



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL
PAZIENTE PSICHIATRICO AUTORE DI
REATO: DAL MANICOMIO GIUDIZIARIO
ALLA REMS.**

**CONSIDERAZIONI SUL NURSING CARE E
SULL'ETICA**

Relatore: Prof. Camuccio Carlo Alberto

Laureando: De March Chiara
(matricola n: 1228402)

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1: Storia ed evoluzione del manicomio giudiziario in Italia	2
1.1 Brevi cenni storici sulla situazione estera	5
1.2 Caratteristiche degli internati nei manicomi giudiziari di fine XX secolo	7
1.3 Evoluzione della figura dell'infermiere	8
Capitolo 2: La trasformazione degli OPG	11
2.1 Dagli OPG alle REMS	13
Capitolo 3: <i>L'esperienza della REMS di Nogara</i>	17
3.1 Regolamenti della struttura	20
3.2 Sicurezza e scale utilizzate nella struttura	22
Capitolo 4: Nursing ed etica: analisi della letteratura	25
4.1 Background	25
4.2 Quesito della ricerca e obiettivi	27
4.4 Risultati e analisi degli articoli	28
4.5 Discussione e conclusioni	35
Bibliografia	39
Sitografia	43

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questa tesi è cercare di definire e analizzare la linea temporale che ha portato all'evoluzione dei vecchi manicomi giudiziari fino alle nuove REMS, con particolare attenzione ai cambiamenti avvenuti nel nursing e ai possibili modi per offrire una buona assistenza infermieristica. Ciò che caratterizza OPG e REMS sono i concetti di pericolosità sociale e di imputabilità, legati dunque alla parte sanitaria e legale, e i disturbi mentali spesso uniti ad abuso di sostanze e degrado sociale che insieme possono aumentare il rischio di avere comportamenti delinquenti.

La nuova Residenza Sanitaria per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) accoglie pazienti, giudicati non imputabili, o parzialmente imputabili, per infermità mentale e pericolosità sociale definite dalla perizia psichiatrica. Il ricovero in REMS è dunque disposto dal Giudice e seguito dall'Autorità Giudiziaria. Si tratta di pazienti molto complessi sia nella parte psicopatologica che personale, dunque stili di vita e storia familiare o personale passata. Le prestazioni erogate sono di tipo specialistico (psichiatrico-psicologiche) e mirate al recupero. La presa in carico è multiprofessionale e impiega risorse riabilitative, infermieristiche e sociali, tenendo conto del modello biopsicosociale del disturbo mentale, orientato alla recovery. La recente legislazione permette che le REMS offrano diverse possibilità di crescita organizzativa e professionale, permettendo dunque all'infermiere di sviluppare nuove skills inerenti al proprio campo e di migliorare l'assistenza infermieristica adattandola alle necessità di un paziente così particolare. La necessità di indagare questo campo dell'infermieristica deriva dalla curiosità di informarmi su un tema poco trattato in sede universitaria e una tipologia di paziente escluso dalle opzioni di tirocinio, nella speranza, inoltre, di abbattere lo stigma del criminale con disturbi mentali e di riuscire a capire come superare le difficoltà etiche affrontate dagli infermieri, ma anche dagli altri professionisti.

Capitolo 1

Storia ed evoluzione del manicomio giudiziario in Italia

Per capire come sono nati gli ormai superati OPG, è necessario analizzare la linea temporale che ha visto l'evoluzione delle due componenti principali che oggi collaborano per la riabilitazione e la cura del soggetto psichiatrico autore di reato: la sanità e la giustizia. Innanzitutto, bisogna partire dai manicomi criminali, i quali prendono parte, per la prima volta, nel dibattito politico-penale italiano con il nome di OPG nel 1975 (Fuggiano, 2015). I manicomi criminali nascono verso la fine dell'800 in territorio italiano dalle ideologie dei criminologi positivisti – diversi dai manicomi giudiziari, cioè istituzioni che vennero aperte dopo la creazione della sezione per maniaci ad Aversa, nel 1876 – con l'intenzione di custodire i cosiddetti "devianti". Queste persone, escluse dalla società per la loro pericolosità e condotta considerata vergognosa, si potevano dividere in due categorie: i folli rei, i quali venivano prosciolti dalle accuse poiché ritenuti in stato di pazzia e delirio durante la commissione del reato, e i rei folli, persone imputabili e colpevoli e che hanno dunque ricevuto una condanna per il reato commesso, impazzivano tempo dopo, che fosse prima o dopo il processo o la condanna.

Tra i personaggi appartenenti alla Scuola Positiva che si impegnavano nella ricerca di una soluzione per un'efficace difesa sociale dai devianti e dai comportamenti sconvenienti, si possono citare Cesare Lombroso, Enrico Ferri e molti altri medici e penalisti (Melani, 2014). Per questi alienisti, le differenze tra folle e delinquente erano quasi assenti, tanto da rinchiodere insieme nei manicomi criminali sia detenuti dal comportamento indisciplinato provenienti dalle carceri, sia pazienti ribelli e rivoltosi provenienti dai manicomi. La prima Sezione per devianti fu istituita ad Aversa nel 1876 con un atto amministrativo autonomo della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena e ospitava i delinquenti impazziti in carcere che i manicomi normali rifiutavano o

addirittura temevano. Ma l'iniziativa positivista non venne riconosciuta a livello formale, e ad Aversa si dovette far riferimento al Codice Zanardelli (o Codice penale italiano) del 1889 per inserire forzatamente nel Regolamento il manicomio criminale in cui potevano essere accolti solo detenuti ritenuti impazziti ma condannati a una pena che doveva superare 1 anno, soggetti prosciolti per totale infermità mentale e soggetti giudicabili in attesa della condanna definitiva inviati in osservazione dall'Autorità Giudiziaria (Benevelli, 2014).

In seguito, lo scontro di ideologie caratterizzato da un lungo dibattito giuridico e psichiatrico tra la Scuola Positiva e la Scuola Classica di diritto penale si risolse con il Codice Rocco, che prevedeva la misura di sicurezza invece della pena e l'internamento nel manicomio criminale invece della detenzione in carcere, rendendo legittima la "cura" del reo folle e del folle reo in nome della sicurezza sociale (Benevelli, 2014). È proprio il Codice Rocco a rendere attivi i manicomi giudiziari, punendo il soggetto autore di reato sia con le punizioni effettuate in un manicomio classico che con la repressione delle carceri per garantire la difesa sociale tanto osannata dai positivisti. Nella nuova istituzione, dunque, oltre alla pena inflitta per affliggere in base alla gravità del reato commesso, si pratica la privazione della libertà personale alla persona ritenuta socialmente pericolosa con lo scopo di curare e rieducare per mezzo della deprivazione di ogni diritto – mentre alcuni diritti venivano riconosciuti ai detenuti nelle carceri – e delle cure e pratiche mediche.

I manicomi giudiziari cominciarono così ad essere operativi: ne vennero istituiti altri fino al primo dopoguerra, in seguito a quello di Aversa, in alcune regioni dell'Italia centrale in luoghi isolati per non recare disturbo ai cittadini, raggiungendo oltre i 3000 internati; inoltre, vennero citati nel Regolamento generale giudiziario nelle Disposizioni per i manicomi giudiziari per la repressione e la cura di condannati colpiti da alienazione mentale (Benevelli, 2014).

A partire dal 1956, a seguito dei dibattiti nati dalla riflessione sugli articoli 27 e 32 della Costituzione italiana del 1948, alcuni manicomi giudiziari iniziarono a chiudere, mentre negli anni '70, dopo la nuova denominazione di Ospedali Psichiatrici Giudiziari, iniziarono ad essere affidati all'amministrazione prima del Ministero della Giustizia e poi delle Aziende Sanitarie Ospedaliere.

Questo processo di evoluzione nel panorama psichiatrico-giudiziario è stato possibile anche grazie all'approvazione della legge 431 del 1968, nonostante questa non citi disposizioni riguardo ai manicomi criminali: essa poneva l'attenzione sul rispetto della libertà e del diritto alla salute insieme all'introduzione del ricovero volontario e dell'abolizione dell'obbligo di annotazione sul casellario giudiziario dei ricoveri definitivi disposti dal magistrato.

Il primo anelito di superamento del Codice Rocco si percepisce nel 1975 con la Legge Gozzini che rinomina "Ospedali Psichiatrici Giudiziari" le strutture per l'esecuzione di misure di sicurezza detentive, ponendo limiti ai metodi punitivi e garantendo pari diritti tra gli internati e i detenuti (Benevelli, 2014).

La legge Basaglia del 1978 rappresenta una grande riforma per la psichiatria e i manicomi classici, ma purtroppo non cita gli OPG che continuano dunque ad operare seguendo le indicazioni dei tre anni precedenti.

Con la sentenza 139 del 1982 della Corte costituzionale, si ha la possibilità di contestare l'inevitabilità dell'internamento in OPG per misure di sicurezza con periodo definito, grazie alla valutazione della pericolosità sociale basata sull'accertamento al momento del giudizio, con l'entrata nel panorama legale della perizia psichiatrica (Scarpa, n.d.).

Infine, dagli anni 2000 in poi, la strada per il superamento di queste strutture ancora legate alla fine del XIX secolo è quasi spianata: Ministero della Sanità e Ministero della Giustizia si impegneranno per garantire il diritto alla salute di internati e detenuti con interventi terapeutici e riabilitativi anche in ambito sociale e lavorativo.

