

## Indice

<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>3</b>
----------------------------	----------

### **Capitolo 1**

<b>EVOLUZIONE DEL MALATO PSICHIATRICO E DELLE ISTITUZIONI.....</b>	<b>4</b>
--	----------

<b>1.1 Sviluppo degli asili privati nell'età classica.....</b>	<b>4</b>
--	----------

<b>1.2 Nascita dei manicomi.....</b>	<b>9</b>
--------------------------------------	----------

<b>1.3 Nascita della psichiatria clinica e fondamenti della psicofarmacologia.....</b>	<b>14</b>
--	-----------

<b>1.4 Deistituzionalizzazione del malato psichiatrico.....</b>	<b>23</b>
---	-----------

### **Capitolo 2**

<b>LEGISLAZIONE.....</b>	<b>28</b>
--------------------------	-----------

<b>2.1 Organizzazione attuale dei servizi psichiatrici.....</b>	<b>28</b>
---	-----------

<b>2.2 Legislazione in merito al TSO.....</b>	<b>36</b>
<b>Capitolo 3</b>	
<b>DIFFERENZE NEL TEMPO DELL'INFERMIERE</b>	
<b>PSICHIATRICO.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Infermiere psichiatrico di ieri.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Infermiere psichiatrico di oggi.....</b>	<b>48</b>
<b>Capitolo 4</b>	
<b>RUOLO DELL'INFERMIERE NEL TRATTAMENTO</b>	
<b>SANITARIO OBBLIGATORIO.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1 Riconoscimento in fase acuta dell'urgenza psichiatrica.....</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Ruolo dell'infermiere nel TSO.....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	<b>65</b>

## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio fin da subito il mio relatore, il Professore Virginio Alessandro Salvi per la disponibilità e la premura nell'assistermi allo svolgimento di questa mia tesi di laurea.

Ringrazio il correlatore nonché mio tutor durante lo svolgimento del tirocinio al CSM, il Dottor Alessandro Pazienza per avermi aiutato sia nell'espletamento della tesi, sia nell'avermi guidato durante tutta la mia esperienza di tirocinio fornendomi adeguato supporto e motivazioni.

Ringrazio tutte le persone che mi sono state vicino durante il mio percorso di laurea, un ringraziamento va in particolare alla mia famiglia mia sorella, mio padre, mia madre, mio cognato e non ultimo mio nipote che con il suo amore mi ha regalato un'esperienza unica nel suo genere, sostenendomi con innocenza e candore durante i miei anni di formazione.

Ringrazio tutto il personale del CSM che hanno contribuito all'arricchimento delle mie conoscenze in ambito della salute mentale, fornendomi materiale scientifico di studio per lo svolgimento di questo elaborato.

Ringrazio tutto il personale medico, infermieristico e di supporto che ho incontrato durante tutto il percorso formativo e che hanno contribuito alla mia crescita professionale e interpersonale.

Un ringraziamento va infine a tutte le figure universitarie per avermi aiutato a raggiungere questo obiettivo di vita tanto atteso e desiderato.

# **Capitolo 1**

## **EVOLUZIONE DEL MALATO PSICHIATRICO E DELLE ISTITUZIONI**

### **1.1 Sviluppo degli asili privati nell'età classica**

L'età classica, ovvero il periodo che segue il medioevo, portò grandi cambiamenti culturali, sociali ed economici.

Il Rinascimento sviluppatosi principalmente in Italia tra il medioevo e l'inizio dell'età moderna, inizialmente a Firenze e successivamente diffusosi poi in tutta Europa, fu il movimento protagonista di un'epoca di passaggio dove predominava la volontà di rinascita e l'esaltazione della grandezza dell'uomo.

Uno dei passaggi principali di quest'epoca sicuramente legato all'assistenza del malato psichiatrico fu l'estromissione della chiesa, fino ad allora protagonista indiscussa dell'assistenza, dal nuovo sistema di cure al malato che si stava creando.<sup>1</sup>

Proprio in quel periodo infatti stava nascendo il fenomeno dell'internamento, le torri medievali che fino a quel momento venivano utilizzate per assedi e per difesa, vennero riadattate e riorganizzate nell'intento di isolare la società dai grandi disturbatori che la affliggevano: "i folli".

Nel XVII secolo la parte di popolazione che occupava queste torri era principalmente costituita da poveri e soggetti non produttivi per la società che dovevano a sé stessi la colpa della propria condizione.

Questi soggetti una volta rinchiusi erano costretti a subire la perdita dei propri diritti e venivano spogliati della propria dignità umana, sottoposti a continue vessazioni e punizioni corporali con il fine di rieducare la persona.

In Francia più precisamente a Parigi nel 1656 era l'amministrazione pubblica che aveva il compito di gestire tale fenomeno, secondo l'istanza dell'ordine monarchico e borghese a cui era affidato il potere di controllo, di giurisdizione, di punizione e correzione della popolazione non abbiente o non produttiva.

Sempre in Francia, nel 1656 venne istituito l'Hopital General che, come possa far pensare il nome, non aveva nessun tipo di scopo di cura ma piuttosto ricopriva un ruolo segregativo, di esclusione sociale e quindi molto simile ad una forma di carcere. Tutte le strutture con finalità assistenziali preesistenti vennero accorpate sotto la stessa amministrazione i cui funzionari si occupavano di farsi carico dei reietti della società: mendicanti, omosessuali, criminali, disoccupati, vagabondi e folli erano accomunati da un unico destino, quello che prima nel medioevo era riservato ai lebbrosi, ovvero il distacco dalla società e l'internamento.

Uno sguardo va dedicato soprattutto ai cosiddetti folli i quali in epoca medioevale, ricoprivano significati esoterici, legati al mondo dell'occulto e delle possessioni, mentre in quest'epoca venivano associati per lo più a persone non abbienti, alla miseria, alla pigrizia e alla non volontà.

Strutture simili all'Hopital General di Parigi sorsero così in tutta Europa; alla gestione di queste istituzioni, deputate per lo più a centri di internamento, vennero nominati dei direttori che avevano la massima autorità decisionale sia in ambito giudiziario che in ambito sociale di ordine pubblico.

Questi direttori a loro volta formarono delle vere e proprie bande sotto il loro controllo con l'ordine di dare la caccia ai poveri e ai vagabondi, valutarne la condotta morale, registrarne la condotta ed infine internare i più ostili e abbiatti della società.

La chiesa pur essendo rimasta esclusa dall'organizzazione generale di queste istituzioni cercò di rimanere al passo con i tempi, riorganizzando i propri fondi e le proprie strutture ospedaliere, rendendole più simili a quelle di riferimento di quell'epoca.

Gli ecclesiastici decisero di occupare vecchi lebbrosari, ormai in disuso, con persone escluse dalla società, cercando quindi di avvicinarsi quanto più possibile all'idea istituzionale di quell'epoca, mantenendo chiaramente sempre il fine dell'internamento e dell'esclusione dalla società.

L'accesso a queste case di reclusione religiose o asili privati avveniva ugualmente secondo l'ordine giurisdizionale ed in parte venivano anche sostenute dalle finanze pubbliche, in questo modo la chiesa riuscì a tenere il passo con i tempi e ad ottenere nuovo valore aggiunto al significato religioso, insinuandosi sempre più tra le volontà della borghesia.

In questo modo la reclusione nelle strutture era presentata come l'unica soluzione per coloro che non erano in grado di provvedere a loro stessi, facendola mutare in base al grado di necessità e passando dall'internamento come strumento di repressione nei momenti di crisi economica a luoghi in cui gli internati erano obbligati a lavorare per il bene della comunità e per la correzione della propria morale.<sup>2</sup>

In tale organizzazione sociale, l'unione dell'obbligo morale religioso e la legge civile, entrambi a condanna dell'ozio e sostenitori del dovere etico di lavorare e dimostrare la propria produttività a beneficio della società, portò al rifiuto di tutti coloro che risultavano inutili sotto l'aspetto economico.

