



Università degli studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**RUOLO DEGLI INFERMIERI NEI TRATTAMENTI SANITARI
OBBLIGATORI (TSO): UNA REVISIONE DELLA
LETTERATURA SULLE RESPONSABILITÀ E LE
COMPETENZE**

Relatore: Prof. Semenzin Massimo

Laureando: Biagio Quaglino

Matricola: 2012009

Anno Accademico: 2022/2023

ABSTRACT

INTRODUZIONE AL PROBLEMA: Il contesto dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) coinvolge individui affetti da gravi disturbi mentali, comportamentali o cognitivi, la cui terapia è imposta per garantire la loro sicurezza e quella della comunità. Nonostante il ruolo fondamentale degli infermieri nel team di assistenza psichiatrica, esiste un'incertezza significativa riguardo alle loro specifiche responsabilità ed è presente un'inconsapevolezza sulla procedura riguardante il TSO.

SCOPO DELLO STUDIO: L'obiettivo principale di questo elaborato è chiarire le responsabilità e le competenze degli infermieri nei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) tramite una revisione della letteratura. Un altro scopo è quello di definire come viene regolamentato e condotto un TSO.

MATERIALI E METODI:

Per lo svolgimento della revisione sono state consultate la banca dati di PubMed e Google Scholar, usufruendo dei termini mesh, messi in combinazione in specifiche stringhe di ricerca utilizzando anche articoli accessibili tramite il Proxy dell'Università degli studi di Padova. I quesiti di ricerca identificati, alla luce della letteratura di background sono i seguenti: Di cosa si occupa l'infermiere durante il TSO? Quali leggi regolamentano il comportamento dell'infermiere durante il TSO? Come si svolge un TSO e quali sono le figure fondamentali?

RISULTATI: La revisione della letteratura evidenzia l'importanza cruciale di definire chiaramente il coinvolgimento degli infermieri nei TSO per migliorare la formazione professionale e promuovere una collaborazione interprofessionale più efficace tra gli operatori sanitari coinvolti. Inoltre, una chiara spiegazione sullo svolgimento del TSO e sul ruolo infermieristico può contribuire a garantire una gestione ottimale dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali e a migliorare la qualità complessiva dell'assistenza fornita.

CONCLUSIONI: Questo studio analizza il ruolo degli infermieri nei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) nell'ambito psichiatrico. Esso identifica le responsabilità degli infermieri durante il TSO, inclusi il trasporto sicuro del paziente, la gestione della

sicurezza e l'educazione sanitaria. Si sottolinea l'importanza di limitare l'uso della contenzione in accordo con il Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche. Viene inoltre esaminata la Legge Basaglia (n.180/78) e il suo impatto sulla pratica psichiatrica in Italia, insieme alla procedura del TSO che coinvolge diversi attori chiave come il medico, il Sindaco e il Giudice Tutelare. Si conclude che il TSO mira a bilanciare la cura umana con il rispetto dei diritti e della dignità del paziente affetto da disturbi mentali.

PAROLE CHIAVE: Nurse, TSO, Responsibility; Nurse's role; Psychiatric patient; Involuntary commitment; Psychiatrist.

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO PRIMO: L'INFERMIERE PSICHIATRICO.....1

1.1 La figura dell'infermiere nel passato.....1

1.2 La figura dell'infermiere nel presente3

1.2.1 Fattori che influenzano la percezione dell'infermiere.....4

CAPITOLO SECONDO: IL PAZIENTE E IL MEDICO7

2.1 Il paziente psichiatrico.....7

2.2 Lo psichiatra7

2.3 I principali disturbi psichiatrici9

2.3.1 La schizofrenia9

2.3.2 Il disturbo depressivo maggiore10

2.3.3 Il disturbo bipolare11

CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI13

3.1 Obiettivo della Tesi.....13

3.2 Metodi e strumenti.....13

3.3 Parole chiave14

3.4 Fonti dei dati.....14

3.5 Criteri di inclusione ed esclusione degli articoli14

CAPITOLO QUARTO: RISULTATI15

4.1 Di cosa si occupa l'infermiere durante il TSO?15

4.2 Quali leggi regolamentano il comportamento dell'infermiere durante il TSO?.....17

4.3 Come si svolge un TSO e quali sono le figure fondamentali?26

CAPITOLO QUINTO: CONCLUSIONI.....29

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

CAPITOLO PRIMO: L'INFERMIERE PSICHIATRICO

1.1 La figura dell'infermiere nel passato

In Italia, il Regio Decreto del 16 agosto 1909, n. 615, noto come il primo "Testo unico" delle diverse normative legate ai manicomi, ha stabilito un ruolo predominante per il personale infermieristico all'interno di questi istituti. Tuttavia, il loro ruolo principale era la vigilanza sui pazienti. I requisiti culturali per l'ingresso in questo ambito professionale comprendevano principalmente:

- Possedere competenze di base nella lettura e nella scrittura, necessarie per la tenuta accurata dei registri di sorveglianza;
- Avere una buona condizione fisica, verificata tramite un esame medico specifico, e mantenere un comportamento morale e civile intatto. Inoltre, gli infermieri dovevano essere almeno ventunenni nel caso dei maschi e diciottenni per le femmine;
- Risiedere nelle vicinanze del manicomio, con l'obbligo di essere sempre reperibili.

L'articolo 34 di questo regolamento attribuiva automaticamente agli infermieri la responsabilità della sorveglianza dei pazienti. Dal momento che questi pazienti erano considerati ufficialmente pericolosi per sé stessi o per gli altri, era essenziale prevenire incidenti nei reparti del manicomio. In caso contrario, il personale di turno rischiava un'accusa quasi automatica. L'articolo recitava: *“gli infermieri rispondono dei malati loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati per il lavoro”*. Questo coinvolgimento legale immediato spiegava il rigoroso atteggiamento di sorveglianza e custodia, che limitava notevolmente l'adattamento e l'improvvisazione nel tentativo di prevenire situazioni critiche.

Nello stesso articolo si affermava che gli infermieri potevano ricorrere a mezzi coercitivi solo in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico. Il decreto faceva una distinzione tra gli infermieri “tout court” e i sorveglianti (infermieri con almeno tre anni di servizio, nominati dal direttore del manicomio), che erano incaricati del controllo e della verifica del lavoro svolto dagli infermieri, svolgendo in pratica il ruolo che oggi corrisponde ai coordinatori infermieristici.

Il personale infermieristico veniva assunto attraverso un semplice esame, dopo aver completato un breve corso di preparazione della durata di alcuni mesi. Questi infermieri possedevano competenze di base in psichiatria e soprattutto abilità pratiche, come la gestione di situazioni di crisi, l'applicazione delle tecniche di contenzione e l'esecuzione di procedure come l'elettroshock. L'obiettivo primario dell'infermiere era garantire la sicurezza dei pazienti, tanto che un tempo uno dei requisiti richiesti era l'altezza; per le donne, un requisito fondamentale era non essere sposate.