1.1 Brevi cenni storici sulla situazione estera

Verso la fine del XIX secolo quasi tutti gli stati Occidentali possiedono istituzioni destinate alle categorie dei rei folli e dei folli rei. L'Inghilterra è il Paese in cui sono nate queste istituzioni. Come scrive Melani (2014), nel corso del XVIII secolo nacque, a seguito di attentati ad alte personalità politiche dello Stato, la necessità di provvedere alla creazione di strutture di custodia per gli individui prosciolti ritenuti *guilty but insane*. Questi soggetti, protagonisti del *Vagrancy act*, cioè una *legge sul vagabondaggio*, approvata nel 1744, ritenuti pericolosi, venivano di prassi sottoposti ad un periodo di custodia all'interno dei manicomi oppure affidati alle famiglie godendo quindi di uno stato di libertà. Nel 1786 all'interno della struttura di Bedlam, in Inghilterra, venne aperta una sezione destinata ad accogliere gli individui autori di un delitto commesso in uno stato di pazzia, permettendo così la nascita dell'istituzione del manicomio criminale. Nel 1800, con il *Criminal Lunatics Act*, si determina la procedura a cui sottoporre i prosciolti perché folli, predisponendo per questi una stretta sorveglianza, seguendo le indicazioni stabilite dalla Corte. I manicomi criminali sono dunque un'istituzione che nasce in Inghilterra come soluzione al problema di allontanare ed evitare la pericolosità del *folle reo* che, dopo la sentenza di proscioglimento, era spesso rimesso in libertà. Solo più tardi, in una fase successiva, l'istituzione iniziò ad accogliere anche i detenuti che, mentre stavano scontando la pena, sono stati colpiti da un disturbo mentale e ritenuti pazzi. Dopo il manicomio di Bedlam, vennero istituiti il manicomio criminale di Fisherton-House nel 1844, quello di Dudrum in Irlanda nel 1850, di Perth in Scozia nel 1858 e di Broadmoor in Inghilterra nel 1863.

In Francia si faceva riferimento all'art. 64 del Codice penale del 1810, il quale non definiva un crimine un'azione punibile che l'imputato avesse commesso in stato di demenza o sotto la spinta di una forza irresistibile, tipica della patologia schizofrenica e dei disturbi di personalità che sviluppano paranoie nell'individuo. In seguito alla legge sui manicomi del 1838 (Melani, 2014), i folli pericolosi avevano la possibilità di essere reclusi negli asili, così come i

prosciolti che avessero commesso un reato in uno stato di pazzia. Pochi anni dopo l'entrata in vigore della legge del 1838 iniziava ad essere alimentato il dibattito sulla possibilità di istituire strutture specializzate per accogliere i pazzi che avessero commesso un delitto, in quanto questi soggetti erano ritenuti socialmente pericolosi e la loro presenza costituiva un rischio per gli altri pazienti internati nei manicomi classici. Nel 1876, questa idea per confinare i *folli rei* si concretizza con l'apertura di una sezione speciale per folli criminali, ma anche epilettici, presso la prigione centrale di Gaillon. Circa con la stessa modalità, anche altri Paesi in Europa, come ad esempio l'Olanda, a partire dagli anni '70 del XIX secolo, cominciarono ad aprire sezioni speciali nei manicomi classici. Diversamente, in Germania, tra il 1870 e il 1875 vennero aperte sezioni speciali nelle carceri a cui erano destinati soltanto i *rei folli* nelle città di Bruchsal, Halle ed Amburgo.

Anche nel continente americano, negli Stati Uniti e in Canada, a partire dalla metà del XIX secolo furono create diverse leggi per i criminali folli che prevedevano la reclusione di questi individui in speciali istituzioni; nel 1855, ad Auburn, nello Stato di New York, fu aperto il primo asilo speciale. A questo seguirono strutture simili in Massachusetts e in Pennsylvania; in Canada fu aperto il primo manicomio criminale nel 1877 (Melani, 2014).

1.2 Caratteristiche degli internati nei manicomi giudiziari di fine XX secolo

I pazienti venivano accolti nei manicomi giudiziari, come negli OPG, rispettando le posizioni giuridiche decise dall'Autorità Giudiziaria e le esigenze di trattamento sanitario. In base alla posizione giuridica, i pazienti accolti ed elencati da Scarpa (n.d.) erano:

- Prosciolti per infermità totale di mente e dichiarati socialmente pericolosi (rappresentavano la grande maggioranza della popolazione degli OPG)
- Condannati, dunque giudicati capaci di intendere e di volere al momento del compimento del reato, che hanno manifestato l'inizio di disagio mentale durante il periodo della pena
- Condannati, ma con infermità mentale parziale, dichiarati socialmente pericolosi, che devono svolgere un certo periodo definito in una Casa di Cura e di Custodia, a volte in aggiunta a una pena detentiva
- Condannati e imputati che vengono sottoposti ad osservazione psichiatrica, la quale non deve avere però una durata maggiore di 30 giorni
- Imputati in attesa di giudizio definitivo, ritenuti socialmente pericolosi, per i quali è stato ritenuto necessario applicare una misura di sicurezza provvisoria
- Raramente imputati sottoposti a Perizia Psichiatrica
- Imputati che durante la formulazione del giudizio definitivo manifestano l'inizio di malattia mentale.

I pazienti accolti erano affetti da diverse patologie, tra le quali le più ricorrenti erano: schizofrenia e psicosi gravi, etilismo con deterioramento comportamentale grave, ritardo mentale con disturbi psicotici, disturbi di

personalità e una percentuale minima di pazienti a cui non è stato possibile associare una specifica patologia mentale in categorie diagnostiche codificate.

1.3 Evoluzione della figura dell'infermiere

La figura dell'infermiere che opera in ambito psichiatrico nasce nel 1800 insieme all'istituzione del manicomio, per la necessità di garantire la sorveglianza, la custodia e la repressione dei folli. Occupavano l'ultimo spazio nella gerarchia della struttura e venivano scelti in base alla loro struttura fisica, che doveva essere robusta, e messi all'opera senza alcuna preparazione specifica, considerando il paziente con disturbi mentali con lo stigma del soggetto pericoloso ed escluso dalla società.

L'evoluzione dell'infermiere psichiatrico avviene insieme a quella del concetto di malattia mentale: nel 1909, con il Regio Decreto 615 che approva il Regolamento per l'esecuzione della legge 36 del 1904, nasce l'infermiere psichiatrico. I requisiti di questa nuova figura, oltre alla forza fisica, sono la buona condotta morale e civile, la maggiore età – 18 anni per le femmine e 21 per i maschi - e un'alfabetizzazione di base (lettura e scrittura). Le mansioni aggiornate prevedono il rispetto delle regole, il controllo e la contenzione del paziente e il rapporto di autorità con quest'ultimo; gli infermieri dovevano comunque attenersi alle direttive del medico. Viene anche delineata la differenza tra infermiere e sorvegliante: l'infermiere deve aver svolto almeno tre anni di servizio ed essere nominato dal direttore del manicomio, che controlla e verifica l'operato degli infermieri. In seguito al decreto 615, inoltre, il Direttore del manicomio ha l'obbligo di istituire dei corsi sia teorici che pratici per istruire l'infermiere psichiatrico, con rilascio di attestato di idoneità; i corsi avevano una durata minima di 6 mesi e prevedevano l'istruzione di pratiche basiche come la contenzione fisica, l'assistenza durante l'elettroshockterapia per impedire fratture e movimenti bruschi e la sedazione nei momenti di agitazione e rivolta (Melani, 2014). Gli interventi maggiormente praticati in prima persona dall'infermiere o che ne richiedevano la presenza erano:

- La piretoterapia, la quale consisteva nell' inoculamento di microrganismi e sostanze chimiche al fine di provocare la febbre, considerata al tempo un valido trattamento per la malattia mentale
- La malaroterapia, simile alla piretoterapia, consisteva nell'inoculazione di sangue infetto e dunque l'entrata in circolo di Plasmodium Vivax, l'organismo responsabile della malaria
- I.C.T., Insulin Coma Therapy, che consisteva nell'induzione di un coma insulinico
- La lobotomia frontale, procedura chirurgica sulle connessioni nervose effettuata dal medico durante la quale l'infermiere assisteva
- Lo shock cardiazolico, un trattamento convulsivo che portava a shock effettuato con Cardiazol
- L'elettroshock, o Terapia Elettro-convulsivante, un trattamento convulsivo a seguito del passaggio di corrente elettrica attraverso il cervello

Con la legge 431 del 1968, il personale infermieristico negli istituti psichiatrici viene potenziato e finalizzato più all'aspetto terapeutico, tecnico, sociale e umano verso il paziente che a quello di custodia, introducendo il concetto di multidisciplinarietà dell'assistenza infermieristica, trasformando la figura dell'infermiere in un promotore della salute, responsabile del recupero dell'autonomia del malato.

La circolare ministeriale 161 modifica i requisiti per i corsi di formazione, gestiti dai direttori degli ospedali psichiatrici, che devono avere una durata di due anni e richiedono il titolo di scuola media inferiore. Con la legge 243 del 1980, la figura dell'infermiere psichiatrico viene sostituita da quella dell'infermiere professionale. Alla fine del XX secolo, assieme ai requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, vengono definiti le tipologie e gli standard per l'assistenza; l'inizio del XXI secolo, invece, è segnato da una maggiore preoccupazione per la tutela della salute mentale e per l'importanza dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che definiscono le linee di intervento che sfruttano il territorio e mirate alla riabilitazione e al reinserimento basate sulle

EBN (Bondi, 2013). Dai primi anni 2000 l'infermiere che opera in un contesto psichiatrico utilizza sé stesso come strumento terapeutico attraverso l'osservazione, l'ascolto, l'educazione e l'interpretazione, con un rapporto centrato sui problemi di salute del paziente dall'impegno da parte dell'infermiere di aiutare il paziente attraverso il confronto.