Il folle spesso si dimostrava inabile e inadatto alle attività lavorative, con difficoltà di adattamento alla collettività e all'integrazione sociale, fu proprio per questo motivo che il concetto di follia iniziò a far parte dei problemi di ordinamento civile differenziando il folle dalla massa di tutte quelle persone unificate sotto lo stato di povertà.

Le categorie di persone che venivano considerate "folli" secondo l'ordinamento, infatti erano quelle che si discostavano dalle consuetudini sociali e dai comportamenti comunemente accettati.

Quella categoria che maggiormente ricopriva questo ruolo apparteneva sicuramente all'ambito della sessualità e che, non rispettando la più grande istituzione borghese ovvero la famiglia, venivano etichettati con classificazioni tipo: "libertino, prostituta, dissoluto, profanatore".<sup>3</sup>

I bestemmiatori, ad esempio, erano considerati una via di mezzo, per metà confusi e insensati e metà immorali, unica figura di quel periodo per cui era prevista una sorta di redenzione.

Le forme di pensiero libertino venivano considerate folli e minacciavano l'amore contrattuale borghese, stabilito con il matrimonio minacciando l'immagine pudica e rigorosa che le famiglie del tempo dovevano dimostrare.

L'internato considerato dalla società un peccatore ed un folle, non era visitato da un medico con il fine di una perizia, ma semplicemente il magistrato si basava sulle denunce e sulle testimonianze dei parenti e vicini.<sup>4</sup>

Inoltre, durante il periodo dell'internamento si svilupparono alcune teorie mediche che si proponevano di curare le persone affette da comportamenti considerati illeciti, specialmente dei venerei, occupandosi anche della loro morale.

La pratica consisteva nella punizione fisica, un insieme di vessazioni ordinate secondo un ordine stabilito che aveva il fine di purificare l'animo del folle e veniva espletata con salassi, bagni lunghi e numerosi in acqua gelida o bollente, frizioni strategiche, purghe oppure essere rinchiusi in piccoli spazi poco areati e legati con catene.

Queste pratiche, come si può immaginare, non curavano la salute mentale dei pazienti, ma quello a cui i medici miravano era infliggere un castigo piuttosto che agevolarne la guarigione.

Siccome la salute corrispondeva al benessere del corpo, tutto ciò che portava al peccato era riconducibile alla fisicità della carne; quindi, era consono agire sulla carne percuotendola al fine di forgiarne lo spirito.<sup>5</sup>

Nell'insieme di strutture presenti sul territorio europeo si distinguevano quelle che sorsero specificatamente per coloro che avevano perso la ragione, come quello di



Parigi denominato Hotel-Dieu,

e quello per i lunatici incurabili, come il Bethléem di Londra.



Tali strutture non erano frutto di un progresso nei riguardi dei malati di follia ma bensì delle rimanenze del passato, adibite a case di internamento.

In Spagna esistevano ospedali di cura per folli destinati a famiglie più benestanti, questi ospedali presero esempio dalla cultura araba, dove molto prima si era diffusa l'opinione di dover trattare la follia con un approccio medico.

I metodi adottati per la cura della follia e dello spirito nel mondo arabo spaziavano dall'ascolto di musica alla rappresentazione di spettacoli teatrali, dalla danza alla lettura dei racconti.

L'influenza orientale è testimoniata anche dal fatto che le prime strutture ospedaliere furono fondate proprio in Spagna dove il contatto tra le due realtà sociali era più forte.<sup>6</sup>

La follia, infine, verso la fine del XVII secolo esordì come oggetto di studio della medicina: a poco a poco si distinse e non venne più parificata alla povertà ed alla criminalità.

La malattia mentale assunse un proprio ruolo, l'ordinamento fu spinto a cambiare e ad affidare più potere decisionale al giudizio medico che aveva il compito di distinguere la presenza o l'assenza di pazzia e definire il tipo di disturbo a seconda dei comportamenti della persona.

Il medico differenziava il folle, misurando il grado di insensatezza e quantificando le facoltà di vita quotidiana.<sup>7</sup>

Indice di attenzione ed allarme era sicuramente la mancanza di sonno o di appetito, una spropositata attenzione alla bellezza o fenomeni di prolungata tristezza del soggetto esaminato, anche la temperatura corporea poteva essere decisiva per la diagnosi medica.

Nonostante questi passi avanti della scienza medica l'ultima parola spettava ugualmente al magistrato avendo cura di affermare come il potere giuridico aveva ancora prevalenza sulla medicina.

Le autorità preposte all'ordine pubblico ora disponevano non solo di carceri ma anche di luoghi di ricovero più o meno coatto, i cosiddetti istituti di segregazione o asili privati per lunatici.

## 1.2 Nascita dei manicomi

Con l'affermarsi dei diritti dell'uomo e del cittadino propagati dalla Rivoluzione francese si chiusero gli istituti di segregazione e riprese a diffondersi la spiegazione della follia in termini di malattia.

Nel corso del XVIII secolo furono sviluppate nuove teorie sulla follia.

Mania e melanconia, sostenevano i medici illuministi, non erano originate da forze sovranaturali; le loro cause, piuttosto, andavano ricercate all'interno del corpo umano; dunque, l'eziologia dei disturbi psichici era da intendersi di tipo organico.

Le vecchie dottrine cominciarono a perdere credito con l'affermarsi della "nuova scienza" inaugurata da René Descartes (1596-1650), che interpretava il corpo in termini meccanicistici dando la preminenza non più ai fluidi ma ai solidi. I disturbi psichici erano interpretati come malattie del corpo e l'anima ne restava assolutamente inviolata.<sup>8</sup>

Inizia così a farsi strada l'idea della salute come diritto a cui tutti devono poter accedere senza distinzioni, compresi i folli, iniziando così a differenziarsi la figura del folle da quella del delinquente.

Affinché la salute e l'umanità progredissero, era necessario che la medicina diventasse scientifica, questo fu possibile attraverso due concetti chiave: l'osservazione e la sperimentazione.

Il lavoro al letto del malato diventò molto importante, piuttosto che l'insegnamento emanato dai testi, l'esperienza rivendicò il suo posto come dato superiore a qualsiasi teoria filosofica.

Il sistema di studi legato alle letture private, ai testi di consulti medici, basati sui sintomi e le cure senza riscontro autoptico, dopo un'istruzione formale caratterizzata dalla filosofia, prestava il fianco a numerose critiche, soprattutto alla luce delle molte scoperte scientifiche che avevano segnato un attacco decisivo alla dottrina galenica, ancora alla base dell'insegnamento universitario del XVIII secolo.<sup>9</sup>

Contro la passiva imitazione dei modelli del passato, veniva richiamato il valore dell'esperienza, punto di partenza per le nuove scienze, più utili dell'astratta speculazione che la stampa ed i rapporti fra le nazioni avevano contribuito a far conoscere.

Se la medicina fosse dovuta divenire scienza, sarebbe stato necessario modificare da un lato, la figura del medico e, dall'altro, il luogo preposto ad esercitare la sua attività. È proprio nel corso del '700 che si arrivò alla nascita dell'ospedale come luogo deputato alla cura della salute e allo stesso tempo sede privilegiata di osservazione e di trasmissione del sapere.<sup>10</sup>

Nel corso del XVIII sec, grazie all'atteggiamento riformista di molti sovrani di quel tempo che caratterizzò l'epoca dei Lumi, si porta a termine quel processo che allontanò i folli dagli ospedali, con la creazione di luoghi specifici destinati ad accoglierli: i manicomî.