Solo per i medici erano previste procedure di tutela contro i licenziamenti ingiusti e un periodo di preavviso. Per gli infermieri non esisteva una simile tutela, e il contratto di lavoro diventava stabile solo dopo due anni di servizio in prova. Gli elementi valutativi si limitavano alla verifica dell'attenzione nella cura dei pazienti e all'impegno nel lavoro. Queste norme riflettevano l'indifferenza mostrata dalla legislazione e dalla comunità nei confronti della professione infermieristica. Non si può biasimare questa posizione, dal momento che il medico è sempre stato il punto di riferimento principale per i pazienti e il fulcro del processo di cura.

Le principali terapie a cui gli infermieri partecipavano o collaboravano comprendevano:

- Terapia con acqua;
- Elettroshock;
- Psicochirurgia;
- Insulinoterapia;
- Contenzione;
- Piretoterapia (in alcuni ospedali psichiatrici come il S. Maria della Pietà a Roma);
- Ergoterapia.

In questo sistema, l'infermiere psichiatrico rappresentava la figura chiave all'interno del manicomio. Era lui che seguiva la vita, la disperazione, le manifestazioni di pazzia e perfino la morte dei pazienti. Dopo la chiusura dei manicomi, gli infermieri sono stati "liberati" insieme ai pazienti.

Il processo di trasformazione istituzionale è stato complesso e difficile, caratterizzato da conflitti interni molteplici, in particolare tra gli infermieri, che non si sentivano tutelati nella loro nuova posizione e facevano fatica a rinunciare al tradizionale ruolo di "custodi"

per abbracciare e sperimentare le potenziali capacità assistenziali nei nuovi processi di cura e riabilitazione.

Dopo l'approvazione della legge 180, forse per comodità, si è preferito mantenere lo stigma che ancora vedeva l'infermiere nella sua storica veste di custode. Nei nuovi posti di lavoro, data la mancanza di definizione chiara delle mansioni, gli infermieri si sono trovati a svolgere ruoli inferiori alle proprie competenze reali, come quelli degli amministrativi, degli autisti, dei portinai-custodi delle chiavi dei servizi, dei servitori delle altre figure professionali o, addirittura, a imitare in modo goffo il medico. In questo contesto, le leggi e successivamente il mansionario sono stati gli unici documenti a tutela contro gli abusi di mansioni inferiori, ma allo stesso tempo hanno limitato la crescita professionale degli infermieri.

Dal giugno 1980, la figura dell'infermiere psichiatrico, che storicamente si occupava dei pazienti con problemi di salute mentale, è stata messa in esaurimento e sostituita dalla figura dell'infermiere professionale. [1]

1.2 La figura dell'infermiere nel presente

Possiamo definire il TSO una misura coercitiva, quindi una presa di potere da parte del personale sanitario e giudiziario nei confronti di una persona che sta vivendo un periodo di particolare vulnerabilità e che comporta quindi un potenziale pericolo per sé stesso e/o per gli altri. Gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti di queste misure hanno fortunatamente subito un'evoluzione significativa nel corso degli anni. Come abbiamo visto, il paradigma predominante era orientato al trattamento, con gli infermieri che consideravano l'uso di misure coercitive come parte integrante della terapia. Gli isolamenti e le contenzioni venivano visti come mezzi per proteggere la dignità dei pazienti e per garantire un ambiente sicuro nei reparti psichiatrici. Tuttavia, nel corso degli anni, questo paradigma è cambiato gradualmente verso un approccio basato sulla sicurezza. Gli infermieri hanno iniziato a riconoscere le conseguenze negative delle misure coercitive sui pazienti, tra cui stress post-traumatico e lesioni fisiche. Allo stesso tempo, il bisogno di mantenere la sicurezza per i pazienti e il personale ha continuato a essere un elemento cruciale. Attualmente, molti infermieri considerano le misure coercitive come un “male necessario” anziché un intervento terapeutico. La percezione è che queste misure siano

utilizzate solo quando altri approcci hanno fallito e il comportamento aggressivo del paziente rappresenta una minaccia per la sicurezza. Questo spostamento verso un atteggiamento più critico nei confronti delle misure coercitive è una risposta alla crescente consapevolezza delle loro implicazioni negative. Dagli studi che ho ricercato, è emerso che gli infermieri riconoscono la necessità di approcci più "delicati" per gestire il comportamento dei pazienti. Questi approcci alternativi mirano a garantire la sicurezza senza ricorrere alle misure coercitive invasive, preferendo quindi l'uso di interventi meno intrusivi, come i farmaci, l'osservazione ravvicinata o la consulenza individuale, quando possibile. [2]

1.2.1 Fattori che influenzano la percezione dell'infermiere

Uno studio pubblicato sul Giornale di infermieristica psichiatrica e di salute mentale sostiene che alcune caratteristiche del personale infermieristico possono influenzare l'uso e l'atteggiamento nei confronti delle misure coercitive; le caratteristiche che vengono individuate sono:

- Il genere dell'infermiere: La ricerca ha fornito risultati contrastanti, ma in generale, gli infermieri maschi sembrano avere una maggiore tendenza all'uso delle misure coercitive e possono avere atteggiamenti diversi rispetto alle colleghe femmine.
- Anzianità nell'ambito: Gli infermieri con maggiore esperienza possono avere una maggiore sicurezza nel gestire il comportamento aggressivo dei pazienti senza ricorrere alle misure coercitive. Tuttavia, l'anzianità può anche portare a una certa abitudine all'uso di tali misure.
- Formazione e specializzazione: Gli infermieri specializzati in salute mentale o in approcci terapeutici alternativi possono avere una maggiore consapevolezza delle alternative alle misure coercitive e una minore propensione a utilizzarle.

Dalle informazioni raccolte possiamo sintetizzare dicendo che, gli atteggiamenti degli infermieri psichiatrici verso le misure coercitive nella salute mentale acuta stanno cambiando, con una maggiore consapevolezza dei danni potenziali causati da tali misure. Gli infermieri preferiscono approcci meno invasivi quando possibile, ma riconoscono che

ci sono situazioni in cui l'uso delle misure coercitive può essere necessario per garantire la sicurezza. L'età, il genere e la formazione degli infermieri possono influenzare le loro decisioni e i loro atteggiamenti. La ricerca continua e l'evoluzione delle linee guida cliniche sono fondamentali per promuovere approcci più umani e basati sull'evidenza nella gestione del comportamento aggressivo nei pazienti con disturbi mentali acuti. [2]

CAPITOLO SECONDO: IL PAZIENTE E IL MEDICO

2.1 Il paziente psichiatrico

I soggetti a cui viene somministrato un trattamento sanitario obbligatorio, si trovano in questa situazione per una varietà di ragioni complesse e interconnesse. Alcuni possono aver sviluppato disturbi mentali a seguito di fattori genetici o biologici, mentre altri possono aver subito traumi o stress significativi nella loro vita che hanno contribuito ai loro problemi psichiatrici. Inoltre, le condizioni mediche o l'uso di sostanze possono influenzare negativamente la salute mentale di un individuo. Questi disturbi possono variare da piccoli turbamenti nella vita quotidiana a condizioni che causano notevoli disagi e interferiscono con il funzionamento normale del pensiero e del comportamento delle persone. Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, la loro durata può essere passeggera o protrarsi nel tempo e circa il 50% degli adulti affronta una malattia mentale in qualche momento della vita, con oltre la metà di loro che sperimentano sintomi di moderata o grave entità. Chiaramente i disturbi mentali sono vari, come la schizofrenia, il disturbo bipolare o ossessivo-compulsivo che sono riconosciuti tra i più bisognosi di cure, ma troviamo anche disturbi legati all'alimentazione o del sonno che possono essere causati magari da un pregresso disturbo d'ansia. Nonostante l'ampia incidenza delle malattie mentali, solo una minoranza, circa il 20%, cerca consulenza da uno specialista.