Capitolo 2

La trasformazione degli OPG

Nel panorama italiano, la psichiatria forense degli ultimi decenni consisteva in OPG e pazienti psichiatrici autori di reato reclusi in questi, in un clima che si preparava alla riforma che ha affrontato il nostro Paese recentemente. Riforma partorita dall'esigenza di chiudere definitivamente le porte di queste strutture, all'interno delle quali la dichiarazione di non imputabilità insieme a quella di pericolosità sociale - espressione dello stigma che da sempre soffoca e affligge la malattia mentale - avviava il percorso di cura dell'imputato per un tempo che spesso era ben superiore a quello previsto per la tipologia e gravità del reato commesso e questo solo perché non esistevano soluzioni al momento della dimissione. Basta pensare a questo, motivo sufficiente per iniziare a ragionare sulla necessità di utilizzare strumenti specifici per l'inquadramento del paziente psichiatrico autore di reato, come ad esempio la Psychopathy Check-List Revised (PCL-R) che si è rivelata utile per la misurazione della psicopatia, del grado di pericolosità sociale e della probabilità di recidiva negli autori di reati gravi, e per riflettere sull'imminente bisogno di chiudere gli OPG. Certo, si tratta di una questione difficile da risolvere, rimasta per molti anni nell'ombra, un po' perché di scarso interesse politico, per lo scarso coinvolgimento della popolazione (in Italia gli ospiti degli OPG erano 1015) (Benevelli, 2014). Di conseguenza anche la società, per scarsa conoscenza e per pregiudizio, ignora la questione per scarsa fiducia e paura, alimentando lo stigma del "malato di mente". Per questi, ed altri motivi, la realtà degli OPG e le situazioni disagiate dei pazienti reclusi in queste strutture sono state trascurate.

Ci vorranno dunque anni affinché l'Europa prenda sistematicamente in considerazione il trattamento a cui venivano sottoposte queste persone: anche nella situazione italiana ci si trova davanti al dibattito attivo che interessa la

chiusura degli OPG a favore dell'apertura delle innovative strutture Rems, includendo anche le discussioni intavolate sulla figura dell'infermiere, coinvolto in un contesto di cura dedicato ai pazienti psichiatrici autori di reato, sulle principali difficoltà dell'assistenza infermieristica ipotizzate, derivanti dalla modificazione di un'istituzione rimasta invariata per decenni. Ciò che si cerca di fare, con la trasformazione dell'OPG, è attivare la sanità psichiatrica forense per permettere la svolta verso una presa in carico umanistica non più esclusivamente incentrata sull'efficacia dei sistemi di sicurezza, ma destinata a riconoscere il paziente nella sua totalità ed entità olistica (considerando alcune delle innovazioni riscontrate in letteratura ma soprattutto evitando di ripetere gli errori, cambiando ciò che ha reso queste istituzioni lontane dall'essere strutture di cura.

2.1 Dagli OPG alle REMS

Il motore del cambiamento si è attivato circa quattordici anni fa, nel 2008, presso l'O.P.G. di Aversa in Campania – gli OPG erano situati per lo più in zone isolate dell'Italia centrale – dopo che il Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT) rese note condizioni di vita dei pazienti al suo interno: i reparti scarseggiavano di oggettistica essenziale, l'equipaggiamento per svolgere le mansioni sanitarie era esiguo e le condizioni igieniche sia della struttura fisica che dei pazienti erano molto scarse (Fuggiano, 2015). L'assistenza erogata ai pazienti allettati o incontinenti era quasi assente e venivano utilizzati metodi di contenzione e isolamento discutibili: il CPT ha raccolto la testimonianza visiva di pazienti sedati e legati al letto da giorni privi di assistenza e lasciati a sé.

Due anni più tardi, nel 2010, la Commissione del Senato a capo di cui c'era Ignazio Marino, riuscì a documentare con prove visive la situazione inverosimile di alcuni O.P.G (Fuggiano, 2015).

Con il DCPM del 1° aprile 2008, passo importante per rendere partecipe di questa situazione la riforma psichiatrica del 1978 (legge 180), la quale non aveva fornito indicazioni sugli OPG, le responsabilità legate alla medicina penitenziaria sono state tolte al Ministero di Grazia e Giustizia e affidate al Ministero della Sanità, con la speranza di rafforzare le funzioni terapeutiche e sanitarie degli istituti penitenziari e di internamento e di mettere in secondo piano quelle punitive. Questo decreto ha inoltre permesso di iniziare la concreta rivoluzione della medicina penitenziaria, di cui si era riuscito ad intravedere un inizio con la legge 230/99 (Fuggiano, 2015). Restava ancora una questione da risolvere: passare il testimone della direzione degli OPG, ancora legata alla parte amministrativa e di sicurezza, dal direttore penitenziario al direttore sanitario per spostare la priorità sulla parte terapeutica, in modo da porre in secondo piano punizioni e sorveglianza. In un secondo tempo, con il decreto di legge 211 del 2011, rinominato in seguito legge 9/2012, si riuscì ad ottenere la chiusura ufficiale degli O.P.G ma

anche delle Case di Cura e Custodia con data definita entro il 1 febbraio 2013 poiché ritenute non più idonee: con la chiusura di questi si presentava l'opportunità di aprire nuove strutture, cioè le REMS, Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza, da istituire in modo che risultassero adatte all'accoglienza con soggiorno di lunga o breve durata di soggetti inviati per ragioni di sicurezza e protezione. Con la nascita delle REMS e la progettazione di un piano mirato all'istituzione di queste, ci si trova davanti a modificazioni di priorità rispetto all'OPG: lo scopo è diventato garantire una corretta assistenza sanitaria con personale qualificato e preferibilmente in un numero tale da dedicarsi a pieno ai pazienti. L'articolo 3, al comma 3, della legge 9/2012 recita infatti *"esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime"* (Fuggiano, 2015). Le REMS dovevano essere dislocate nelle regioni della penisola, in maniera omogenea e proporzionale al numero di abitanti. Il limite per l'attuazione delle indicazioni sulla struttura e l'organizzazione descritte nel decreto ministeriale del 1° ottobre 2012 fu fissato per il 31 marzo 2013. Il decreto-legge 24 del 2013 dà un ultimatum per la chiusura degli O.P.G, prorogando il termine al 31 marzo 2014 (Fuggiano, 2015). Le regioni, messe sotto pressione, iniziano a mettere impegno nella definizione di un piano regionale che determinasse tempistiche e programmi per le nuove istituzioni. E grazie alla legge 57 del 2013 tutti i soggetti non considerati socialmente pericolosi vengono dimessi e presi poi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale del territorio appartenenti all'Azienda Ospedaliera con la creazione di progetti terapeutici, riabilitativi e individuali.

Viste le difficoltà delle regioni nel concretizzare ciò che era stato richiesto, il termine per la chiusura degli OPG venne prorogato ulteriormente al 31 marzo 2015 con la legge 81 del 2014. Con questa legge si ha anche il raggiungimento di altri traguardi: l'obbligo di reclusione in OPG solo in assenza di altre possibilità per il paziente, terminando così il circolo vizioso dell'ergastolo

bianco, e l'obbligo di partecipazione a corsi di formazione specifici per gli operatori della psichiatria forense. Per quanto riguarda l'interesse del paziente, la legge pone un limite massimo alla durata delle misure di sicurezza, proporzionale alla pena massima imposta dal Giudice per il reato. Con questa legge, ci si trova dunque davanti alla rivoluzione dell'assistenza e delle modalità di cura dei pazienti non punibili per diagnosi di patologia mentale, affidati a programmi riabilitativi e di reintegrazione. Insieme all'evoluzione della medicina e della politica, cambia anche l'opinione pubblica che si interroga partorendo idee contrastanti e opposte tra loro sulle tematiche complesse della psichiatria forense, dando la parvenza del superamento di uno scalino dello stigma generato dall'ignoranza della popolazione e aumentando la consapevolezza negli stessi operatori attivi nel campo della Salute Mentale.

Con l'ultima data della scadenza per la chiusura degli OPG, il Codice penale e il Codice di Procedura Penale nominano al loro interno solamente le REMS, ovviamente ancora precarie e oggetto dei progetti regionali per il raggiungimento del recupero parziale o totale dei pazienti con percorsi terapeutici individuali per curare e non più punire (Fuggiano, 2015). L'organizzazione sanitaria, dunque, delle REMS è affidata alle regioni, periodicamente monitorate per riscontrare precocemente mancanze ed eventuali errori. I piani procedurali preparati dalle regioni per riuscire nell'impresa dell'istituzione delle REMS comprende: la creazione di un gruppo di lavoro dedicato agli OPG e al DSM che si occupi di selezionare le procedure destinate alla presa in carico del paziente internato che garantiscano cura, riabilitazione e inclusione sociale di pazienti psichiatrici autori di reato, la convocazione periodica delle figure responsabili per lo svolgimento di riunioni dedicate alla discussione delle criticità, la presenza di un rapporto costante nel tempo e nelle ideologie con la Magistratura di Sorveglianza, gli Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna, gli Uffici Giudiziari e i Servizi Sociali del Comune e, infine, la realizzazione di corsi di formazione strutturati per sensibilizzare gli operatori delle strutture detentive sulle competenze specifiche nella Salute Mentale.