Nel tentativo di razionalizzare la tipologia delle degenze, vennero compiute migliorie strutturali degli ambienti, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Si assiste, quindi, fra il 1750 ed il 1850, alla trasformazione dell'ospedale, da luogo di ricovero indifferenziato a spazio destinato alla curabilità del malato e, parallelamente, alla trasformazione della medicina da scienza teorica a disciplina clinica.<sup>11</sup>

Verso la fine del XVIII secolo, l'alienista Philippe Pinel (1745-1826) descrisse la psichiatria come scienza di liberazione dell'uomo; infatti, considerava la malattia mentale come uno stato di alterazione dell'equilibrio esistente tra le varie pulsioni umane.

In base a questa sua teoria, se la causa del male era morale anche il progetto terapeutico doveva essere morale e quindi orientato a moderare e riequilibrare gli stati di alterazione.

L'idea di Pinel è che i "matti" debbano essere inseriti all'interno di istituti che possano aiutarli e che garantiscano la sicurezza sia del folle che della società, entrando così nell'era custodialistica del "folle".<sup>12</sup>

L'atto del 1793 dello stesso Pinel di liberare da ceppi e catene i folli rinchiusi al Bicêtre, dove momentaneamente svolgeva la sua attività, rappresentò simbolicamente l'inizio della nuova scienza psichiatrica e segnò l'inizio dell'era manicomiale con la creazione di uno spazio utile allo sviluppo degli studi e alla cura della follia.



(rappresentazione su tela di Charles-Louis Muller)

Questo gesto simbolico costituì un passo avanti rispetto ai reclusori del passato, poiché era basato su obiettivi di cura e ricerca medica, avente come obiettivo la separazione del folle dal delinquente.

Tuttavia, le catene furono sostituite da nuovi mezzi coercitivi come sedie e letti di contenzione, cinghie di cuoio, manette, collari e camice di forza; questo rappresentò la continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che la “cura” coincideva con l’obiettivo di isolamento dei malati per osservarli, diagnosticarli e classificarli.

L’interesse di Pinel era quello di riuscire a collegare i disturbi mentali a determinate alterazioni anatomiche, lo psichiatra francese infatti considerava il malato mentale come incapace di trattenere gli istinti e di conseguenza le terapie si basavano su colloqui quotidiani, mediante un approccio individualizzato in modo da capirne e studiarne le caratteristiche psico-fisiche.

Un cambiamento significativo si poté riscontrare nel fatto che essere internati non era più una condizione definitiva ma al contrario, se “il folle” o la persona affetta da disturbi avesse dimostrato di poter tornare alla vita quotidiana, avrebbe potuto essere reinserito nella società e quindi far ritorno alla propria famiglia di origine.

Un altro cambiamento della società del XVIII secolo fu proprio la parità delle cure fornite ai meno abbienti, questo significava che sia i malati provenienti da nobili famiglie sia i malati provenienti da famiglie di ceto medio basso avevano accesso alle stesse strutture e medesime cure.

Di particolare importanza in Italia fu la fondazione della Reale Casa de’ Matti ad Aversa in provincia di Napoli, il primo ospedale psichiatrico d’Italia nel 1813.

Il manicomio di Aversa sorse nell’antico Convento della Maddalena dei Frati minori osservanti scelto in tempi passati per la cura dei lebbrosi.



Il 5 maggio 1813 le Reali case de'matti iniziò la loro attività accogliendo, in un primo momento, esclusivamente gli uomini nel convento degli Zoccolanti.

Solo il 10 giugno 1813, sempre ad Aversa, veniva aperta una sezione per le donne nel convento dei Cappuccini al Monte per una capienza complessiva di circa 200 ricoverati.

I folli erano curati attraverso la disciplina, ossia l'osservazione di regole, divieti e orari e l'occupazione in attività varie: dalla cura dei campi alla recitazione, dalle lavorazioni artigiane alla musica.

Essi potevano passeggiare nelle vicine campagne e, accompagnati dai prefetti, potevano persino recarsi a Napoli purché le famiglie avessero sostenuto le spese di viaggio.

I manicomi che sino ad allora avevano ricoperto il ruolo di custodire ed isolare il malato psichico dalla società, iniziarono ad apparire come luoghi disumani nei quali non veniva trattata la problematica legata al paziente ma anzi, i trattamenti, che a volte sfociavano in un uso improprio della violenza, non gli lasciavano scampo fuorché aspettare il trascorrere del tempo.

Il sistema relazionale asimmetrico e la gestione di carattere dominativo apparivano sempre più come ingiustizie nei confronti delle persone più deboli e fragili, che venivano isolate e private di libertà e diritti.

Nonostante nella maggior parte degli istituti gli edifici e gli abitacoli fossero insufficienti e molto spesso non idonei, fu proprio in questi luoghi che si abolì la violenza e la repressione, finanziando ricerche e trattamenti che potessero sanare le patologie del cervello, riconosciute per la prima volta come vere e proprie malattie che potevano essere curate, senza sofferenze e torture.<sup>13</sup>



Per quanto riguarda l'Italia nel XIX secolo, a causa del crescente numero dei malati, si iniziò a discutere di una legge che potesse regolamentare tutti i manicomi del Paese che fino a quel momento avevano avuto piena autonomia per quanto riguardava l'internamento.

L'istituzione manicomiale, si poneva d'altro canto, su una duplice prospettiva: da una parte si defilava come strumento di cura e dall'altra come mezzo di difesa a tutela della società dal suo lato più oscuro e dall'immagine deformata che si andava delineando con l'evolversi dell'industrializzazione societaria.

Dal punto di vista strutturale i vari governi intervennero principalmente con la ristrutturazione dei manicomi già esistenti tramite lavori di adeguamento alle nuove istanze scientifiche e sanitarie, soltanto in vere e proprie eccezioni, alle migliorie degli ambienti fecero seguito delle realizzazioni di nuovi stabilimenti adibiti all'internamento dei folli.

In un'"Ispezione sui manicomi del Regno" svolta nel 1891 da parte del ministro dell'Interno Giovanni Nicotera (1828-1894), si denunciavano numerosi inconvenienti di tali strutture quali la scarsità o la fatiscenza dei locali, l'inadeguatezza degli strumenti di cura, le scarse condizioni igieniche, la mancanza di una registrazione clinica e il sovraffollamento.

In Italia ce ne sono 124 strutture dedicate all'assistenza psichiatrica, di cui 43 manicomi pubblici, ma ancora non esisteva una legge che regolamentasse, unificandole, le diverse realtà pubbliche e private.

Ogni istituzione si governava in autonomia, sia dal punto di vista sanitario che da quello amministrativo.

Nel febbraio 1904 venne promulgata la Legge che porta il nome del Ministro dell'Interno dell'epoca Giovanni Giolitti (1842-1928).

In questo modo per la prima volta lo Stato unitario si dotava di una legge organica che regolamentasse la materia psichiatrica.

Gli istituti manicomiali erano chiamati a svolgere un ruolo sempre più repressivo ed emarginante, a causa della connessione che la legge stabiliva tra malattia mentale e pericolosità sociale.

Se da un lato la Legge connotava in modo doltoso netto la psichiatria nel suo mandato di controllo sociale, dall'altro sanciva in modo altrettanto netto la delega al Direttore del Manicomio, che aveva potere di decidere in quasi autonomia ingressi e dimissioni, vale a dire della salute e del destino sociale di molte persone.

La legge 36 del 1904 è rimasta in vigore fino al 1978.<sup>14</sup>

### **1.3 Nascita della psichiatria clinica e della psicofarmacologia**

All'inizio del XIX secolo si poté assistere, date le acquisizioni scientifiche ed i nuovi parametri sociali, alla nascita delle specializzazioni mediche, in cui si rilevò l'attenzione esclusiva verso una determinata categoria: i malati.