La comprensione delle cause specifiche che hanno portato un paziente a questa situazione richiede una valutazione dettagliata e un approccio individuale, poiché ogni persona è unica e affronta sfide diverse. La valutazione accurata e l'empatia sono fondamentali per stabilire un percorso di trattamento efficace e un sostegno adeguato al paziente. [3]

2.2 Lo psichiatra

La diagnosi in psichiatria rappresenta un'arte complessa e in continua evoluzione. Nell'evoluzione della medicina nel corso della storia, molte specialità mediche hanno fatto progressi significativi e la tecnologia ha avanzato notevolmente in campi come la chirurgia, la diagnostica per immagini e la medicina di laboratorio. Tuttavia, la psichiatria è rimasta indietro nella creazione di strumenti diagnostici oggettivi. Questa mancanza di progresso ha reso complesso l'elaborare diagnosi basate su segni e sintomi misurabili e su

prove esterne di validità. Al contrario, molte malattie acute, come la polmonite, potevano essere identificate in modo relativamente semplice attraverso segni clinici evidenti, risultati di esami del sangue e immagini radiologiche.

Vennero sperimentate diverse soluzioni come il modello di malattia forte e successivamente il modello di malattia debole che aiutò nello sviluppo di concetti come la “forma morbosa” secondo Kahlbaum e un programma per la sistematizzazione di quadri clinici tipici di Kraepelin. Emersero modelli alternativi come la psicoanalisi di Freud e il modello socio relazionale, che privilegiavano il significato personale dei sintomi, valorizzando biografie irripetibili e trascurando la forma per il contenuto. Tuttavia, spesso stemperavano il confine tra normalità e patologia e mancavano di validazioni esterne.

Alcuni movimenti estremisti come l'antipsichiatria hanno addirittura respinto l'idea stessa di diagnosi psichiatrica. Tuttavia, questa rinuncia comporta la perdita dell'opportunità di apprendere dall'esperienza e di classificare le conoscenze acquisite in base alle affinità riconosciute. Anche coloro che negano l'utilità della diagnosi finiscono per fare diagnosi utilizzando sistemi di riferimento diversi.

Attualmente, la diagnosi in psichiatria si basa ancora principalmente sulla valutazione dei sintomi psicopatologici attraverso il colloquio clinico e, talvolta, test psicodiagnostici. Manca ancora la presenza di validazioni esterne, e questo porta alla convenzionalità delle diagnosi in psichiatria e al rischio di ripetizioni nelle definizioni.

Nonostante queste sfide, ci sono prospettive interessanti per il futuro della diagnosi in psichiatria. Alcuni sviluppi che potrebbero contribuire a migliorare la situazione includono:

- **Farmaci Psicotropi Selettivi:** La ricerca continua a sviluppare farmaci psicotropi sempre più mirati, che potrebbero fornire indicatori biologici più affidabili per la diagnosi.
- **Neuroimaging:** Le tecniche di neuroimaging stanno diventando sempre più precise nell'osservazione dell'attività cerebrale, il che potrebbe fornire dati oggettivi utili per la diagnosi.

- Genetica: Lo studio del genoma umano potrebbe rivelare marcatori genetici che contribuiscono alla comprensione delle malattie psichiatriche. [3]

2.3 I principali disturbi psichiatrici

Esistono diversi tipi di disturbo e ognuno ha caratteristiche proprie, la diagnosi in questo caso è importante per individuare la malattia. Questi disturbi vengono descritti nel manuale di psichiatria per professioni sanitarie, opera a carico del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna. L'opera distingue le malattie in: disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e dello spettro, disturbi del comportamento alimentare, disturbi da sostanze.

Di seguito, indicherò alcuni tra i disturbi più conosciuti. [4]

2.3.1 La schizofrenia

La schizofrenia rappresenta una malattia complessa e debilitante caratterizzata da una grave e profonda distorsione dell'esperienza individuale, influenzando sia la percezione di sé stessi che del mondo circostante. Questa distorsione è il risultato di un cambiamento qualitativo nella modalità di "sentire" ed "esperire", con il soggetto schizofrenico che elabora in modo privato e altamente personale il mondo che lo circonda. Tuttavia, spesso l'incapacità di comunicare questa esperienza privata crea barriere fragili tra il mondo interno del paziente e la realtà esterna, portando a quella "angosciosa difficoltà di esser sé stesso". La schizofrenia si manifesta attraverso sintomi che possono essere categorizzati come "positivi" e "negativi", i quali insieme possono compromettere il pensiero, l'affettività, il comportamento e il funzionamento sociale e lavorativo della persona. I sintomi "positivi" sono spesso episodici e possono richiedere ospedalizzazione. Questi sintomi comprendono alterazioni del comportamento, delle percezioni e del pensiero, come aggressività, immobilità e mutismo. Le allucinazioni uditive sono comuni, con le voci che possono variare da minacciose a amichevoli. Le alterazioni del pensiero possono manifestarsi come incoerenza, perdita dei nessi associativi, neologismi e deliri di persecuzione, grandezza o riferimento, tra gli altri. D'altra parte, i sintomi "negativi" e i deficit cognitivi tendono a stabilizzarsi nel tempo e contribuiscono in modo significativo

alla compromissione funzionale del paziente. Questi sintomi riguardano principalmente l'affettività, manifestandosi come apatia, anedonia e scarsa espressività emozionale.

La compromissione cognitiva interessa l'attenzione, la memoria, la velocità psicomotoria e le funzioni esecutive. Questi problemi possono portare a una disabilità sociale e occupazionale significativa.

La schizofrenia è una malattia cronica con un decorso che può attraversare diverse fasi, comprese le fasi prodromica, attiva e residua. La diagnosi si basa su criteri specifici, che includono la presenza di sintomi caratteristici positivi e negativi, disabilità sociale/occupazionale e la persistenza dei sintomi per almeno sei mesi. La schizofrenia ha una base genetica significativa, con un rischio aumentato tra i parenti di primo grado dei pazienti.

Il trattamento precoce e interventi di riabilitazione possono contribuire a migliorare la funzionalità dei pazienti. La prognosi tende a essere migliore nelle donne, e fattori protettivi includono un trattamento precoce, un forte sostegno familiare e un ambiente sociale tollerante. La schizofrenia è una malattia complessa e sfidante, ma con un adeguato supporto e trattamento, molte persone affette da questa condizione possono condurre una vita significativa e soddisfacente. [4]

2.3.2 Il disturbo depressivo maggiore

La depressione maggiore è una condizione caratterizzata da un tono dell'umore continuamente basso, associato a sintomi che interferiscono significativamente con la capacità funzionale dell'individuo. La persona affetta da depressione non è solo semplicemente triste, ma presenta una perdita di interesse e piacere per la maggior parte delle attività, una bassa stima di sé e una visione pessimistica del futuro. Dal punto di vista psicomotorio, si possono osservare rallentamento e mancanza di energia o, al contrario, agitazione, spesso accompagnata da ansia e irritabilità. Altri sintomi includono ridotta concentrazione, sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessiva, e idee di morte. Questi sintomi possono causare una significativa compromissione del funzionamento del soggetto e possono persistere per la durata di un singolo episodio o presentarsi in forma ricorrente.