L'accoglienza della legge 9 fu, tra i professionisti, molto varia: per alcuni si

trattava di un testo equilibrato, realistico, rispettoso di varie esigenze e che richiedeva molte risorse per essere realizzato in modo appropriato; per altri costituiva una minaccia alla sicurezza sociale; per altri ancora rappresentava, invece, una minaccia verso una nuova forma di manicomio (Fuggiano, 2015).

2.2 La realtà ignorata delle carceri

I dati delle carceri in Italia indicano che circa il 20% dei detenuti ha ricevuto la diagnosi di un disturbo mentale, mentre il 25% dei detenuti presenta tossicodipendenza e 1 detenuto su 1.000 ogni anno si suicida. L'epidemiologia delle carceri italiane basta a comprendere l'urgenza dell'inserimento del tema "salute mentale" nelle questioni di maggiore importanza. Inoltre, le carceri rappresentano uno dei serbatoi più forniti che riempiono le liste di attesa delle organizzazioni delle REMS e degli OPG una volta. Con l'avvento della crisi economica e dei conseguenti tagli nei budget destinati Dipartimento di Salute Mentale, molti pazienti non avevano la possibilità di usufruire delle strutture territoriali, finendo in carcere o sulla strada. Le carceri accolgono i criminali seguendo il criterio dei limiti e della responsabilità, poiché per la legge non è mai lecito commettere un reato (Melani, 2014): regola uguale per ogni persona. Anche l'utilizzo della violenza fisica nelle relazioni personali e interpersonali non è tollerato dallo Stato. La nuova struttura della REMS si impegna a liberare la psichiatria dal peso del difficile connubio cura e reclusione presente già dai manicomi giudiziari, affidando il controllo e la pena al soggetto terzo giuridico che è la legge. Chi non rispetta le norme civili della convivenza deve ricevere una pena dall'Autorità Giudiziaria; solo in seguito alla sentenza, se si manifesta la necessità di un intervento terapeutico, a psichiatria interviene nella presa in carico dell'individuo. Dunque, viene restituita la piena imputabilità al paziente psichiatrico (Benevelli, 2014).

Capitolo 3

L'esperienza della REMS di Nogara

La REMS della regione Veneto è parte dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, situata a Nogara, in provincia di Verona. Ha carattere di eccezionalità e pertanto può prevedere particolari regolamenti diversi rispetto alle altre REMS. Non è una struttura isolata, ma è situata all'interno della sede del Distretto Sanitario (istituito nella zona dell'ex-Ospedale Psichiatrico) che include anche poliambulatori, un centro diurno, una comunità terapeutica-residenziale protetta e il Centro di Salute Mentale (CSM), con un reparto SPDC.

Grazie alla visita effettuata a giugno 2022 alla struttura, è stato possibile creare un caso studio e raccogliere documenti, protocolli e scale utilizzate dagli infermieri e, inoltre, è stato possibile vedere la realtà delle REMS dall'interno e conoscere i compiti svolti dagli infermieri e le caratteristiche più rilevanti dei pazienti ospitati con l'aiuto dell'infermiera Marika Mattiolo.

La struttura può ospitare fino a 40 pazienti residenti nel Veneto, inviati dalla Magistratura di Sorveglianza e di Cognizione e che seguono una lista d'attesa sempre aggiornata. Come specificato dalla legge 9, anche la REMS di Nogara garantisce ai pazienti un contatto post dimissione e durante la degenza con i Dipartimenti di Salute Mentale del territorio per mettere in pratica i progetti individuali che possono offrire possibilità alternative alle misure di sicurezza detentive.

Parte fondamentale del programma per il paziente è l'attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, il quale viene condiviso con il paziente interessato e poi concordato, con il Centro di Salute Mentale del territorio e, ovviamente, con i professionisti della struttura: esso deve essere presentato trascritto per poter essere valido.

Il progetto individualizzato è inserito nella cartella del paziente – assieme alla documentazione sanitaria e giuridica- ed è aggiornato periodicamente dalle figure professionali competenti e condiviso poi con l’Autorità Giudiziaria. Lo staff della struttura comprende il responsabile dell’UOC medico psichiatra, altri psichiatri, psicologi - che, come gli psichiatri, a differenza di un normale reparto psichiatrico di diagnosi e cura che si occupa di pazienti in acuzie, tso e nuove diagnosi, effettuano il giro visita quotidiano e partecipano alle riunioni con lo staff - lasciando i colloqui individuali a discrezione del paziente, il quale può richiederli in caso di necessità - , un coordinatore infermieristico, educatori, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, infermieri, OSS, assistenti sociali e varie figure amministrative. L’intero staff garantisce lo svolgimento delle attività offerte dalla struttura per la cura e la riabilitazione del paziente. Tra queste attività – oltre a quelle svolte in un normale reparto psichiatrico, come la somministrazione della terapia, esami ematici di routine e colloqui individuali con psichiatri e psicologi – si possono citare la psicoeducazione, effettuata attraverso interventi per gli ospiti e per le relative famiglie; interventi di gruppo e individuali effettuati dagli educatori e dagli psicologi al fine di promuovere l’autonomia, la risocializzazione, il rispetto delle regole di buona educazione e di convivenza civile – comprendono, dunque, la definizione di attività settimanali, di un menù settimanale uguale per tutti e dei ruoli degli ospiti, proprio come accade in una Comunità Terapeutica - e la cura di sé (buona alimentazione, igiene...), dell’ambiente circostante e delle persone con cui si rapportano. Per rendere tutto ciò più piacevole, le attività vengono svolte seguendo un programma vario e vengono effettuate in stanze apposite presenti in entrambi i piani della REMS: sono presenti, infatti, un’aula per le attività di tipo artistico, la quale contiene una biblioteca fruibile dagli ospiti, due sale maggiori per i pasti, un salottino comune, un piccolo giardino esterno con perimetro recintato accessibile a tutti gli ospiti soli o accompagnati da un operatore, in base alla valutazione specialistica, una lavanderia e uno spazio dedicato alla cura degli animali domestici, utilizzato principalmente dagli ospiti che non possiedono l’autorizzazione dell’ Autorità Giudiziaria per le attività all’esterno.

Le attività terapeutiche e riabilitative svolte all'esterno della struttura sono esclusive per gli ospiti che possiedono l'autorizzazione del Giudice competente. Esse comprendono le uscite per le necessità personali o della comunità, come ad esempio la spesa, pulizia del giardino e delle zone verdi della struttura e cura dell'orto esterno e della fattoria; l'ultima attività è particolarmente utile per il recupero della socializzazione e dell'autonomia, poiché dalla vendita di ortaggi e prodotti animali raccolti dagli ospiti è possibile recuperare una somma di denaro che consisterà nel salario di questi.

3.1 Regolamenti della struttura

Per garantire ordine e rispetto all'interno della struttura, sono state definite delle regole, che vengono consegnate all'ingresso sotto forma di opuscolo, valide per il personale, per gli ospiti, per i professionisti che sono in contatto con questi e per familiari e conoscenti.

Gli ospiti hanno diritto al rispetto della loro entità personale e dei diritti fondamentali derivanti dai loro bisogni, rispettando le capacità di ciascuno e tenendo conto del grado di autonomia, diritti limitati però dalle Misure di Sicurezza, definitive o provvisorie, e rispettando il Regolamento interno della struttura e le esigenze della collettività composta dagli altri pazienti e dai professionisti e partecipando attivamente ai programmi individuali e di gruppo della struttura. È necessario, inoltre, il rispetto degli orari delle attività e l'orario del risveglio e dei pasti.

All'ingresso, come in un SPDC, gli effetti personali vengono supervisionati da un operatore, il quale ritira e custodisce quelli che potrebbero risultare pericolosi per sé e per gli altri. Quelli che superano la selezione vengono consegnati all'ospite e possono essere tenuti nella stanza - che viene comunque sottoposta a controlli periodici – ma che devono essere conservati con cura e possono essere utilizzati in autonomia. Il denaro, invece, è custodito nella cassaforte del reparto e viene consegnato ai pazienti che hanno il permesso di possederlo solo per spese necessarie, che vengono tracciate in un foglio e anticipatamente discusse con gli assistenti sociali ed eventuali amministratori di sostegno; a chi non dovesse avere denaro con sé, le necessità vengono comunque garantite.

