	Assistenza infermieristica, gestione della violenza, efficacia terapeutica, formazione del personale	Sono emersi bias cognitivi del personale nel confronto dei pazienti che avevano commesso i crimini più efferati; la necessità di formazione continua da parte degli operatori; l'efficacia del lavoro di equipe; le ripercussioni dello stress dell'ambiente forense; l'importanza del lavoro in equipe

<p>Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review</p>	<p>M. Chieze; S. Hurst; S. Kaiser; O. Sentissi</p> <p>Frontiers in Psychiatry</p> <p>2019</p>	<p>Revisione sistemica</p>	<p>Effetti dell'isolamento e della contenzione sul paziente psichiatrico</p>	<p>Sono stati valutati 35 studi (3 RCT e 32 studi prospettici) a fronte di 8590 articoli reperiti</p>	<p>Pratica coercitiva (isolamento e contenzione)</p>	<p>Si dimostra gli effetti negativi delle coercizioni; validazione della relazione terapeutica come mitigatore degli effetti avversi.</p>
<p>Il sistema nella realtà italiana REMS: autori di reato, disturbi mentali e PDTA</p>	<p>G. Rivellini; R. Pessina; A.M. Pagano; S. Giordano; C. Santoriello; I. Rossetto; S. Babudieri; C. Celozzi; L. Lucania; M.L. Manzone; G. Nivoli; G. Quintavalle; E. Zanalda; L. Lorettu; M. Clerici</p> <p>Rivista di Psichiatria</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Storia della psichiatria giudiziaria (chiusura OPG, nascita REMS); organizzazione sanitaria delle REMS; dati generali delle REMS attive; percorso terapeutico e riabilitativo del paziente psichiatrico autore di reato</p>	<p>Sono stati esaminati 72 tra articoli e libri di testo tra il 1929 e il 2019</p>	<p>Il cambiamento della gestione del percorso di cura del paziente psichiatrico autore di reato</p>	<p>Si dimostra un radicale cambio di gestione nell'ottica di riabilitazione e cura e non più confinamento</p>

	2019					
Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing	T. Martin; A.F. Street; Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003	Revisione sistemica	Effetti della relazione terapeutica nel contesto di psichiatria forense	Sono state valutate le cartelle cliniche (sezioni infermieristiche) di 17 pazienti di un ospedale psichiatrico forense australiano	Relazione quotidiana e relazione terapeutica	Si dimostra l'effetto positivo della relazione terapeutica nella gestione degli stati emotivi del paziente
Experiences of restrictive interventions in psychiatric health care from the perspectives of patients and health care professionals: Meta-synthesis of qualitative evidence	J. Kim; S. -H. Nam Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2024	Meta-sintesi	Comprensione delle esperienze di coercizione, sia da chi le vive che da chi le pratica	Gli studi qualitativi inclusi nella ricerca sono stati 12 con 233 articoli scartati	Competenza degli operatori sanitari (interazione tra pazienti e operatori, metodi di valutazione e assistenza) e Protocolli con formazione e debriefing	È stato dimostrato che un ambiente che garantisce cure dignitose, un numero sufficiente di personale in turno, una efficace formazione, influiscono positivamente anche nelle pratiche di coercizione

<p>Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review</p>	<p>D. F. Costa; J. G. Salgado; J. F. Rivera; J. M. Pereira; B. P. Callejero; J. J. G. Iglesias</p> <p>Journal of Clinical Medicine</p> <p>2020</p>	<p>Scoping Review</p>	<p>Usi alternativi alla contenzione meccanica</p>	<p>Sono stati valutati 21 articoli pubblicati tra il 2015 e il 2020</p>	<p>Uso della BVC come valutazione del rischio di aggressività e uso di soft skills infermieristiche nella relazione</p>	<p>Si dimostra una diminuzione compresa tra il 41% e il 27 % dell'uso di pratiche coercitive</p>
<p>Criminal and violent behavior in schizophrenic patients: An overview</p>	<p>J. Modestin</p> <p>Psychiatry and Clinical Neurosciences</p> <p>1998</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Indagine della correlazione tra comportamento violento e schizofrenia nei pazienti psichiatrici</p>	<p>Sono stati esaminati 35 studi della quale 4 studi prospettici longitudinali di coorte e 31 revisioni di letteratura</p>	<p>Azioni criminali e comorbidità / assenza di comorbidità psichiatriche</p>	<p>Emerge una modesta correlazione tra schizofrenia e comportamenti violenti; correlazione presente quando i sintomi di malattia sono ingravescenti e acuti</p>