È importante notare che la depressione è uno dei più importanti fattori di rischio per il suicidio.

Dal punto di vista epidemiologico, la depressione è una delle principali cause di malattia nel mondo, colpisce 121 milioni di persone. È più comune nelle donne rispetto agli uomini e si manifesta spesso tra i 25 e i 40 anni. La sua incidenza è in crescita e rappresenta un notevole onere economico e umano.

L'eziologia della depressione maggiore è multifattoriale e coinvolge fattori genetici, biologici e psico-sociali. Studi hanno dimostrato un aumento significativo del rischio di sviluppare la depressione nei nuclei familiari in cui sono presenti soggetti con disturbi dell'umore. Tra i fattori psicosociali, la perdita precoce di un genitore può essere associata al disturbo.

Il decorso della depressione maggiore può avere un esordio improvviso o graduale e presenta una durata variabile. Mentre la prognosi è generalmente buona, con il 50% dei pazienti che guarisce completamente, è importante notare che la probabilità di episodi successivi aumenta con il numero di episodi precedenti.

Quando si affronta un paziente depressivo, è essenziale riconoscere e validare la sofferenza del paziente. Gli operatori sanitari dovrebbero incoraggiare il paziente, offrendo una ragionevole speranza e sottolineando l'efficacia dei trattamenti. È importante evitare di colpevolizzare il paziente o richiedere di "farsi forza". Inoltre, valutare la situazione familiare del paziente e ascoltarlo con interesse e comprensione è fondamentale per una gestione efficace della depressione. [4]

2.3.3 Il disturbo bipolare

Il Disturbo Bipolare è una condizione caratterizzata dall'oscillazione del tono dell'umore in due direzioni opposte, manifestandosi in episodi depressivi e maniacali o ipomaniacali, che possono variare in intensità e gravità. Durante un episodio maniacale, l'individuo presenta un umore elevato, uno stato di eccitazione e di esaltazione, e un aumento dell'energia. Questi pazienti possono mostrare comportamenti impulsivi, disinibiti e aggressivi, oltre a un ridotto bisogno di sonno e cibo. Al contrario, gli episodi depressivi sono caratterizzati

da umore depresso, ridotta energia, e perdita di interesse per le attività. La presenza di uno o più episodi depressivi e almeno un episodio ipomaniacale nella storia della persona porta alla diagnosi di Disturbo Bipolare. Questo disturbo può essere classificato come tipo I se ci sono uno o più episodi maniacali, o tipo II se ci sono uno o più episodi ipomaniacali ma nessun episodio maniacale.

Dal punto di vista epidemiologico, il Disturbo Bipolare colpisce circa l'1% della popolazione generale, senza differenze significative tra i sessi. L'età di esordio più comune è intorno ai 30 anni. La componente genetica gioca un ruolo significativo nell'eziologia del Disturbo Bipolare, con un rischio maggiore nei parenti di primo e secondo grado di pazienti affetti. In particolare, la presenza di uno o entrambi i genitori con il disturbo è associata a un esordio più precoce e a un quadro clinico più grave.

Il decorso della malattia può variare notevolmente tra i pazienti. Una diagnosi accurata e precoce è essenziale per un miglior decorso, riducendo i sintomi e la disabilità. Tuttavia, il numero annuo di episodi di alterazione dell'umore può influenzare significativamente la prognosi, con il termine "cicli rapidi" che indica un peggioramento della situazione. Questi pazienti hanno frequenti episodi di malattia e passano poco tempo in remissione, rendendo difficile la costruzione di una rete affettiva e familiare stabile e la partecipazione a lavoro o studi. La presenza di un disturbo bipolare stagionale, con episodi maniacali o ipomaniacali che si verificano più spesso in primavera-estate e episodi depressivi in autunno, è un altro aspetto da considerare in questa condizione complessa. [4]

CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo della Tesi

L'obiettivo principale di questo elaborato è chiarire le responsabilità e le competenze degli infermieri nei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) tramite una revisione della letteratura. Un altro scopo è quello di definire come viene regolamentato e condotto un TSO.

3.2 Metodi e strumenti

I quesiti di ricerca identificati, alla luce della letteratura di background sono i seguenti:

1. Di cosa si occupa l'infermiere durante il TSO?
2. Quali leggi regolamentano il comportamento dell'infermiere durante il TSO?
3. Come si svolge un TSO e quali sono le figure fondamentali?

PIO

P	Infermieri nel TSO
I	Responsabilità degli infermieri durante il TSO
O	Illustrare e definire il ruolo degli infermieri durante il TSO e le regolamentazioni principali inerenti alla procedura

Tabella 1: PIO

3.3 Parole chiave

Affinché si riesca a dare una risposta ai quesiti di ricerca posti, è stata eseguita un'indagine utilizzando le seguenti parole chiave:

- Nurse;
- TSO;
- Responsibility;
- Nurse's role;
- Psychiatric patient;
- Involuntary commitment;
- Psychiatrist.

3.4 Fonti dei dati

Per lo svolgimento della revisione sono state consultate la banca dati di PubMed e Google Scholar, usufruendo dei termini mesh, messi in combinazione in specifiche stringhe di ricerca utilizzando anche articoli accessibili tramite il Proxy dell'Università degli studi di Padova.

3.5 Criteri di inclusione ed esclusione degli articoli

Gli articoli sono stati selezionati in base ai seguenti criteri:

1. Articoli che rispondevano ai quesiti di ricerca;
2. Studi pubblicati negli ultimi dieci anni (2013 - 2023), ad eccezione di uno studio pubblicato nel 2012, in quanto ritenuto importante per lo svolgimento della Tesi;
3. Manuali contenenti definizioni e procedure psichiatriche.

I criteri di esclusione degli articoli sono stati:

1. Articoli che non rispondevano ai quesiti di ricerca;
2. Studi non riguardanti l'ambito psichiatrico.

CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

4.1 Di cosa si occupa l'infermiere durante il TSO?

Innanzitutto, gli infermieri sono coinvolti nel processo di valutazione iniziale dei pazienti, contribuendo a raccogliere informazioni sulla loro condizione e sulle circostanze che hanno portato all'attivazione del TSO, collaborano con i medici nel monitorare il paziente e nel riferire eventuali cambiamenti nel suo stato di salute. L'infermiere deve aderire strettamente al segreto professionale, proteggendo le informazioni confidenziali del paziente e condividendole se necessario solo con i membri della squadra di assistenza sanitaria autorizzati (il rispetto per il segreto professionale è importante per mantenere la fiducia del paziente ma soprattutto rispettare i suoi diritti). Durante il periodo di TSO, gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nell'assicurare che il paziente riceva le cure necessarie in modo appropriato e nel rispetto dei suoi diritti. Oltre ad attivare il mezzo di trasporto e accompagnare il paziente durante tutta la procedura, somministrano farmaci e terapie previste dal piano di trattamento, mantengono la documentazione accurata dei progressi e delle condizioni del paziente e comunicano regolarmente con la squadra medica per apportare eventuali modifiche al piano di trattamento. Inoltre, gli infermieri interagiscono con il paziente nel tentativo di ottenere il suo consenso per le cure, questo può comportare l'offerta di supporto emotivo e l'educazione del paziente sui benefici delle cure proposte. L'infermiere deve sempre rispettare i diritti del paziente, dalla preservazione della sua dignità alla firma del consenso informato. In sintesi, il ruolo dell'infermiere nei trattamenti sanitari obbligatori è quello di fornire assistenza clinica, garantire la sicurezza e il benessere del paziente, monitorare il progresso del trattamento e facilitare la comunicazione all'interno del gruppo sanitario per assicurare che il paziente riceva le cure necessarie, rispettando i suoi diritti e la sua dignità. [5] [6]