La necessità di una selezione del metodo e delle competenze dà origine alla nascita delle varie branche nella medicina, nasce così una nuova scienza medica: la psichiatria, imponendosi con ruolo decisivo alla cura della follia.

La cura del malato e la ricerca degli adeguati interventi istituzionali divennero lo scopo principale del pensiero medico di quel tempo.

Le riforme legislative, nei vari paesi europei, diedero, seppur nella loro diversità, disposizioni sempre più puntuali volte a controllare il ricovero dei folli.

Un medico italiano che seguì la scia illuminista e rivoluzionaria di Pinel e che introdusse la scienza medica nel secolo seguente, fu sicuramente Vincenzo Chiarugi (1759-1820) il quale, ispirato da una cultura di riferimento improntata sull'umanità e la razionalità, varcò i limiti della superstizione.

Lo stesso Chiarugi parla di errori di giudizio, ovvero di fallaci interpretazioni della realtà prodotte dal folle il quale, era da intendersi uomo, o più precisamente individuo infelice e non peccatore o deviante, ponendo il folle nel contesto sociale in relazione ad altri individui.

La differenza tra le sensazioni vissute dal folle, senza possibilità di autocritica e le sensazioni degli altri individui della società, era indice dello stato della follia medesima.

Chiarugi per meglio definire la follia esclude le ulteriori possibili cause del delirio, quali l'ubriachezza e le alterazioni del sonno.

Egli avviò un processo di attribuzione medico-scientifica delle peculiarità delle patologie psichiche tale da rendere la categoria nosologica della pazzia un vero e proprio paradigma scientifico.

Tale paradigma appare tuttora il fondamento su cui si basa la psichiatria contemporanea, egli restituì al pazzo, in termini scientifici e culturali, l'identità e la dignità di malato, cioè di persona bisognosa di cura e di asilo ospedaliero.

Durante tutto il XIX secolo, il dibattito psichiatrico trovava nelle riviste specializzate e nella pubblicazione delle relazioni di viaggio medico lo strumento principale della sua diffusione.<sup>15</sup>

Sempre intorno alla metà del 1800 vi fu una figura di spicco che segnò il passaggio al secolo successivo, nell'era della psichiatria vista da un lato umanistico ma soprattutto anche clinico: Emil Kraepelin (1856-1926).

Dopo la laurea conseguita nel 1878, a Lipsia applicò le tecniche sperimentali allo studio degli effetti di droghe, alcool e fatica sulle funzioni psichiche ed ottenne l'abilitazione in psichiatria.

Fu professore di psichiatria presso varie università e fra i suoi allievi va annoverato anche Alois Alzheimer.

A Monaco Kraepelin fondò, nel 1917 il prestigioso Istituto di ricerca psichiatrica che diresse fino al pensionamento.<sup>16</sup>

Psichiatra e psicologo, pioniere del concetto di malattia psichiatrica e massimo esponente dell'indirizzo clinico-nosografico descrittivo basò il suo lavoro su tre elementi: psicopatologia descrittiva, eziologia organica e storia naturale.

Attraverso i suoi scritti, tra cui uno dei più famosi fu proprio "il compendio" pubblicato nel 1883 e considerato uno dei suoi più grandi lavori clinici, mostrò una reale comprensione per le variabili psicologiche legate all'ambiente ed elencò situazioni in cui fattori sociali svolgevano un ruolo predominante.

Kraepelin ritenne che le malattie psichiatriche fossero classificabili in: endogene legate a fattori organici ed esogene legate a fattori ambientali.

Fu tra i primi a notare la scarsità dell'ipotesi per cui lo stupore dipendesse esclusivamente da fattori endogeni.

Mostrò attraverso i suoi scritti ed in particolare all'interno del suo Compendio una reale comprensione per le variabili psicologiche legate all'ambiente.

Il nome di Kraepelin fu strettamente connesso a due malattie: la Dementia Praecox e la "Mania Depressiva".

La Demenza precoce era a suo avviso, dovuta a sintomi quali la demenza semplice, l'ebefrenia, la catatonia e la paranoia.

Il concetto di mania depressiva era invece dovuto a quello di alienazione periodica e ciclica e da tre sotto sintomi: la mania semplice, la malinconia e l'amenza.

Per Kraepelin era importante formulare una diagnosi e quindi una successiva prognosi, nacque così una prima distinzione tra i due fenomeni in base al loro sviluppo e alla loro eziologia.

Attualmente le sue teorie fondamentali sull'eziologia e la diagnosi dei disturbi psichiatrici costituiscono la base di tutti i principali sistemi diagnostici.

Un'altra figura di spicco che lavorò al fianco di Kraepelin fu Alois Alzheimer (1864-1915) tedesco psichiatra e neuropatologo a cui fu attribuita l'identificazione del primo caso pubblicato di "demenza presenile", che Kraepelin avrebbe successivamente identificato come malattia di Alzheimer.

Nel 1888, Alois Alzheimer iniziò la sua residenza presso l'Ospedale per i malati mentali e gli epilettici di Francoforte, in Germania, diretto da Emil Sioli (1852-1922), uno psichiatra progressista che "non poneva restrizioni" al lavoro di Alzheimer.

Rimase lì per sette anni, venendo infine promosso a medico anziano. Durante questo periodo, Alzheimer studiò la psichiatria e coltivò la sua passione per la neuropatologia.

Alzheimer collaborò con Franz Nissl (1860-1919) distinto neurologo, la coppia condusse approfondite indagini sulle patologie del sistema nervoso, che portò agli studi istologici e istopatologici della corteccia cerebrale in sei volumi, pubblicati tra il 1906 e il 1918.

Alzheimer a Francoforte, lavorò su una vasta gamma di argomenti, tra cui la depressione maniacale e la schizofrenia.

Nel 1901 nel manicomio di Francoforte incontrò Auguste Deter, una donna di 51 anni con strani sintomi comportamentali e una crescente perdita di memoria a breve termine.

Le sue condizioni degenerarono in una grave demenza, successivamente la paziente sarebbe diventata la sua ossessione negli anni a venire.

Nel 1902, Kraepelin invitò Alzheimer a lavorare con lui a Heidelberg, dove si trasferì seppur non dimenticando la paziente Augusta Deter.

Nel 1906, Auguste Deter morì e Alzheimer fece portare il cervello al laboratorio di Kraepelin a Monaco, durante un'autopsia, Alzheimer identificò una serie di condizioni patologiche, tra cui il restringimento della corteccia e la presenza di grovigli neurofibrillari e placche neuritiche.

Le placche e i grovigli erano abbastanza distintivi da giustificare una diagnosi di demenza senile, che divenne nota solo successivamente come morbo di Alzheimer.<sup>17</sup>

Altro psichiatra importante per lo sviluppo della psicopatologia, fu Eugen Bleuler (1857-1939) uno psichiatra svizzero che coniò clinicamente i termini di schizofrenia e autismo.

Il termine "schizofrenia" fu coniato il 24 aprile 1908, quando Bleuler tenne una conferenza a una riunione dell'Associazione psichiatrica tedesca a Berlino, dove sostenne che la demenza precoce non era associata né alla demenza né alla precocità sottolineando che la scissione del funzionamento psichico era una caratteristica essenziale della schizofrenia.

Nel 1911 Bleuler scriveva: “Io chiamo schizofrenia la demenza praecox perché, come spero di dimostrare, la scissione delle diverse funzioni psichiche è una delle sue caratteristiche più importanti.

In ogni caso c'è una scissione più o meno netta delle funzioni psicologiche: man mano che la malattia si distingue, la personalità perde la sua unità”.