Una particolarità delle REMS, e in questo caso anche di quella di Nogara, è il divieto di possedere il cellulare. Infatti, un paziente autore di reato non può avere contatti non autorizzati, non verificati e illimitati con l'esterno. Tutte le chiamate vengono effettuate con il telefono del reparto, sotto la supervisione di un operatore, il quale deve osservare il comportamento dell'ospite garantendo, però, la privacy dello stesso. Le chiamate possono essere effettuate nelle nove

ore previste al giorno e devono essere autorizzate: le chiamate ad avvocati e assistenti sociali sono illimitate e garantite per tutti, mentre le chiamate a familiari e conoscenti – i quali vengono selezionati dall’Autorità Giudiziaria per evitare contatti non voluti dall’esterno e, di conseguenza, situazioni che potrebbero peggiorare le condanne degli ospiti – devono essere autorizzate dal Direttore della REMS per gli ospiti con misura di sicurezza definitiva e dall’Autorità Giudiziaria competente per quelli con misura di sicurezza provvisoria e sono limitate. La stessa cosa vale anche per le visite fisiche in struttura: alcune possono essere effettuate senza autorizzazioni (membri della Corte d’Appello, Pretore, Magistrati di sorveglianza, Ufficiali del Corpo degli Agenti di Custodia, professionisti sanitari provenienti dalla stessa ULSS...), altre solamente con l’autorizzazione del Direttore della REMS (Ministri dei culti religiosi) (Carta dei Servizi e Regolamento R.E.M.S. di Nogara, 2022). Le visite di familiari e conoscenti devono essere autorizzate, dopo essere state formalizzate in forma scritta dal paziente stesso, dal Direttore della REMS o dall’Autorità Giudiziaria in base alla misura di sicurezza. Ogni paziente ha diritto a non più di una visita ogni 15 giorni e solo dopo un mese di osservazione dall’ingresso, ed essa deve essere supervisionata da un operatore, il quale fa depositare gli oggetti personali dei visitatori e ne controlla l’identità con documento identificativo con foto prima dell’ingresso nella stanza dedicata ai colloqui nell’area filtro. È possibile che su richiesta o se ritenuto opportuno, le visite siano sorvegliate da un addetto della sicurezza.

3.2 Sicurezza e scale utilizzate nella struttura

Nella REMS di Nogara, parte della sicurezza è garantita dalla struttura fisica: le entrate e le uscite vengono chiuse dalle chiavi possedute dagli operatori e dai professionisti sanitari – non vengono utilizzate chiavi magnetiche e serrature elettroniche per evitare fughe o situazioni pericolose durante guasti elettrici -, recinzioni elevate che coprono l'intero perimetro degli spazi esterni accessibili a tutti, videosorveglianza 24/7 non registrata con schermi posizionati nella guardiola degli infermieri e che trasmettono diverse inquadrature degli spazi accessibili (camere da letto, giardino, corridoio, stanze comuni...). Le camere da letto degli ospiti, singole o doppie, sono arredate per garantire la sicurezza della collettività: letti in acciaio, comodini, armadi e mobili senza cassetti o ante, sanitari in acciaio, assenza del tubo e soffione della doccia, specchio costituito da acciaio e adesivo specchiato; tutto inchiodato a terra. Le finestre sono dotate di grate e non possiedono la maniglia per impedire che vengano aperte in autonomia e sono assenti i termosifoni. Ogni piano, inoltre, possiede due stanze utilizzate per la gestione di aggressività o agitazione, in cui vengono contenuti i pazienti o fatti solamente entrare su ordine medico o, come a volte capita, su loro richiesta per potersi sfogare. Sono celle interamente imbottite, con muri e mobilio ricoperti di gomma; ciò che resta scoperto è la finestra. La prescrizione dello psichiatra indica come (senza o con contenzione farmacologica/fisica) e per quanto il paziente dovrà essere mantenuto in una di queste stanze.

L'utilizzo di queste stanze è diventato più frequente da quando, per assenza di fondi, la REMS di Nogara non presenta più guardie della vigilanza: infatti, sono gli infermieri e gli operatori a dover gestire sia di giorno che di notte le situazioni di aggressività dei pazienti.

Per gestire situazioni di questo genere, gli infermieri di Nogara sono soliti compilare una scala per valutare il grado di aggressività: la M.O.A.S., Modified Overt Aggression Scale, cioè la Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta

di Krupnick e Wade (1996). La scala si compone di quattro indicatori a cui l'infermiere assegna un punteggio da 0 a 4:

- Aggressione verbale: ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica
- Aggressione contro la proprietà: distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui
- Aggressione contro sé stessi: lesioni fisiche verso sé stessi (auto mutilazione o tentativi di suicidio)
- Aggressione fisica: azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte

Ogni punteggio viene poi moltiplicato per un coefficiente di ponderazione (l'aggressione fisica pesa quattro volte di più di quella verbale) che darà il punteggio complessivo ponderato.

Ogni volta che l'infermiere compila la M.O.A.S., chiama lo psichiatra e lo avvisa della situazione. In base al punteggio, è possibile risolvere l'agitazione del paziente con diversi metodi: dal colloquio, accompagnamento in passeggiata, terapia al bisogno, fino alla contenzione.

La REMS di Nogara, per prevenire il terzo punto della scala M.O.A.S. l'Aggressività verso sé stessi, oltre a fare attenzione che tutti i regolamenti vengano rispettati, a fare un'attenta valutazione del potenziale rischio suicidario all'ingresso e durante l'intera degenza, a svolgere una completa anamnesi del paziente e valutazione psicosociale (competenza infermieristica), utilizza due scale adottate da tutti i reparti e le sezioni di carattere psichiatrico dell'ULSS 9 Scaligera (Istruzione operativa Gestione Pazienti, 2022).

La prima è l'ISS, Intent Score Scale, che valuta, nei soggetti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio, il livello di intenzionalità suicidaria mediante 12

item che esplorano il grado di letalità del tentativo messo in atto e a cui vengono assegnati punteggi da 0 a 3:

- Circostanze relative al tentativo di suicidio: la valutazione si concentra nel momento che precede l'atto, come scritti relativi al gesto, eventuali azioni per richiedere aiuto durante l'atto, azioni finali in previsione del decesso... (6 item)
- Considerazioni soggettive come la letalità del metodo utilizzato, l'intenzione di morire, la premeditazione e la reazione alla sopravvivenza (4 item)
- Rischio di morte basato sulla prevedibilità dell'esito e la necessità di interventi medici per prevenirlo (2 item)

La scala viene compilata nel periodo successivo al tentativo di suicidio.

La seconda, invece, è la BHS Beck's Hopelessness Scale (Beck, 1974) che consiste in un questionario che deve essere compilato dal paziente o da una seconda persona se questo non ne fosse in grado; il questionario si compone di 20 affermazioni a cui l'interessato deve rispondere vero o falso. Esso indaga la visione della vita del paziente e il suo pessimismo, correlando il punteggio finale ottenuto al grado di rischio di suicidio (Procedura operativa per la prevenzione e gestione del paziente a rischio suicidario nelle strutture sanitarie, 2022).

Le due scale vengono compilate solo dopo un atto o un'affermazione che allarmano gli infermieri. Mentre se, durante l'anamnesi infermieristica al momento del ricovero, il paziente dovesse manifestare chiaramente intenzioni autolesive, si deve provvedere a compilare la checklist infermieristica con tutte le azioni necessarie per poter garantire un ambiente sicuro e privo di possibili oggetti offensivi al paziente.

Capitolo 4

Nursing ed etica: analisi della letteratura

In questo capitolo, verrà presentata la revisione di alcuni articoli che analizzano l'assistenza rivolta a un paziente psichiatrico autore di reato, le difficoltà che un operatore a stretto contatto (infermiere) deve affrontare ogni giorno e questioni etiche che ne possono derivare. La revisione analizza articoli che descrivono sia l'assistenza infermieristica erogata nei contesti italiani – le attuali REMS – sia in contesti internazionali: la tipologia di paziente è la stessa, ma è interessante avere un'ottica globale riguardo alla parte giuridica, sanitaria e alla società che nutre l'etica.

4.1 Background

La psichiatria forense è quella branca della psichiatria clinica che si trova ad operare tra la legge e la psichiatria. I pazienti trattati da questa specialità hanno solitamente compiuto reati di varie tipologie e gravità, hanno ricevuto diagnosi complesse di multipli disturbi mentali e vengono ospitati in strutture dotate di misure di sicurezza. Spesso gli operatori che lavorano in queste strutture, sia in territorio italiano che internazionale, si trovano a dover affrontare situazioni difficili legate anche all'etica. In ogni Paese, l'assistenza erogata al paziente psichiatrico autore di reato è differente, poiché l'etica professionale e personale viaggia a pari passo con i cambiamenti della società: per esempio, negli Stati europei è stata rilevata la tendenza della legge ad essere più restrittiva e della sanità a mantenere i pazienti nelle strutture specializzate per lunghi periodi, senza più beneficiare dei trattamenti offerti. Ad oggi, solamente l'Italia, la Spagna, la Croazia e il Portogallo offrono tempi di "reclusione" minori rispetto a quelli a cui vengono condannati autori di reato senza patologia psichiatrica (Melani, 2014).

Per quanto riguarda il tipo di popolazione inviata nelle strutture con misure di sicurezza, le difficoltà nell'assistenza e nel garantire un trattamento efficace variano al variare della diagnosi e dei reati commessi: spesso questo tipo di pazienti ha compiuto reati violenti. Una parte essenziale dell'assistenza erogata a queste persone è svolta dagli infermieri, che instaurano una relazione di cura con il paziente necessaria per permettere lo svolgimento del percorso di cura. Nonostante il nursing care consigli di creare momenti di comunicazione e ascolto da parte dell'infermiere che si presenta privo di giudizi e aperto, a volte il reato commesso dal paziente può generare pregiudizi, rabbia e scarsa fiducia nei professionisti sanitari, i quali già si trovano in una difficile situazione contraddittoria della cura – controllo. Gli infermieri che lavorano nell'ambito della psichiatria forense, inoltre, si trovano a dover sperimentare traumi lavorativi, sia attraverso l'esperienza diretta di situazioni pericolose in reparto sia rivivendo attraverso racconti dettagliati e, raramente, immagini i reati, rischiando di non poter garantire un'assistenza ottimale. La violenza, sia verbale che fisica, che questi pazienti possono utilizzare contro gli altri pazienti, contro sé stessi o gli infermieri può a lungo termine traumatizzare il professionista, il quale subendo aggressione durante le manovre di contenzione fisica o chimica e assistendo ad atti autolesionistici mette a rischio la propria salute mentale (Newman et al., 2021). Per questo motivo è importante analizzare le problematiche etiche presenti in questo ambiente, che mette gli infermieri a rischio di sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico generato dal trauma del vicario (Newman et al., 2021), derivante dall'empatia verso i pazienti o dall'esperienza diretta di situazioni traumatizzanti.