IL CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato rappresenta un elemento fondamentale nel contesto dei trattamenti sanitari, specialmente quando si tratta di malattie mentali. Nel corso della storia, il "trattamento della follia" è stato spesso associato a violenza e costrizione, ma nel tempo, le normative e le prospettive sono cambiate.

La Costituzione Italiana nel 1948 ha introdotto esplicite garanzie nei trattamenti senza consenso, considerando gli orrori della medicina nazista e l'importanza di proteggere i diritti e la dignità delle persone. Successivamente, le normative si sono ampliate ulteriormente con convenzioni internazionali, codici deontologici e dibattiti sulla capacità del cittadino di decidere sulle cure; oltre all'introduzione della famosa legge 180/78. Il consenso informato è quindi diventato centrale per l'esecuzione di un trattamento obbligatorio, ma rimangono complessità legate alle specificità dei casi, alle diverse condizioni di salute, e alla capacità delle persone di valutare i rischi e i benefici. La clinica del rifiuto al trattamento richiede competenze multidisciplinari e una profonda comprensione delle esigenze e delle condizioni dei pazienti. Si tratta di un processo complesso che non può essere affrontato solo dal punto di vista burocratico e giuridico. Il problema del consenso ai trattamenti sfida i confini tra il diritto e l'etica, sollevando domande su cosa sia più importante tra i due. Inoltre, l'applicazione di trattamenti sanitari obbligatori nei pazienti psichiatrici presenta sfide specifiche, soprattutto nella valutazione delle condizioni di malattia mentale, la negoziazione del consenso che non può essere eccessivamente invasiva e la definizione di modalità di intervento intermedie tra la libertà e l'obbligo. A rendere il tutto più complesso vi sono le situazioni che si creano di caso in caso che non possono quindi essere prestabilite. In conclusione, il consenso informato è un concetto fondamentale nella pratica medica, specialmente nell'ambito della psichiatria. Quindi, la sua applicazione richiede una comprensione approfondita delle specificità di ogni situazione e una continua riflessione etica. [7]

L'ALLEANZA TERAPEUTICA

L'alleanza terapeutica svolge quindi un ruolo cruciale nella pratica medica e infermieristica nei casi di trattamento sanitario obbligatorio. Questo rapporto di fiducia e collaborazione tra il paziente e gli operatori sanitari è essenziale per ottenere un valido consenso e avviare un percorso di cura efficace. L'infermiere, consapevole delle implicazioni etiche, deontologiche e legali del TSO, gioca un ruolo chiave in questa situazione complessa. Il TSO solleva un dilemma etico, poiché spesso costringe la beneficenza sopra l'autodeterminazione del paziente. La risoluzione di questo dilemma può essere agevolata

dall'uso dell'alleanza terapeutica e dall'intervento attivo dell'infermiere. La ricerca ha dimostrato che un solido rapporto terapeutico è significativo nel successo del trattamento e della soddisfazione del paziente. Inoltre, coinvolgere il paziente nel processo decisionale, specialmente quando il TSO è imposto da un giudice, riduce il trauma e migliora la prognosi. Tuttavia, i pregiudizi e i limiti personali degli operatori possono influenzare la qualità dell'assistenza. Pertanto, è essenziale che l'infermiere abbia delle buone conoscenze sulle malattie mentali per calcolare i rischi e prevenirli, sulle implicazioni legali e soprattutto sulle basi della legge che regolamenta il TSO in modo da affrontare le sfide in modo etico ed efficace. [8]

4.2 Quali leggi regolamentano il comportamento dell'infermiere durante il TSO?

La Legge 180/78 stabilisce che il Trattamento Sanitario Obbligatorio è una procedura che, pur rappresentando una limitazione delle libertà personali, trova il suo fondamento giuridico nell'eccezionalità delle situazioni che lo richiedono. La Costituzione italiana prevede che la legge debba individuare i casi in cui la libertà personale può essere eccezionalmente violata. In queste circostanze, l'intervento dell'Autorità giudiziaria è essenziale per garantire il rispetto dei diritti fondamentali dei cittadini. La Legge 180/78, comunemente conosciuta come Legge Basaglia, è stata una pietra miliare nella riforma della salute mentale in Italia. Questa legge, adottata a seguito degli sforzi del celebre psichiatra Franco Basaglia e del suo movimento Psichiatria Democratica, ha trasformato radicalmente l'approccio all'assistenza psichiatrica nel paese. La legge era basata su principi anti-custodialisti, che miravano a eliminare gli ospedali psichiatrici e a deistituzionalizzare la cura dei pazienti affetti da disturbi mentali. Invece di incarcerare i pazienti in strutture chiuse, la legge sanciva la creazione di servizi decentrati e la chiusura di tutti i manicomi d'Italia. L'obiettivo era quello di trattare le persone affette da disturbi mentali in modo più umano, rispettando i loro diritti e garantendo loro cure adeguate. La Legge Basaglia ha anche introdotto il concetto di correlazione funzionale, enfatizzando la continuità terapeutica. Tuttavia, questa legge è stata oggetto di dibattito, con alcune critiche che sostenevano che la mancanza di definizioni chiare dei servizi alternativi avesse creato sfide nell'attuazione pratica della legge. Nonostante le controversie, la Legge Basaglia ha

avuto un impatto duraturo sulla salute mentale in Italia, aprendo la strada a una maggiore attenzione ai diritti umani, alla riabilitazione e alla deistituzionalizzazione.

ARTICOLO 1 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Principio di Volontarietà: L'articolo sottolinea che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono, per lo più, di natura volontaria. Questo sottolinea l'importanza del consenso informato del paziente nel processo decisionale riguardo alla propria salute.

Sanità Obbligatoria: L'articolo specifica che solo in casi particolari, previsti dalla legge, è possibile imporre accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori. Questi casi devono rispettare la dignità della persona e i diritti civili e politici sanciti dalla Costituzione.

Diritto alla Libera Scelta: L'articolo menziona il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, sottolineando l'importanza della personalizzazione delle cure sanitarie.

Responsabilità dell'Autorità Sanitaria Locale: Si specifica che il sindaco, in qualità di autorità sanitaria locale, è responsabile di disporre accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori su proposta di un medico.