Nel 1911 Bleuler pubblicò il suo testo principale “Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien” in cui riformulò profondamente la classica nosografia ottocentesca delle psicosi schizofreniche di Kraepelin.

Il concetto Kraepeliano di “Dementia Praecox” e le osservazioni cliniche di Bleuler lo avevano portato a concludere che le psicosi schizofreniche presentavano tre differenze sostanziali:

- “Dementia” era un termine inadeguato, perché nelle schizofrenie non si presenta solo il degrado delle funzioni ideative o cognitive tipico delle demenze organiche, ma anche

una serie di fenomeni ideo-affettivi e comportamentali molto più complessi e non riducibili o assimilabili alla semplice "dementia".

- "Praecox" era altresì un termine inadeguato, perché anche se la maggioranza delle forme psicotiche hanno un esordio in età giovanile, potevano comunque emergere a qualunque età.

- Infine, le diverse manifestazioni cliniche sembravano corrispondere non solo a delle varianti secondarie e superficiali di una stessa patologia di base, ma a vere e proprie forme sindromiche differenti, a volte con differenze notevoli nel quadro nosografico e nell'evoluzione dei sintomi.

Bleuler sostituisce quindi il termine "unitario" di "Dementia" con quello di "famiglia delle schizofrenie" esprimendo dunque il processo patogenetico della frammentazione dei processi associativi, ovvero una scissione frammentaria dei processi di pensiero, che poteva avere anche una matrice organica ed era alla base delle sindromi schizofreniche.<sup>18</sup>

Un segnale importante del percorso che andava configurandosi come la fine di un sistema disumano venne offerto dall'introduzione degli psicofarmaci attraverso lo studio delle piante e dei principi attivi contenuti in esse.

Tra la fine del XVIII sec. e l'inizio del XIX sec. Friedrich Serturmer (1783-1841), noto farmacista di quel tempo, scoprì che l'oppio senza alcaloide non aveva effetto sugli animali ma che l'alcaloide contenuto in esso, da solo era dieci volte più potente dell'oppio lavorato.

Serturmer battezzò la sostanza col nome di morfina in onore di "Morpheus" (dalle origini greche dio dei sogni), dato che la sostanza letteralmente aveva proprietà di sonnifero, scoprendo così una nuova classe di farmaci: gli alcaloidi.

Nel XIX secolo furono individuati tutti gli alcaloidi dell'oppio che vennero suddivisi in due grandi famiglie: quella della morfina, con proprietà maggiormente analgesiche e quella della papaverina, con proprietà vasodilatatrici, scoperta più tardi da Georg Franz Merck (1825-1873) nel 1848.

L'isolamento dei vari principi attivi permise di comprendere la complessa attività farmacologica dei componenti dell'oppio sul quale diversi alcaloidi esplicavano azioni differenti.

Sempre in questo secolo si registrarono i primi tentativi volti ad ottenere, attraverso la sintesi chimica, sostanze con diverse attività farmacologiche.

Si avviò inoltre il processo di industrializzazione per la produzione di farmaci, processo che avrà la sua notorietà ed importanza solo nel secolo successivo.

La produzione di medicinali per sintesi chimica, vale a dire la produzione artificiale in laboratorio dei vari composti, e non più quindi la semplice estrazione da minerali o vegetali fu una delle principali innovazioni del XIX secolo in campo farmacologico.<sup>19</sup>

Contributo fondamentale allo sviluppo della psicofarmacologia fu dato dal farmacologo Otto Loewi (1873-1961) e dal neurologo Henry Hallet Dale (1875-1968), i quali mostrarono che la neurotrasmissione aveva luogo nel sistema nervoso autonomo.

I nervi del sistema simpatico e quelli del parasimpatico sembravano rilasciare due sostanze differenti: la sostanza del sistema simpatico aveva delle proprietà chimiche simili all'adrenalina, la sostanza del sistema parasimpatico si scomponesse facilmente nel sangue ed era difficile caratterizzarla.

Loewi scoprì che questa scomposizione si poteva prevenire mediante l'introduzione nel sangue della fisostigmina, sostanza isolata dal fagiolo Calabar.

Dale estrasse l'acetilcolina dal tessuto di mammifero nel 1929 e dopo molti anni di lavoro Loewi concluse che la sostanza del sistema parasimpatico era l'acetilcolina.

Durante gli anni 1930 Dale e i suoi colleghi dimostrarono che la neurotrasmissione aveva luogo in tutto il sistema nervoso.

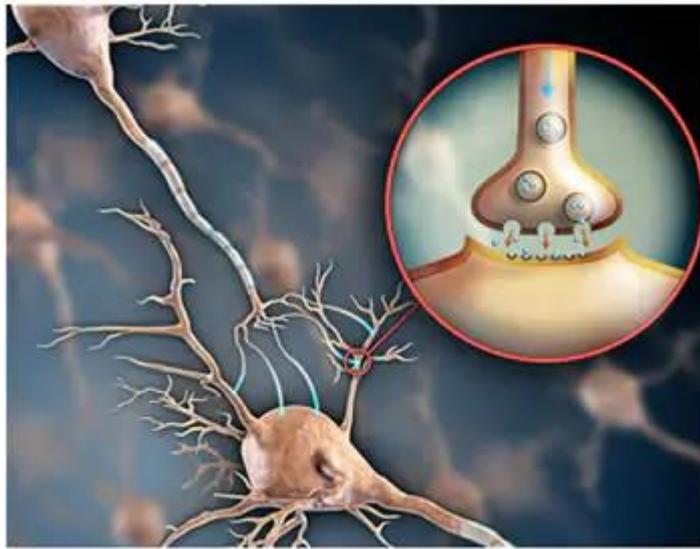
Egli mise a punto un nuovo modo di classificare le fibre nervose e ridefinì la comprensione di come i nervi influiscono sul corpo.

Dale e Loewi vinsero il Premio Nobel nel 1936.<sup>20</sup>

Fino ai primi anni del XX secolo, gli scienziati ritenevano che la comunicazione tra neuroni e tra i neuroni e le cellule di altro genere avvenisse, esclusivamente, attraverso sinapsi elettriche.

L'idea che potesse esistere un'altra modalità di comunicazione sorse nel momento in cui alcuni ricercatori scoprirono il cosiddetto spazio sinaptico.

A ipotizzare che lo spazio sinaptico potesse servire ai neuroni per rilasciarvi dei messaggeri di tipo chimico fu Otto Loewi che si rese così protagonista così della scoperta del primo neurotrasmettitore conosciuto: l'acetilcolina



Tra la fine del XIX sec. e l'inizio del XX sec. ebbero inizio e presero corpo gli studi sull'assorbimento, sulla biotrasformazione, sulla distribuzione e sulla eliminazione dei farmaci; nacque così la farmacocinetica, la branca della farmacologia che studia gli effetti dei farmaci sul corpo umano.

Nell'anno 1949 lo psichiatra australiano John Cade (1912-1980) riportava nel "Medical Journal of Australia" i risultati di uno studio sugli effetti psichici dei sali di litio, già utilizzati in medicina per il trattamento della gotta.

Tutto iniziò qualche anno prima, in piena Seconda Guerra Mondiale, quando a Cade, detenuto nel campo di prigionia di Singapore, fu affidato il ruolo di medico del reparto psichiatrico dello stesso campo di prigionia.

Acuto osservatore ed incline a chiedersi sempre il perché delle cose, Cade notò nei prigionieri sotto la sua cura, il legame esistente tra deficit alimentari e specifiche malattie, come la carenza di vitamina B nel beri-beri, nota anche come carenza di tiamina.

Alla fine della guerra, Cade tornò in Australia e riprese a lavorare presso l'ospedale psichiatrico di Bundoora dove, accanto all'attività clinica, sviluppò anche delle ricerche su cavie per dimostrare la sua convinzione che fosse proprio la carenza di un fattore biologico, o il suo eccesso, la causa della malattia mentale.