Certamente, in questi contesti vengono utilizzati metodi, scale e protocolli per evitare queste situazioni, che a volte non sono affatto prevedibili: per analizzare la possibilità di subire un'aggressione da parte di un paziente, per esempio, sono stati condotti diversi studi che hanno come oggetto lo stile interpersonale dei pazienti e degli infermieri (Jalil et al., 2020), evidenziando come un'assistenza corretta ed equilibrata, dunque né troppo autorevole e

correttiva, né troppo liberale e permissiva, possa evitare che gran parte delle aggressioni avvenga.

Dunque, è necessario analizzare attraverso studi e revisioni le problematiche etiche e professionali che gli infermieri, i quali lavorano quotidianamente a stretto contatto con i pazienti, devono affrontare ogni giorno, soprattutto in ambienti in cui patologie psichiatriche come i disturbi di personalità si sono manifestati con aggressività e distacco emotivo portando all'attuazione di reati. Gli infermieri si trovano dunque a dover confrontarsi anche con la propria moralità, i propri principi etici e quelli della professione infermieristica al fine di garantire un rapporto professionale adeguato e un'assistenza ottimale al paziente.

4.2 Quesito della ricerca e obiettivi

La ricerca bibliografica per questa revisione non si è focalizzata su un problema in particolare, ma è stata effettuata analizzando ad ampio raggio due temi legati tra loro.

Quesito di ricerca: Quali possono essere le difficoltà che gli infermieri della psichiatria forense affrontano per garantire una buona assistenza infermieristica che presenta particolari aspetti etici?

P: infermieri nelle REMS

I: assistenza infermieristica in presenza di problematiche etiche

O: assistenza infermieristica adeguata e di qualità

Obiettivo: Analisi del nursing e delle problematiche etiche nei contesti psichiatrici dotati di misure di sicurezza in vari stati, caratterizzati da diverse tipologie di Sistema sanitario, giudiziario e sociale.

4.3 Materiali e metodi

Per rendere possibile questa revisione, sono stati selezionati studi e revisioni disponibili online, che potessero offrire delle risposte idonee al quesito formulato in partenza. Gli articoli selezionati sono tutti in lingua inglese e pubblicati dal 2005 al 2021, in modo che potessero analizzare l'etica generale e la situazione attuale. La lettura degli abstract ha permesso di selezionare gli articoli maggiormente inerenti ai due temi principali: il nursing e l'etica. I testi scelti, pertanto, vertono sugli interventi infermieristici, l'etica correlata a questa particolare tipologia di paziente e le difficoltà incontrate dagli infermieri.

La ricerca è stata effettuata per mezzo di parole chiave sulla banca dati Pubmed – appartenente al motore di ricerca Medline -, la quale ha poi indirizzato alla casa editrice Elsevier che permette la consultazione online di articoli specialistici della rivista International Journal of Law and Psychiatry. Il tempo utilizzato è stato di 5 mesi: da marzo 2022 a luglio 2022. I criteri di ricerca selezionati sono stati:

- full text disponibile
- articoli pubblicati dal 2005
- articoli in lingua inglese

Parole chiave: le parole chiave utilizzate per la ricerca, alle quali è stato accompagnato il termine Mesh "AND", sono:

- mentally disordered offenders
- nursing; forensic nursing
- ethics; ethical issues
- feelings
- nurse – patient relationship

4.4 Risultati e analisi degli articoli

Risultati: gli articoli individuati sono stati molteplici, molti dei quali, però, non erano attinenti al tema dell'assistenza infermieristica ma si concentravano maggiormente sulla parte medica e legale. Per questo alla fine sono stati selezionati 6 articoli, oggetto di studio della presente revisione bibliografica.

Nel primo articolo, l'autrice cerca di analizzare gli ostacoli morali affrontati dagli infermieri a contatto con soggetti con diagnosi di patologia psichiatrica concentrandosi sui disturbi di personalità e gli atteggiamenti pericolosi ad essi correlati (Glen, 2005). L'articolo si sviluppa partendo dall'analisi della filosofia morale di Kant, nella quale il soggetto principale è la responsabilità morale verso gli atti compiuti, che siano giusti o sbagliati, per la formulazione del quesito di partenza, cioè la ricerca di un collegamento tra moralità intesa come problema etico che include cattiveria, bontà, volontà e mera esecuzione e i disturbi di personalità con manifestazioni "pericolose". Ciò che mette alla prova gli infermieri e gli altri professionisti sanitari è fornire assistenza ai soggetti affetti da disturbo di personalità con atteggiamenti violenti che non possiede la capacità di comprendere cosa sia giusto o sbagliato e che compie azioni moralmente discutibili non conoscendone il valore. Questi pazienti hanno ricevuto la diagnosi di grave disturbo di personalità, poiché non agiscono con nessuno cattiveria, ma avendo delle mancanze nella loro coscienza hanno una visione distorta della realtà; gli infermieri, di conseguenza, tendono a garantire una migliore assistenza a questi pazienti rispetto a coloro che hanno ricevuto la medesima diagnosi ma che hanno maggiore coscienza e che al momento del reato conoscevano la sua gravità ed entità. I soggetti dell'articolo possiedono la "*emotional colour blindness*", cioè l'incapacità di provare emozioni, l'assenza di moralità e la mancanza di paura (soprattutto per le conseguenze morali e giudiziarie) nel ferire le altre persone (Glen, 2005, p. 98). Alla fine dell'articolo, viene fatto un paragone tra un paziente con diagnosi di disturbo grave di personalità e un bambino, in cui emerge che il paziente

può conoscere la differenza tra giusto e sbagliato, ma compie i suoi reati per carenza di moralità, cosa che lo porta ad essere considerato davanti alla giustizia come un soggetto parzialmente capace di intendere e di volere. Infine, correlata a questa definizione giuridica e medica, si parla della possibilità della presenza di cattiveria in questi soggetti: essa è presente in tutti gli esseri umani come loro parte debole, ma nei pazienti della psichiatria forense, essa non è latente ma si manifesta grazie alle mancanze etiche e morali.

Nello studio di Jalil et al. (2020), viene analizzato il rapporto tra infermieri e pazienti in relazione al contenimento in seguito o per prevenire un episodio aggressivo, considerando gli stili interpersonali di entrambi i soggetti. Lo studio è stato condotto al St Andrew's Healthcare nel Regno Unito, con 85 pazienti maggiorenni e senza problemi di comunicazione o neurocognitivi e 65 infermieri che fossero stati maggiormente in contatto con i pazienti selezionati. Lo studio è stato condotto seguendo un disegno correlazionale e pseudoprospectivo di coorte per analizzare la rabbia auto valutata dai pazienti e la relazione tra pazienti e infermieri. Sono stati utilizzati la NAS, scala di Novaco per la rabbia composta da 60 items, l'IMI-C, *Impact Message Inventory – Circumplex* per la valutazione dello stile interpersonale in base a reazioni e sentimenti dell'altro soggetto, l'OAS, scala per le aggressioni per la valutazione della gravità e frequenza di aggressioni verbali o fisiche verso oggetti, altre persone o sé stessi, descrizioni degli episodi di isolamento e informazioni cliniche e demografiche da parte di entrambi i gruppi. Tutti i dati sono stati analizzati statisticamente. Ogni paziente aveva un infermiere di riferimento in questo studio; dai dati si evince una correlazione tra l'autovalutazione dei pazienti di episodi di rabbia e lo stile interpersonale ostile del paziente e quello dominante dell'infermiere, maggiormente rilevante nei soggetti che hanno sperimentato l'isolamento e la contenzione, evidenziando come un infermiere con stile dominante e la contenzione aumentino lo stile ostile e l'aggressività del paziente (Jalil et al., 2020). Da questo studio nasce la riflessione riguardo all'importanza del rapporto tra infermiere della psichiatria forense e il paziente, considerando anche i metodi di assistenza

utilizzati e le difficoltà che si possono incontrare di fronte ad un paziente aggressivo a cui bisogna comunque garantire la migliore assistenza in modo che gli episodi di rabbia non si ripetano più o comunque diminuiscano la loro frequenza.