Partecipazione e Consenso: È evidenziato il diritto del paziente sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio di comunicare con chi ritiene opportuno. Questo sottolinea l'importanza di coinvolgere il paziente nel processo di cura, anche quando si tratta di trattamenti obbligatori.

Ruolo del Medico: L'articolo attribuisce un ruolo centrale al medico nella proposta e nell'attuazione dei trattamenti sanitari obbligatori.

ARTICOLO 2

Nel secondo articolo, la Legge 180/78 espande la portata delle misure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio specificamente alle persone affette da malattie mentali. Questo rappresenta un passo significativo nella promozione dei diritti dei pazienti affetti da disturbi mentali e nel riconoscimento dell'importanza di fornire loro cure appropriate, anche in situazioni in cui potrebbero non essere in grado di accettare volontariamente il trattamento.

La legge prevede che il trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza ospedaliera sia una misura eccezionale, giustificata solo in presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici. Inoltre, questo tipo di trattamento deve essere adottato solo se il paziente non accetta volontariamente le cure e non esistono circostanze che consentano l'applicazione di misure sanitarie extra ospedaliere.

Un elemento chiave in questo articolo è la necessità di convalida della proposta di trattamento sanitario obbligatorio da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica. Questa procedura assicura che la decisione di imporre un trattamento in regime di degenza ospedaliera sia basata su una valutazione medica accurata e che sia motivata in conformità con le disposizioni precedenti della legge.

ARTICOLO 3

L'articolo 3 della Legge 180/78 stabilisce un procedimento dettagliato per gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori che richiedono degenza ospedaliera per persone affette da malattie mentali. Questo approccio mira a garantire che tali misure siano attuate in modo legale, trasparente e sotto stretto controllo giuridico.

Innanzitutto, il sindaco, responsabile dell'autorità sanitaria locale, deve notificare il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza ospedaliera entro 48 ore dal ricovero. Questa notifica è effettuata tramite un messo comunale al giudice tutelare competente nella circoscrizione del comune. Questa procedura assicura che un'autorità giuridica indipendente sia informata tempestivamente e possa supervisionare il processo.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore dalla notifica, deve prendere una decisione con un decreto motivato, convalidando o non convalidando il provvedimento. In caso di mancata convalida, il sindaco è tenuto a porre fine al trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Questo processo garantisce una revisione giudiziaria della decisione, proteggendo i diritti del paziente.

In situazioni in cui il trattamento sanitario obbligatorio coinvolge pazienti che risiedono in comuni diversi o cittadini stranieri, sono previste procedure specifiche di comunicazione

alle autorità competenti, come il sindaco del comune di residenza e il Ministero dell'Interno. Ciò garantisce una gestione appropriata delle misure anche in situazioni complesse.

Il medico responsabile del servizio psichiatrico è ulteriormente coinvolto, in particolare quando il trattamento sanitario obbligatorio debba superare il settimo giorno. Deve formulare una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero e comunicare la possibile durata prolungata del trattamento al giudice tutelare.

Inoltre, è previsto che il sanitario comunichi al sindaco sia la cessazione delle condizioni che richiedono il trattamento obbligatorio sia la sua impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Questo garantisce un monitoraggio continuo del paziente e consente di apportare modifiche al trattamento quando necessario.

Infine, l'articolo sottolinea che l'omissione nelle comunicazioni richieste costituisce una grave violazione e può comportare conseguenze legali, tranne nei casi in cui sussistano estremi di un delitto più grave. Questo rafforza ulteriormente l'importanza di un rigoroso rispetto delle procedure stabilite dalla legge.

ARTICOLO 4

L'articolo 4 della Legge 180/78 garantisce un meccanismo che consente a chiunque di richiedere la revoca o la modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio, evidenziando un importante aspetto di tutela dei diritti e delle decisioni dei pazienti e dei loro familiari.

Chiunque, inclusi i pazienti stessi, i familiari o altre parti interessate, ha il diritto di rivolgersi al sindaco con una richiesta formale di revoca o modifica del provvedimento. Questo meccanismo di richiesta offre una via legale per coloro che ritengono che il trattamento obbligatorio debba essere riesaminato o adattato alle circostanze specifiche del paziente.

La legge stabilisce che il sindaco deve prendere una decisione in merito alle richieste di revoca o modifica entro dieci giorni dalla ricezione delle stesse. Questo garantisce una risposta tempestiva alle richieste dei pazienti e delle loro famiglie, tenendo conto

dell'urgenza di alcune situazioni. La tempistica definita dalla legge mira a garantire una revisione rapida e adeguata del trattamento in caso di necessità.

Inoltre, l'articolo stabilisce che i provvedimenti di revoca o modifica devono essere adottati attraverso lo stesso procedimento previsto per il provvedimento originale. Questo assicura che le decisioni di revoca o modifica siano prese con la stessa attenzione e ponderazione, in modo da garantire la tutela dei diritti del paziente e il rispetto delle procedure legali.

In sintesi, l'articolo 4 enfatizza la necessità di un meccanismo legale che consenta alle persone coinvolte di richiedere la revisione o la modifica di un trattamento sanitario obbligatorio, garantendo un processo tempestivo e basato sul rispetto dei diritti dei pazienti. L'infermiere potrebbe essere coinvolto in questi processi in qualità di professionista sanitario.

ARTICOLO 5

L'articolo 5 della Legge 180/78 istituisce una solida protezione giuridica per le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio e per chiunque abbia un interesse legittimo in merito a tali trattamenti.

In primo luogo, stabilisce che chi è soggetto a un trattamento sanitario obbligatorio, così come chiunque abbia un interesse in merito, ha il diritto di presentare un ricorso al tribunale competente per il territorio contro il provvedimento che è stato convalidato dal giudice tutelare. Questo meccanismo assicura che le persone coinvolte abbiano accesso a un processo giurisdizionale per riesaminare e contestare le decisioni relative al loro trattamento sanitario.

Il processo davanti al tribunale consente alle parti di presentarsi senza la necessità di un difensore legale, consentendo alle persone coinvolte di rappresentare se stesse o di farsi rappresentare da un mandatario con un mandato scritto allegato al ricorso. Inoltre, il ricorso può essere presentato al tribunale tramite raccomandata con avviso di ricevimento, garantendo una procedura accessibile.

Il presidente del tribunale è incaricato di fissare l'udienza di comparizione delle parti tramite un decreto in calce al ricorso, notificato alle parti interessate e al pubblico

ministero. L'articolo 5 della Legge 180/78 istituisce una solida protezione giuridica per le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio e per chiunque abbia un interesse legittimo in merito a tali trattamenti.

In primo luogo, stabilisce che chi è soggetto a un trattamento sanitario obbligatorio, così come chiunque abbia un interesse in merito, ha il diritto di presentare un ricorso al tribunale competente per il territorio contro il provvedimento che è stato convalidato dal giudice tutelare. Questo meccanismo assicura che le persone coinvolte abbiano accesso a un processo giurisdizionale per riesaminare e contestare le decisioni relative al loro trattamento sanitario.

ARTICOLO 6

L'articolo 6 della Legge 180/78 definisce chiaramente le modalità di intervento per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali, sottolineando l'importanza di servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri come principale approccio.