Seppur privo delle moderne tecnologie, Cade iniziò a studiare gli effetti provocati dall'iniezione di urina di pazienti psichiatrici nell'addome delle cavie, fu così che notò che l'urina di questi pazienti era particolarmente tossica per le cavie e che le portarono alla morte per convulsioni.

Questo studio portò all'evidenza che, rispetto ai soggetti sani, le urine dei pazienti con disturbi psichici avevano concentrazioni più elevate di acido urico.

Cade decise quindi di somministrare il solo acido urico alle cavie per verificarne gli effetti, non essendo l'acido urico solubile in acqua, scelse di addizionarlo al litio, che fin dal secolo precedente era utilizzato nella cura della gotta per la sua proprietà di formare un sale solubile.

Sorprendentemente, la tossicità dell'iniezione di questa sostanza risultò assai minore di quella attesa, come se il litio avesse un effetto protettivo contro le convulsioni.

Un'altra osservazione che Cade notò nel suo lavoro del 1949 fu che, diversamente dagli altri esperimenti, le cavie che ricevevano il sale di litio apparivano letargiche, tanto da poter essere manipolate placidamente e lasciarsi rovesciare sulla schiena, nei suoi appunti scrisse: "dopo un paio di ore ritornavano normalmente attive e timide".

Il trattamento anti-gotta pareva avere un effetto collaterale inaspettato ed interessante, quello di proteggere il cervello da stimoli convulsivanti e indurre placidità.

Cade avrebbe cambiato la storia della malattia mentale somministrando il carbonato di litio prima a sé stesso, poi per calcolarne la dose efficace, intraprese una sperimentazione in un gruppo di dieci pazienti che manifestavano eccitamento maniacale.

Gli effetti furono sbalorditivi: i pazienti che avevano fino a quel momento trascorso la maggior parte del loro tempo rinchiusi nell'ospedale psichiatrico, nell'arco di poche settimane poterono far ritorno alle loro abitazioni e riprendere le normali attività della vita quotidiana.

Cade abbandonò poi le sue ricerche, scoraggiato della morte di uno dei suoi pazienti, intossicato dall'eccessiva quantità di litio nel sangue.

Sarà poi un altro intraprendente psichiatra, il danese Mogens Schou (1918-2005) che, sull'onda dell'entusiasmo per gli effetti dei sali di litio somministrati al proprio fratello affetto da psicosi maniaco-depressiva, porterà a compimento il primo esperimento scientifico in doppio cieco.

I risultati, pubblicati nella prestigiosa rivista «The Lancet», consacreranno i sali di litio per il trattamento del disturbo bipolare.

È nel 1970 che si realizzerà per la psichiatria un'era nuova, frutto di quella non a caso definita la rivoluzione psicofarmacologica, che aveva visto i suoi albori negli anni '50 con la scoperta del litio.<sup>21</sup>

Il piccolo ione rappresentò così per i milioni di individui affetti da disturbo bipolare dell'umore, noto fino al 1980 come psicosi maniaco-depressiva, la prima terapia farmacologica efficace per mitigare l'indomabile irruenza della mania.

Altro farmaco di rilievo nella psicofarmacologia fu sicuramente la clorpromazina sintetizzata l'11 Dicembre 1951 da Paul Charpentier (nd) nei laboratori di Rhône-Poulenc.

La formulazione chimica fu resa nota nel maggio 1952 per essere sottoposta a diverse indagini cliniche con lo scopo di migliorare gli effetti dell'anestesia generale.

Solamente più avanti l'uso potenziale in psichiatria della clorpromazina fu riconosciuto da Henri Laborit (1914-1995), chirurgo e fisiologo dell'esercito francese.

Negli anni '50 il neurochirurgo Laborit sospettò che l'ansietà sofferta da molti pazienti prima di un intervento chirurgico potesse essere causata dal rilascio di grandi quantità di istamina nel corpo.

L'istamina prodotta in situazioni di stress causava una dilatazione dei vasi sanguigni ed un abbassamento della pressione sanguigna.

Laborit ipotizzò che la grande quantità di istamina prodotta dal sistema nervoso prima di un intervento fosse la principale responsabile di effetti collaterali legati all'anestesia, quali l'agitazione, il collasso o la morte improvvisa.

Nel cercare un farmaco che potesse bloccare l'azione dell'istamina e calmare i pazienti, si imbatté nella clorpromazina.

Laborit, sorpreso dall'azione calmante della clorpromazina, iniziò a chiedersi se non potesse anche calmare l'agitazione di pazienti affetti da disordini psichiatrici.

Egli convinse successivamente due medici del reparto psichiatrico dell'ospedale militare Val del Grace di Parigi, ad utilizzare la clorpromazina per sedare alcuni loro pazienti e studiarne gli effetti.

Questo farmaco, il primo in assoluto a diminuire i sintomi di alcune malattie mentali, rivoluzionò il mondo della medicina, e in particolare della psichiatria, spostando l'interesse della comunità medica sul modo in cui un agente antipsicotico produceva i

suoi effetti e focalizzando l'attenzione sull'eterogeneità della schizofrenia in termini di risposta al trattamento.

La successiva commercializzazione della clorpromazina incoraggiò la produzione e l'utilizzo di altri farmaci per la cura di malattie mentali.<sup>22</sup>

Passo dopo passo si assisterà nei decenni successivi ad una radicale inversione dell'approccio alla malattia mentale, passando dalla secolare «protezione della società dalla follia» alla cura del malato psichiatrico con il fine ultimo di consentirgli la completa reintegrazione nella società.

### **1.4 deistituzionalizzazione del malato psichiatrico**

A partire dai primi anni Sessanta il regime manicomiale veniva interessato dalla disponibilità degli psicofarmaci che in alcuni casi permetteva a chi lavorava nei manicomi di stabilire un rapporto più diretto e a volte anche umano con pazienti problematici.

Altrettanto vero è che nella maggior parte dei casi più che di un uso degli psicofarmaci dovremmo parlare di un “abuso” di tali sostanze per evitare eventuali comportamenti violenti, o quantomeno pericolosi, da parte dei ricoverati.

Si può sostenere che spesso venissero utilizzati come moderne ‘camicie di forza chimiche’ capaci di convertire le urla degli internati in silenzi spettrali e gli istituti psichiatrici in luoghi intrisi di apparente normalità.<sup>23</sup>

In Inghilterra nel 1959 il governo laburista promosse la riforma sanitaria e creò il servizio sanitario nazionale di cui la psichiatria ne fece parte, infatti, il manicomio avrebbe dovuto funzionare con tutte le caratteristiche dell'ospedale generale, così come l'ospedale generale avrebbe dovuto assolvere alle funzioni dell'ospedale psichiatrico, scoprendo che si poteva gestire la situazione senza il ricorso alla violenza. Con questa logica nacque la prima apertura del manicomio con il concetto della comunità terapeutica.

In Francia fu creata la “psichiatria di settore”: un'organizzazione in cui l'équipe psichiatrica curava le persone sul territorio, trasportando fuori la logica del manicomio. Il modello italiano ha fatto scuola in tutta Europa, tanto che da tempo Consiglio d'Europa e Commissione Europea raccomandano di seguire la strada battuta dall'Italia, la più rispettosa dei diritti umani ed economicamente sostenibile.<sup>24</sup>

Com'è ampiamente noto, il Parlamento italiano il 13 maggio 1978 varò una radicale riforma dell'assistenza psichiatrica, voltando definitivamente pagina rispetto ai manicomi.