Nello studio qualitativo di Hammarström et al. (2019), l'obiettivo è l'analisi delle emozioni provate dagli infermieri a contatto con pazienti autori di reati. Gli infermieri che hanno partecipato sono in totale 13, tutti appartenenti al reparto di psichiatria forense di un ospedale svedese, protagonisti di interviste della durata massima di un'ora, individuali, condotte con domande aperte e registrate. I soggetti hanno raccontato le loro esperienze con i pazienti, includendo sia quelle positive che quelle negative. Una volta pronti i testi delle interviste, sono stati analizzati in tre fasi: comprensione ingenua, analisi strutturale e comprensione globale. Con la prima fase dell'analisi, si comprende che gli infermieri a contatto con questi pazienti sperimentano emozioni diverse e opposte tra loro, oltre a possibile conflitto che può nascere dalla necessità di proteggere la società da coloro che hanno compiuto crimini violenti e di curare e assistere quest'ultimi. Dall'analisi strutturale, sono stati trovati diversi temi e sottotemi:

- Essere frustrati, nel momento in cui gli infermieri non sanno come assistere al meglio e aiutare un paziente difficile e da cui derivano rassegnazione e frustrazione, soprattutto verso i pazienti con periodi molto lunghi di degenza o che non hanno mostrato risultati positivi
- Proteggere sé stessi, nel momento in cui gli infermieri provano sentimenti negativi in presenza di alcuni pazienti, da cui derivano la fuga, per cercare di evitare il contatto con pazienti autori di reati particolarmente cruenti che evocano rabbia, stare sempre in guardia, soprattutto con i nuovi pazienti e quelli noti per l'aggressività ed essere esaminati dai pazienti, che spesso scoprono i punti deboli e umiliano gli infermieri che tendono a comportarsi in modo diverso in base al paziente

- Avere la mente aperta, per comprendere la storia e la malattia del paziente: i sottotemi sono la ratificazione proveniente dai colleghi, dai pazienti e dai loro risultati positivi che migliorano l'umore e l'autostima degli infermieri, la creazione di un rapporto di fiducia con il paziente e la compassione necessaria per vedere il paziente in primis come una persona, con sfaccettature caratteriali e vulnerabilità
- Lottare per il controllo, considerando la vulnerabilità degli infermieri nel momento in cui i pazienti si sentono sbagliati e soli e sapendo gestire al meglio tutte le emozioni derivanti dalla relazione paziente-infermiere

Lo studio termina con l'ultima fase dell'analisi, la comprensione globale, che evidenzia come gli infermieri vivano costantemente in un alternarsi di diverse emozioni (Hammarström et al., 2019) che, però, devono saper controllare per poter essere professionali.

La revisione di Newman et al. (2021) analizza un altro importante aspetto della professione infermieristica nella psichiatria forense: i traumi professionali. Per la revisione sono stati selezionati articoli e documenti che avessero come tema principale quello necessario a rispondere al quesito di ricerca. I dati sono stati estrapolati dai 16 articoli selezionati, analizzati e raggruppati per tipo di trauma (violenza fisica, abuso verbale, violenza sessuale o comportamento autolesionistico) e per l'impatto sul professionista. La gravità e l'entità del trauma nei vari testi sono stati calcolate con scale utilizzate in psichiatria, come la OAS, PTSD checklist, Vicarious Trauma Scale, Impact of Events Scale etc. Dall'analisi dei dati si evince che la maggior parte degli eventi che traumatizzano gli infermieri avviene nei reparti per acuti, mentre nei reparti femminili e specializzati per i disturbi di personalità sono stati riscontrati più episodi di violenza e autolesionismo. Questi episodi hanno portato gli infermieri sperimentare stress psicologico e anche alcuni sintomi del disturbo da stress post traumatico, che li hanno portati ad usufruire di un supporto psicologico. Tra le modifiche comportamentali sono presenti insonnia, ansia, cefalea, nausea e aggressività verbale nei confronti dei famigliari, con, a volte, anche utilizzo di sostanze per far fronte allo stress. Anche i danni fisici sono

evidenti: sono presenti infermieri che hanno effettuato almeno un accesso in Pronto Soccorso / una degenza in un reparto per violenza fisica, con conseguenze più o meno gravi, fino al danneggiamento della colonna cervicale. I traumi psicologici non sono dovuti dunque solamente ad aggressioni rivolte verso il personale, ma anche a situazioni di violenza contro gli altri e contro sé stessi sperimentate dagli infermieri, i quali, soprattutto a seguito di molteplici esperienze, sono ad alto rischio per lo sviluppo del burnout (Newman et al., 2021).

Parla proprio di burnout degli infermieri della psichiatria forense lo studio di Berry e Robertson (2019) condotto in un reparto di psichiatria forense nel Regno Unito, concentrandosi sulla possibilità di una relazione con l'ambiente del reparto. Per condurre questo studio sono stati forniti e compilati da 137 infermieri dei questionari per capire la possibilità di burnout negli infermieri e la relazione tra l'ambiente del reparto e la supervisione clinica. Per valutare i livelli di burnout è stata utilizzata la scala *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey*, per mezzo della valutazione dei sentimenti sul luogo di lavoro, l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la realizzazione personale. La presenza di supporto dato dalla supervisione clinica è stata calcolata con la *Manchester Clinical Supervision Survey-26* e la *English Essen Climate Evaluation Schema* è servita, invece, per la valutazione dell'ambiente del reparto, considerando aspetti come sicurezza e aggressioni.

L'analisi dei dati ha evidenziato come gli infermieri più giovani abbiano problemi con l'emotività e la depersonalizzazione, alimentate dalla paura della violenza e delle aggressioni, mentre gli infermieri con più esperienza hanno dato giudizi positivi alla supervisione clinica. La causa maggiore del burnout è dunque l'ambiente del reparto percepito come non sicuro dai più giovani, mentre gli infermieri anziani, complice anche l'esperienza, non hanno mostrato alti livelli di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione.

Come già detto più volte, gli infermieri attivi in questo campo si trovano ad affrontare problemi etici: e proprio questi sono l'argomento principale dello

studio quantitativo e qualitativo condotto in Giappone di Tsunematsu et al. (2021) per capire la frequenza e l'entità delle problematiche e dei conflitti etici riscontrati 175 infermieri di 5 strutture diverse. I dati sono stati raccolti grazie a un questionario anonimo e autosomministrato su questioni etiche come le decisioni sul trattamento di fine vita, la cura del paziente e i diritti dell'uomo, distribuito a tutti i partecipanti e a un'intervista semistrutturata sulle decisioni prese davanti a un problema etico. Le registrazioni vocali delle interviste sono state trascritte e codificate, come i risultati dei questionari: i 6 problemi etici maggiormente riscontrati sono:

- Proteggere i diritti del paziente e la dignità umana
- Fornire assistenza con un possibile rischio per la propria salute
- Utilizzo o non di contenzione fisica o farmacologica
- Tutelare i diritti dei pazienti anche quando questi sono soggetti di ricerche
- Conflitti tra gli infermieri e altri professionisti sanitari
- Organizzazione del personale che limita l'accesso alle cure infermieristiche al paziente

Anche le difficoltà dovute alla relazione con la famiglia dell'assistito rappresentano un problema importante.

Lo stress emotivo degli infermieri della psichiatria forense deriva principalmente da situazioni di violenza e autolesionismo, gestione delle dimissioni, il TSO e le emozioni negative provate dagli infermieri durante il lavoro, poiché tutti rientrano nelle problematiche etiche del rispetto dei diritti del paziente, della paura da parte del professionista del proseguimento delle cure di un paziente dimesso, della correttezza delle cure e dei trattamenti erogati e della paura di fronte a situazioni difficili (Tsunematsu et al., 2021). Per reagire a queste difficoltà, la maggior parte degli infermieri sceglie la collaborazione e il confronto con i colleghi per migliorare la qualità dell'assistenza, oppure il confronto con i pazienti stessi attraverso il dialogo per risolvere situazioni di scompenso o per scegliere il piano terapeutico

migliore che viene, poi, deciso in equipe. Ovviamente lo studio prende in considerazione anche la difficoltà presente anche negli articoli precedenti degli infermieri nell'instaurare un rapporto di fiducia con una persona autrice di reati che possono essere contrari alla moralità e che quindi portano alla formulazione di pregiudizi che devono essere abbandonati dal professionista che si trova a lavorare in questo particolare contesto.

4.5 Discussione e conclusioni

Gli articoli scelti per questa revisione mostrano come il nursing psichiatrico forense sia un ramo della professione infermieristica particolare, ma che porta a un conflitto interiore dovuto ad aspetti etici, professionali e morali. L'obiettivo è quello di far luce sulle difficoltà che si incontrano stando a contatto con una persona che necessita di cure e ha dei bisogni, ma che allo stesso tempo può provocare stress e traumi nella persona che lo assiste.