In particolare, l'articolo stabilisce che a partire dall'entrata in vigore della legge, i trattamenti sanitari per malattie mentali che richiedono degenza ospedaliera, e che sono finanziati dallo Stato o da enti e istituzioni pubbliche, devono essere condotti nei servizi psichiatrici. Questa disposizione promuove il trattamento dei pazienti in strutture psichiatriche specializzate, con l'obiettivo di garantire una cura adeguata e specifica per le malattie mentali.

Inoltre, l'articolo stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano devono identificare gli ospedali generali in cui devono essere creati servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Questi servizi sono collegati in modo organico e funzionale agli altri servizi psichiatrici esistenti nel territorio, garantendo la continuità dell'intervento sanitario per la salute mentale.

Il provvedimento consente inoltre alle regioni e province autonome di individuare istituzioni private di ricovero e cura che soddisfano i requisiti richiesti per attuare trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero. Questo offre una maggiore

flessibilità nell'allocazione delle risorse e nelle opzioni di trattamento, mantenendo al contempo standard di qualità.

Infine, le province possono stipulare convenzioni con istituzioni private di ricovero e cura per affrontare le esigenze assistenziali, il che consente una collaborazione efficace tra il settore pubblico e privato per garantire l'accesso a trattamenti sanitari adeguati per i pazienti con malattie mentali.

ARTICOLO 7

L'articolo 7 è di fondamentale importanza perché regola il trasferimento delle funzioni amministrative relative all'assistenza ospedaliera psichiatrica. Le province che esercitavano tali funzioni vedono ora queste responsabilità trasferite alle regioni ordinarie e a statuto speciale, ad eccezione delle province autonome di Trento e Bolzano, che mantengono la loro competenza.

In particolare, l'articolo stabilisce che le funzioni di assistenza ospedaliera psichiatrica riguardano i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche, e queste funzioni passano sotto l'autorità delle regioni per i territori di loro competenza.

Tuttavia, rimane vigente la competenza delle province autonome di Trento e Bolzano per queste questioni. Questa disposizione è parte di un graduale processo di decentramento amministrativo e di riforma sanitaria in Italia.

Il provvedimento proibisce la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici e l'uso di quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali. Inoltre, prevede che il personale degli ospedali psichiatrici sia assegnato ai servizi psichiatrici degli ospedali generali.

La Legge 180/78 promuove l'idea di superamento degli ospedali psichiatrici e favorisce la diversa utilizzazione delle strutture esistenti. Tali iniziative dovrebbero essere pianificate e coordinate tra regioni e province autonome, garantendo al contempo che non comportino oneri finanziari aggiuntivi per le province.

Infine, l'articolo prevede che i rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e altre strutture di ricovero e cura siano regolati da apposite convenzioni. Queste convenzioni definiscono questioni finanziarie, il collegamento tra le strutture e l'impiego del personale. Le norme economiche del personale degli ospedali psichiatrici pubblici saranno oggetto di graduale omogeneizzazione in sede di rinnovo contrattuale.

ARTICOLO 8

L'articolo 8 è cruciale per quanto riguarda gli infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge. Queste norme si applicano anche a questa categoria di pazienti.

Il responsabile della divisione ospedaliera in cui sono ricoverati questi pazienti ha l'obbligo di comunicare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei pazienti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero. In questa comunicazione, deve anche indicare la durata presumibile del trattamento.

Il sindaco, basandosi su queste comunicazioni e secondo le norme stabilite nell'articolo 2, dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Inoltre, deve darne comunicazione al giudice tutelare seguendo le modalità previste nell'articolo 3.

È importante notare che l'omissione delle comunicazioni da parte del responsabile della divisione ospedaliera costituisce una violazione degli obblighi di ufficio e comporta la cessazione di ogni effetto del provvedimento. Inoltre, potrebbe configurare un reato, a meno che non sussistano circostanze più gravi.

Questo articolo fa una deroga temporanea alle disposizioni dell'articolo 6, permettendo il ricovero negli attuali ospedali psichiatrici solo per coloro che vi sono stati ricoverati precedentemente all'entrata in vigore della legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

ARTICOLO 9

L'articolo 9 della Legge 180/78 stabilisce le attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici. In particolare, le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono definite nei seguenti termini:

Il direttore dell'ospedale psichiatrico ha le attribuzioni stabilite dall'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

I primari degli ospedali psichiatrici hanno le attribuzioni previste dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Gli aiuti e gli assistenti degli ospedali psichiatrici hanno le attribuzioni delineate nell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

In pratica, questo articolo rimanda a normative precedenti per specificare le responsabilità e le competenze del personale medico negli ospedali psichiatrici. Questo è importante per garantire una corretta gestione e assistenza nei confronti dei pazienti con malattie mentali.

ARTICOLO 10

L'articolo 10 della Legge 180/78 apporta alcune modifiche al Codice penale italiano. Ecco quali sono le modifiche apportate:

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del Codice penale, sono sopresse le parole "di alienati di mente". Ciò implica la rimozione di questa specifica terminologia dal testo del Codice penale.

Nella rubrica dell'articolo 716 del Codice penale, vi è stata apportata una modifica che indica la rimozione del riferimento agli "infermi di mente" da questa sezione del codice.

Nello stesso articolo 716 del Codice penale, sono sopresse le parole "a uno stabilimento di cura o". Questa modifica implica la rimozione del riferimento a "uno stabilimento di cura" dall'articolo.

Queste modifiche sembrano essere in linea con l'approccio della Legge 180/78, che ha introdotto nuove disposizioni per il trattamento e l'assistenza delle persone con malattie

mentali. Le modifiche mirano a eliminare alcune terminologie e riferimenti obsoleti presenti nel Codice penale in relazione a tali questioni.

ARTICOLO 11

Nell'articolo 11 vengono abrogati alcuni articoli e disposizioni, che cito *“Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del Codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge. Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale. Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.”* [9]

4.3 Come si svolge un TSO e quali sono le figure fondamentali?

Il TSO è costituito da una serie di elementi che sono ritenuti essenziali per la procedura.

La Valutazione Medica è un elemento chiave del processo del TSO è la valutazione medica. È compito di un medico, spesso uno psichiatra, esaminare il paziente, stabilire una diagnosi e determinare se il TSO è necessario per proteggere la persona o gli altri da pericoli gravi. La decisione si basa su una valutazione clinica approfondita.

Il Ruolo del Giudice Tutelare è essenziale per garantire il rispetto dei diritti della persona sottoposta a TSO. Il Sindaco deve inviare l'ordinanza al Giudice Tutelare entro 48 ore dal ricovero forzoso al fine di ottenere la sua convalida. Il Giudice deve convalidare o annullare il provvedimento entro 48 ore successive. In mancanza di convalida, il TSO decade automaticamente.

Il TSO è disposto dal Sindaco, che agisce in qualità di autorità sanitaria. Questa autorità può emettere un'ordinanza motivata per avviare un TSO sulla base di tre presupposti fondamentali:

1. Urgenti Interventi Medici: La persona deve trovarsi in uno stato tale da necessitare di urgenti interventi medici a causa di un disturbo mentale. In questo contesto, il pericolo deve essere grave e immediato.
2. Rifiuto delle Cure Proposte: Le cure psichiatriche proposte devono essere rifiutate dalla persona. Questo dimostra che il ricovero forzato è l'ultima risorsa, poiché il paziente non è in grado di accettare volontariamente il trattamento.
3. Mancanza di Alternative: Deve essere dimostrato che non è possibile adottare misure di diverso tipo per affrontare la situazione. Il TSO è pertanto l'opzione che rimane per garantire il trattamento necessario.