La legge 180 è passata alla Storia come “legge Basaglia” e come la legge che chiuse i manicomi, tuttavia fu preceduta da un'altra importantissima legge, la 431 del 1968 che conteneva i seguenti 3 punti:

- consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza perdere i diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e accomunando l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale.

- introduceva i Centri di igiene mentale (CIM).

L'apertura dei CIM non modificava il ruolo dell'ospedale psichiatrico ma per la prima volta la risposta a problemi di natura psichiatrica poteva essere data anche fuori dalle mura del manicomio;

- finanziava l'ampliamento del budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato.

Tale normativa fu importante perché l'istituzione dei centri di igiene mentale funse da presupposto alla possibilità del paziente di collaborare con il medico e con i “teams” territoriali.

La legge Mariotti 431 del 1968 quindi estese il diritto dell'assistenza a tutti i cittadini, incaricò lo stato di finanziare il debito degli ospedali, e diede la programmazione ospedaliera in mano alle regioni una volta che fossero state istituite.

Franco Basaglia (1924-1980) nel 1961 prendeva servizio come direttore nel manicomio di Gorizia dove vide non solo la violenza delle porte chiuse e delle celle di contenzione ma una violenza più grande: gli uomini e le donne non c'erano più, c'erano più di 600 internati senza più volto, senza più storia, tutti appiattiti nella stessa grigia identità, tutti invisibili.<sup>25</sup>

Quando gli portarono, come era di consuetudine il libro delle contenzioni per la firma egli si rifiutò, in tal modo non legittimando quella pratica che egli fin dal primo giorno considerò disumana.

Da quel gesto di liberazione scaturì tutta la successiva riforma in Italia e forse nel mondo.<sup>26</sup>

Sempre a Gorizia in poco tempo, Basaglia riuscì a modificare i metodi di cura applicati in quel periodo.

In primo luogo, fece eliminare la terapia elettro-convulsivante e incoraggiò un nuovo tipo di approccio relazionale da stabilire tra malato e medico, o personale psichiatrico in generale.

Quest'ultimo consisteva nel creare una relazione di maggiore vicinanza emotiva, più empatica, centrata sullo scambio umano, che fosse mediata dal dialogo e dal sostegno morale.

Dall'esperienza svolta in quel manicomio scaturì l'idea che portò alla realizzazione di uno dei suoi più celebri libri: "L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico", edito nel 1967, dove scriveva: «Noi neghiamo la disumanizzazione del malato come risultato ultimo della malattia, imputandone il livello di distruzione alle violenze dell'asilo, dell'istituto, delle sue mortificazioni e imposizioni; che ci rimandano poi alla violenza, alla prevaricazione, alle mortificazioni su cui si fonda il nostro sistema sociale».

Basaglia, in seguito, divenne direttore dell'ospedale di Colorno e di quello di Trieste.

Nel 1973 fondò un movimento chiamato Psichiatria Democratica, che prese spunto dalla corrente di pensiero dell'antipsichiatria, già vigente e largamente diffusa in Gran Bretagna.<sup>27</sup>

All'interno della struttura manicomiale sempre a Trieste venne organizzato un laboratorio di pittura, scultura, teatro, scrittura, in cui venne costruito "Marco Cavallo": un grande cavallo azzurro, di legno e cartapesta, simbolo del desiderio di libertà di tutti gli internati, che l'ultima domenica di marzo del '73 venne portato per le vie della città in testa a un corteo di operatori e di pazienti, di artisti e di cittadini.<sup>28</sup>



Basaglia continuò a sostenere la sua battaglia contro il sistema psichiatrico del tempo finché nel 1977 ottenne la chiusura dell'ospedale psichiatrico di Trieste.

Il 13 maggio 1978, fu approvata la legge di chiusura delle istituzioni manicomiali, nota come Legge Basaglia che da un punto di vista storico, rese la psichiatria terapeutica e riabilitativa.<sup>29</sup>

La legge 180, poi integrata nella riforma sanitaria 833 del 23 dicembre 1978, si articola sostanzialmente su tre paradigmi chiave:

- La riforma della coazione psichiatrica.

Il nuovo Trattamento Sanitario Obbligatorio prevede che esso: abbia una durata “in automatico” non superiore ad una settimana. Possa essere rinnovato, ma “l’onere della prova” spetta allo psichiatra.

- Il passaggio della crisi dal manicomio all'ospedale civile.

Viene vietato da subito il ricovero di nuovi pazienti nei vecchi manicomi. Si rende obbligatoria l'apertura di nuovi reparti, meglio: “servizi” negli ospedali civili.

- La chiusura graduale ma definitiva del manicomio e la riconversione delle risorse da esso rappresentate nei servizi alternativi territoriali.

La Legge 180, quindi, denunciò le istituzioni manicomiali fino a regolarne la chiusura. Furono istituiti, di conseguenza, negli ospedali dei reparti di Psichiatria, delle case d'aiuto e supporto alle famiglie, centri diurni e ambulatori gestiti da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, si tratta di strutture e personale formate e abilitate alle cure e al trattamento dei pazienti psichiatrici.<sup>30</sup>

La legge si ergeva su di undici articoli così descritti:

Art. 1 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Art. 2 Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

Art. 3 Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale

Art. 4 Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio

Art. 5 Tutela giurisdizionale

Art. 6 Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale

Art. 7 Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica

Art. 8 Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

Art. 9 Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici

Art. 10 Modifiche al Codice penale

Art. 11 Norme finali.<sup>31</sup>

Mentre si smantellavano le istituzioni appariva chiara la necessita di costruire delle organizzazioni, sia pure alternative alle prime istituzioni stesse, la struttura portante dell'organizzazione psichiatrica alternativa al manicomio fu il Dipartimento di Salute Mentale.

La chiusura dei manicomi, iniziata con la legge Basaglia non può certo considerarsi conclusa altre barriere, altre porte chiuse, altri muri sono da abbattere e rispettivamente da aprire, queste sono le porte e i muri che stanno nelle nostre menti, nelle teste di tutti.

## **Capitolo 2**

### **LEGISLAZIONE**

#### **2.1 Organizzazione attuale dei servizi psichiatrici**

La legge Basaglia n.180 confluisce nella legge 833 del 23 dicembre 1978., riferimento legislativo con il quale venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Già dai primi articoli si notò l'inversione di tendenza rispetto al passato, visto che si parla dapprima della tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività attraverso, la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo le modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini quali:

- l'educazione sanitaria;
- la riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica;
- la formazione professionale;
- la tutela della salute mentale.

L'articolo 10 della legge 833 riporta: "Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali (USL).

L'USL, è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati e delle comunità montane, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del SSN di cui alla presente legge.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le USL in distretti sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento."

L'USL è stata trasformata poi in Azienda Sanitaria Locale (ASL) con la Legge n. 502/1992.

Nella Regione Marche essa è stata trasformata in Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) con la Legge Regionale n. 13/2003.

L'aspetto etico e politico dei diritti e dell'uguaglianza tra i cittadini ha spinto anche l'Unione Europea ad esprimere un proprio atto di indirizzo agli Stati membri attraverso l'elaborazione del libro verde (Green Paper) sulla salute mentale, che è stato approvato dal Parlamento Europeo e costituisce oggi un punto di riferimento per i governi nazionali.

Le indicazioni principali contenute nel Green Paper riservano particolare enfasi alla prevenzione, alla promozione della salute mentale, all'inclusione sociale e pratiche basate su servizi territoriali e sulla volontarietà dei trattamenti, alle progressive riduzioni degli ambiti istituzionali tradizionali come gli ospedali psichiatrici.

La normativa nazionale riguardante la salute mentale non subisce particolari variazioni dopo il 1978, le direttive vengono riprese e delineate in modo più preciso dai Piani sanitari nazionali su base triennale e dalla definizione di due Progetti obiettivo: uno in riferimento al periodo tra il 1994 e il 1996 e l'altro agli anni tra il 1998 e il 2000.