Tutti e 6 gli articoli selezionati permettono di comprendere come l'infermiere che lavora in questo contesto debba preoccuparsi di due aspetti principali: la cura di un paziente con diagnosi di patologia psichiatrica, il più delle volte in forma grave, con bisogni, ma anche restrizioni giudiziarie da rispettare e il comportamento professionale che deve assumere in base alle esigenze, con mentalità aperta e disponibilità per riuscire a creare un rapporto di fiducia reciproca che permetta un confronto verbale terapeutico tra i due interlocutori, ma anche con fermezza emotiva per non fornire assistenza diversa e per evitare il burnout nel caso assista o ascolti più volte il racconto dettagliato di situazioni e azioni traumatizzanti. Inoltre, l'infermiere deve garantire la sicurezza degli assistiti cercando di placare aggressioni anche attraverso la contenzione, oggetto di conflitti etici, sapendo di correre il rischio di subire violenze fisiche e verbali. Tutti i dati degli articoli appartengono a studi e categorie diverse, ma mirano allo stesso obiettivo: analizzare il nursing forense con gli elementi principali necessari a garantire una buona assistenza e i problemi etici derivanti da quest'ultima. In quasi un secolo sono stati fatti moltissimi passi avanti, passando dal manicomio giudiziario, in cui il paziente era considerato l'infermo di mente pericoloso per la società, vittima di esclusione sociale e violenza istituzionale, da rinchiudere e punire, alle REMS italiane istituite grazie alla legge 9 e dunque a una visione più umana dello psichiatrico autore di gesti punibili dalla legge. Ovviamente, con l'evoluzione della mentalità e della medicina si ha, a pari passo, anche l'evoluzione della figura dell'infermiere, il quale non è più un mero sorvegliante e punitore, ma diventa alleato del malato, pianificatore di percorsi di cura e reinserimento

sociale per il paziente, creati con le conoscenze acquisite con iniziali corsi essenziali fino ad arrivare a corsi di laurea e specializzazioni. L'infermiere ha un ruolo fondamentale durante la degenza del paziente psichiatrico autore di reato/i: il tempo che passa in reparto porta l'infermiere a trascorrere molto tempo con il paziente, permettendogli di creare una relazione di fiducia essenziale per conoscere il paziente e per aiutarlo concretamente nel recupero. Ci sono però dei limiti da rispettare per rendere l'assistenza effettivamente valida: infatti, l'infermiere deve riuscire a creare un rapporto con il paziente, dialogare e ascoltare, riuscendo però a mantenere la distanza che faccia capire al paziente di trovarsi davanti a un professionista. L'infermiere durante questi incontri deve riuscire a controllare le emozioni, mostrando allo stesso tempo compassione e comprensione, come affermato dallo studio di S. Glen (2005), per evitare il più possibile episodi violenti. L'infermiere, inoltre, deve considerare la modifica e il perfezionamento del suo stile interpersonale, analizzato nello studio di (Jalil et al.; 2020), anche attraverso corsi per l'intero staff. Ciò che il professionista deve fare è riuscire a coniugare cura, controllo ed etica/morale nel modo più oggettivo possibile. Infatti, deve considerare che un paziente al momento del delirio ha certamente motivazioni insolite a sostegno del suo gesto, come l'omicidio del persecutore, ma è consapevole che sta togliendo la vita a qualcuno e che ciò è un grave reato; non è però interessato, in quel preciso momento, alle conseguenze e agisce in nome di motivazioni personali che, per quanto deliranti, sono pur sempre le sue convinzioni: per questo bisogna rispettare le ideologie del paziente che ci si trova davanti e impegnarsi a non giudicare, anche se le sue argomentazioni sono contrarie ai normali concetti morali ed etici.

In conclusione, si può affermare che di qualsiasi Paese si parli, caratterizzato dalla propria mentalità, dai propri sistemi di organizzazione delle leggi e della sanità, i pazienti restano gli stessi, con le stesse esigenze, cioè il bisogno di essere ascoltati, curati e reintegrati nella società, non nascosti. Anche gli obiettivi del nursing, dipendendo dai bisogni del paziente, sono gli stessi: curare attraverso la clinica, garantendo l'assunzione dei medicinali essenziali per il recupero, la pratica, riuscendo a gestire le momenti di emotività

evidenziata e la relazione, instaurando rapporti di fiducia e di ascolto con il paziente per riuscire a comprenderlo al meglio e aiutarlo ad aiutarsi a raggiungere a consapevolezza del gesto compiuto, la stabilità della patologia diagnosticatagli e la volontà di non ripetere azioni simili. C'è sempre, inoltre, la necessità da parte del professionista di cercare risposte adeguate ai propri dilemmi etici e a superare situazioni che possono provocare stress attraverso un lavoro di confronto e condivisione per lavorare serenamente con l'obiettivo principale di garantire la cura al paziente.

Bibliografia

Opere citate

Benevelli, L. (2014). La nascita del manicomio criminale, dal manicomio criminale all'ospedale psichiatrico giudiziario: evoluzione storica e culturale. *Psychiatry online Italia*

Berry, S., & Robertson, N. (2019). Burnout within forensic psychiatric nursing: Its relationship with ward environment and effective clinical supervision? *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 26(7-8), 212–222. <https://doi.org/10.1111/jpm.12538>

Fuggiano, B. (2015). C'erano una volta gli O.P.G., adesso ci sono le R.E.M.S. *Redazione Fatto&Diritto*.

Glen, S. (2005). Dangerous and severe personality disorder: an ethical concept? *Nursing Philosophy*, 6(2), 98–105. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2005.00205.x>

Hammarström, L., Häggström, M., Devik, S. A., & Hellzen, O. (2019). Controlling emotions—nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), Article 1682911. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911>

Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2020). The role of interpersonal style in aggression and its containment in a forensic mental health setting: A correlational and pseudoprospective study of patients and nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 427–439. <https://doi.org/10.1111/inm.12677>

Melani, G. (2014). La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici. L'altro diritto.

Newman, C., Roche, M., & Elliott, D. (2021). Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 117, Article 103897. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103897>

Scarpa, F. (n.d.). *Breve storia dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*. Psychiatry online Italia.

Tsunematsu, K., Fukumoto, Y., & Yanai, K. (2021). Ethical Issues Encountered by Forensic Psychiatric Nurses in Japan. *Journal of Forensic Nursing*, 17(3), 163–172. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000333>

Ulss 9 Scaligera. (2022). *Carta dei Servizi e Regolamento R.E.M.S. di Nogara*.

Ulss 9 Scaligera. (2017). Istruzione operativa Gestione Pazienti. Revisione ottobre

Ulss 9 Scaligera. (2022). *Procedura operativa per la prevenzione e gestione del paziente a rischio suicidario nelle strutture sanitarie*, Revisione marzo

Opere consultate

Andreoli, V. (2002). *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Ufficio studi e ricerche.

Beccaria, C. (1764). *Dei delitti e delle pene*. Letteratura italiana Einaudi.

Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P., Ruggeri, M., Biondi, M., Roncone, R., & Directors Italian Section, World Association For Psychosocial Rehabilitation (WAPR). (2015). Closing forensic

psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista di psichiatria*, 50(5), 199-209. <https://doi.org/10.1708/2040.22158>

Cimino, L. (2014). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 8(2), 29–45

De Felice, G., Palmiero, N., Mirabella, A., Belli, A., Nese, A., Nese, G., & De Vita, G. (2021). A psychoanalytic contribution to the understanding of criminal tendencies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 34(4), 309–324. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.1875026>

Feroli, V., (2013). Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1), 29–44

Foucault, M. (2014). *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*. Einaudi

Hopkin, G., Messina, E., Thornicroft, G., & Ruggeri, M. (2018). Reform of Italian forensic mental health care. Challenges and opportunities following Law 81/2014. *International Journal of Prisoner Health*, 14(1), 1-3. <https://doi.org/10.1108/IJPH-05-2017-0022>

Jones, S. L., & Mason, T. (2002). Quality of treatment following police detention of mentally disordered offenders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 73–80. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00445.x>

Latte, G., Avvisati, L., Calandro, S., Di Filippo, C., Di Genio, M., Di Iorio, G., Gilardi, V., Giordano, S., & Pagano, A. M. (2018). From OPG to REMS: the role of a territorial health service in the implementation of security and non-custodial measures towards offenders with psychological problems. *Rivista di Psichiatria*, 53(1), 31-39. doi 10.1708/2866.28921

Lega, I., Del Re, D., Picardi, A., Cascavilla, I., Gigantesco, A., Di Cesare, A., Ditta, G., & Di Fiandra, T. (2014). *Valutazione diagnostica dei pazienti*

psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile. Roma: Istituto Superiore di Sanità, II, 121

Maiorca, G., Mascia, I., Curreli, R., Campus, A., Manchia, M., Nivoli, A., & Loretto L. (2020). Clinical, diagnostic and forensic features of a REMS patient's sample. *Rivista di Psichiatria*, 55(6), 15–19. doi 10.1708/3504.34901

Moriconi, I., Marra, F., & Turci, C. (2016). Il ruolo dell'infermiere nel trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato. *Infermiere oggi*, 2, 34–40.

Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A. M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., Babudieri, S., Celozzi, C., Lucania, L., Manzone, M. L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Loretto, L., & Clerici, M. (2019). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. *Rivista di Psichiatria*, 55(6), 83-134. doi 10.1708/3591.35740

Traverso, S., & Traverso, G. B. (2017). Revolutionary reform in psychiatric care in Italy: The abolition of forensic mental hospitals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, 107–111. <https://doi.org/10.1002/cbm.2030>

Sitografia

Benevelli, L. (2014). La nascita del manicomio criminale, dal manicomio criminale all'ospedale psichiatrico giudiziario: evoluzione storica e culturale. *Psychiatry online Italia* <http://www.psychiatryonline.it/node/4915>

Bondì, V. (2013). L'evoluzione della professionalità dell'infermiere psichiatrico. *Psychiatry online Italia* <http://www.psychiatryonline.it/node/1214>

Fuggiano, B. (2015). C'erano una volta gli O.P.G., adesso ci sono le R.E.M.S. *Redazione Fatto&Diritto*. <https://www.fattodiritto.it/cerano-una-volta-gli-o-p-g-adesso-ci-sono-le-r-e-m-s/>

Gallinella, F. (2015). *Compiti di custodia e sicurezza nelle REMS: interrogazione parlamentare sulle mansioni di medici e infermieri*. Atto di Camera, seduta n. 476 <https://www.poliziapenitenziaria.it/public-post-blog-compiti-di-custodia-e-sicurezza-nelle-rems-interrogazione-parlamentare-sulle-mansioni-di-medici-e-i-2584-asp/>

Scarpa, F. (n.d.). *Breve storia dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*. *Psychiatry online Italia*. <http://www.psychiatryonline.it/node/4162>