Il TSO ha una durata iniziale di sette giorni, ma può essere prorogato solo su richiesta espressa dello psichiatra competente del reparto di diagnosi e cura. In assenza di tale comunicazione, la cessazione del trattamento viene comunicata al Sindaco e al Giudice. Se il trattamento viene prolungato, il Sindaco emette una nuova ordinanza che deve essere nuovamente convalidata dal Giudice Tutelare.

Il Diritto al Ricorso riguarda la possibilità del malato di fare ricorso al Sindaco contro l'ordinanza che ha stabilito il TSO. La legge stabilisce che chiunque può presentare ricorso. In caso di esito negativo del ricorso presentato al Sindaco, il paziente può richiedere la revoca direttamente al Tribunale, chiedendo contemporaneamente la sospensione immediata del TSO. Può anche delegare una persona di fiducia a rappresentarlo in tribunale, senza necessariamente coinvolgere un avvocato.

Sebbene il paziente sia sottoposto al trattamento contro la sua volontà, ha il diritto di essere informato sulle terapie a cui è costretto e può scegliere tra una serie di proposte alternative. La legge sottolinea che il trattamento deve avvenire nel rispetto della dignità e libertà della persona e che la contenzione fisica o la violenza sono vietate.

Scaduto il periodo del TSO, il paziente è libero di andarsene o di proseguire volontariamente il trattamento, se ritiene di averne bisogno. Il rispetto dei diritti del paziente, il monitoraggio costante da parte delle autorità competenti e l'obbligo di ricorrere al TSO solo in situazioni estreme contribuiscono a garantire una procedura giuridicamente fondata ed eticamente responsabile. [8] [10]

CAPITOLO QUINTO: CONCLUSIONI

Questa revisione nasce dall'interesse in ambito psichiatrico che ho sviluppato frequentando, per un periodo del mio tirocinio infermieristico, i servizi psichiatrici dell'ospedale di Feltre (BL), in cui non è presente un reparto di psichiatria ma che offre servizi fondamentali per la salute mentale dei cittadini del territorio quali: CSM, DAY HOSPITAL e CTRP.

Ho raccolto varie testimonianze, sia da parte degli infermieri e gli altri professionisti sia dai tanti pazienti che usufruiscono dei vari servizi, notando una notevole differenza tra le procedure e quelle che sono le situazioni in cui si sono trovati gli infermieri durante i TSO. Ho voluto quindi scrivere questo elaborato chiedendomi innanzitutto cosa fa l'infermiere durante i TSO, quali sono i limiti entro cui può operare e quali misure può adottare, in modo da chiarire quale sia il suo ruolo e cosa lo distingue dagli altri operatori. Svolgono un ruolo cruciale, sia nell'ambito ospedaliero che extra-ospedaliero. Si occupano del trasporto sicuro del paziente, della sua presa in carico, delle visite domiciliari e dell'educazione sanitaria. L'infermiere collabora strettamente con la squadra medica e, viene coinvolto nella gestione della sicurezza del paziente. È importante sottolineare che l'uso della contenzione deve essere eccezionale e temporaneo, e deve essere motivato e documentato in conformità con il Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche.

Oltre alla presenza del Codice Deontologico, vi sarà per forza l'esistenza di leggi che lo regolamentano, un esempio è la Legge Basaglia (n.180/78), nonché la più importante, che è stata un grande traguardo della psichiatria in Italia e che ho riportato nell'elaborato articolo per articolo. Questa legge ha ridefinito la pratica dell'assistenza psichiatrica, ponendo l'accento sul rispetto dei diritti fondamentali dei cittadini e sulla necessità di cure umane ed etiche.

Sicuramente la sola presenza dell'infermiere non basta ad attuare una procedura lunga e delicata come il TSO, ho quindi riportato quali sono le figure fondamentali che procedono al TSO e quali sono i vari step a cui viene sottoposto il paziente psichiatrico. Vengono coinvolti diversi attori chiave, tra cui un medico, spesso uno psichiatra, che effettua una valutazione medica approfondita per stabilire la necessità del TSO; Il Sindaco, in qualità di

autorità sanitaria, è colui che può emettere un'ordinanza motivata per l'avvio di un TSO; Questa decisione deve essere convalidata dal Giudice Tutelare entro 48 ore, altrimenti il TSO decade automaticamente. La procedura è basata su tre presupposti fondamentali, ovvero la necessità di urgenti interventi medici a causa di un disturbo mentale, il rifiuto delle cure proposte da parte del paziente e l'assenza di alternative di cura.

In conclusione, il TSO è una procedura giuridicamente fondata ed eticamente responsabile per affrontare situazioni eccezionali legate ai disturbi mentali. La combinazione di leggi, procedure, diritti del paziente e il ruolo dell'infermiere stabilito dal codice deontologico contribuiscono a garantire un approccio umano e rispettoso alla cura delle persone affette da disturbi mentali, bilanciando la necessità di proteggere il paziente con il rispetto dei suoi diritti e della sua dignità.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- [1] Assistenza infermieristica al paziente sottoposto a TSO: Ci sono alternative alla contenzione? (2020/2021). Disponibile al link: <https://tesi.univpm.it/bitstream/20.500.12075/8727/2/ddp9NwvDjSFhcb5mHZodehxdaDdcxj7WxoZmhvEvjwDII%3D%281%29.pdf>
- [2] Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- [3] Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., 2nd, Riba, M. B., Tong, L. D., Watkins, K. E., Fochtmann, L. J., Rhoads, R. S., Yager, J., & American Psychiatric Association (2015). The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults. *The American journal of psychiatry*, 172(8), 798–802. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1720501>
- [4] *Psichiatria per Professioni Sanitarie / Loredana Lia, Alessandro Serretti. – Bologna : Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie ; AlmaDL Alma Mater Studiorum Università di Bologna, 2014. – 223 p. ; 30 cm. ISBN 978-88-980-1019-6*
- [5] Cennini, E. (2017). TSO: PREVISIONI E PRASSI DI UN DISPOSITIVO PSICHIATRICO/COMPULSORY HEALTH TREATMENT: FORECAST AND PRAXIS OF A PSYCHIATRIC DEVICE. *Cartografie sociali. Rivista semestrale di sociologia e scienze umane*, (3)
- [6] Scotti, F. (2012). Salute mentale e servizi per la salute mentale. *LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA*, 56(2), 151.
- [7] LUIGI FERRANNINI, PAOLO F. PELOSO “I trattamenti senza consenso in psichiatria e in medicina tra norme, culture e pratiche. Appunti per una discussione” Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 “Genovese”

[8] Costi, Cesare. (2015). PATIENT'S WILL TO SELF DETERMINATION AND THE PURPOSES OF THE INVOLUNTARY COMMITMENT Ethical dilemmas during professional practice. 10.13140/RG.2.1.1193.6089.

[9] <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>

[10] Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491>