Con il primo vengono stabiliti gli assetti organizzativi degli enti coinvolti nell'erogazione di servizi sanitari e assistenziali nell'ambito della salute mentale, la gestione deve essere in forma dipartimentale e il fulcro del servizio è il Centro di Salute Mentale (CSM) come struttura territoriale sanitaria al di fuori dell'ospedale che si occupa di prevenzione, riabilitazione e cura della malattia mentale.

Tramite questo PON vengono fissati quattro obiettivi fondamentali per la tutela della salute mentale:

- 1- la realizzazione del modello organizzativo del Dipartimento Salute Mentale (DSM) su tutto il territorio nazionale;
- 2- il superamento del residuo manicomiale;
- 3- la costituzione in tutte le ASL di una rete di strutture;
- 4- l'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori, nonché la loro formazione specifica.

Il secondo Progetto obiettivo 1998-2000 invece, si occupa di individuare le priorità su cui concentrarsi nel trattamento personalizzato di ogni utente al fine di garantire una assistenza adeguata da parte del servizio.

Inoltre, sottolinea l'importanza del lavoro d'équipe, della collaborazione e dell'integrazione tra tutte le figure professionali coinvolte nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e tra queste e i soggetti esterni.

Il quadro che ne consegue è visibile, più o meno coerentemente, in ogni Azienda sanitaria locale (ASL) italiana, ciascuna fornita di un DSM, che si occupa della malattia mentale e fornisce l'assistenza psichiatrica necessaria per sopperire ai bisogni dell'utenza residente nel territorio di competenza.<sup>32</sup>

Questo nuovo P.O.N. presenta elementi innovativi, i punti più salienti possono essere così sintetizzati:

- una specifica attenzione alle problematiche della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, che erano state trascurate o per lo meno sottovalutate;
- un maggiore coinvolgimento dei servizi nella prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, con alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione sociale e di suicidio;
- una migliore programmazione del lavoro svolto nei Dipartimenti di salute mentale (DSM) che dovranno darsi una chiara indicazione programmatica, provvedendo a formalizzare ufficialmente obiettivi ed attività che saranno svolte in coerenza con determinate linee guida;
- un più fattivo coinvolgimento dei Comuni nelle problematiche inerenti alla salute mentale;
- l'individuazione della relativa copertura finanziaria stabilita in misura non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale.<sup>33</sup>

Dal punto di vista normativo il D.Leg.vo n.502 del 1992 aveva individuato nel Dipartimento la forma ottimale di organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali del SSN.

Nel 1999 il D.Leg.vo n.229 ha meglio definito le competenze dell'organizzazione Dipartimentale, rendendo più chiaro e coerente il passaggio dalle divisioni ai servizi e ai Dipartimenti.

La Legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001, ovvero la modifica al titolo V della parte seconda della Costituzione, apre un nuovo scenario sul SSN italiano, in particolare l'art.1 (ex art.114 della Costituzione) riporta: "La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni son enti autonomi con propri statuti poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione.

Roma è la capitale della Repubblica.

La legge dello Stato disciplina il suo ordinamento”.

All’art.3 (ex art.117 della Costituzione) riporta: “La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall’ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ...

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; ...”.

Da questa riforma ne deriva che ad ogni Regione viene demandato il potere di legiferare in merito alla materia specifica nel rispetto dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) emanati dallo Stato.

Il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 2004/2006, allegato alla delibera n.132 e approvato dal Consiglio Regionale delle Marche in data 6 luglio 2004 prevede:

“... Indicazioni generali

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), ispirandosi, al modello organizzativo della struttura operativa, deve garantire:

- l'individuazione delle specifiche risorse, in particolare di organico, dedicate alle attività per la tutela della salute mentale, esercitate dalle unità operative territoriali e ospedaliere del dipartimento;
- omogeneità di programmazione del loro utilizzo, in collaborazione con le strutture operative della Zona Territoriale dell’ASUR e dell’Azienda ospedaliera, ove sia collocato il Servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC);
- unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite una direzione unica del DSM.”

Un nuovo piano d’azione per la salute mentale pubblicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sviluppa dal 2013 al 2020 su ben novanta punti di interesse.

L’ideale perseguito dal piano d’azione è un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano “la recovery” quindi il recupero, affinché

possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.

Lo scopo generale di questo piano d'azione consiste nel promuovere il benessere mentale, prevenire i disturbi mentali, offrire cure, aumentare le opportunità di recovery, promuovere i diritti umani e ridurre la mortalità, la morbilità e la disabilità nelle persone con disturbo mentale.

Il piano d'azione si è posto i seguenti obiettivi:

- rafforzare la leadership e la governance in salute mentale;
- fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposta a livello territoriale;
- implementare strategie di promozione e prevenzione in salute mentale;
- rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca per la salute mentale.

Come sancisce lo stesso piano d'azione "I target generali definiti per ciascun obiettivo rappresentano una base di riferimento per misurare l'azione collettiva e i risultati ottenuti dagli Stati Membri rispetto agli obiettivi globali e non devono impedire di fissare dei target più ambiziosi a livello nazionale, in particolar modo nei paesi che hanno già raggiunto gli obiettivi generali".<sup>34</sup>

In particolare, il DSM svolge il complesso di funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione relative alla salute mentale e di organizzazione degli interventi rivolti alla tutela dei cittadini, dunque ha il compito di:

- curare i rapporti con la Direzione Generale della Azienda;
- garantire il necessario coordinamento tra le unità operative afferenti al DSM nonché il raccordo di queste con le altre strutture e unità operative funzionalmente connesse sia con Enti o altri soggetti pubblici o privati che possono contribuire all'ottimizzazione degli Interventi;
- assicurare che l'attività delle Unità Operative si svolga nel rispetto degli indirizzi e degli obiettivi fissati dall'Azienda;
- gestire le risorse assegnate dal Direttore Generale dell'azienda per i Servizi Psichiatrici;
- curare gli adempimenti amministrativo-contabili ivi compresa la tenuta dei registri del personale e dell'utenza;

- controllare le modalità di gestione da parte delle Unità Operative delle risorse loro assegnate nell'ambito del budget attribuito al Dipartimento;
- organizzare e gestire un sistema informativo basato sui flussi di dati provenienti dalle singole Unità Operative in collegamento con il sistema informativo aziendale e regionale per la Salute Mentale;
- svolgere attività di ricerca in particolare sulla qualità ed efficacia degli interventi e garantire l'aggiornamento e la formazione del personale;
- svolgere attività di informazione, comunicazione ed educazione alla Salute Mentale;
- controllare l'operato di soggetti convenzionati con l'Azienda.<sup>35</sup>

L'ambito di riferimento della salute mentale è la psichiatria, la psicologia clinica, l'antropologia e la sociologia.

L'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) offre assistenza diversificata per tipologia di problematica strutturandosi come segue:

- centri di salute mentale (CSM), per l'esecuzione di interventi sul territorio;
- servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), per l'assistenza ospedaliera;
- centri diurni e day hospital, per attività riabilitative in regime semi-residenziale;
- strutture per attività riabilitative in regime residenziale.



Il DSM è così organizzato:

#### STRUTTURA OSPEDALIERA:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): struttura ospedaliera con posti letto per acuti, abilitati ai trattamenti sanitari obbligatori, accoglie pazienti in crisi con finalità di lettura dei fattori precipitanti la crisi e di progettazione delle terapie idonee.

Il ricovero in ospedale è generalmente volontario, ed è proposto solo in condizioni di acuzie psicopatologica.

#### STRUTTURE AMBULATORIALI:

- Centro salute mentale (CSM): è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

Al Centro fa capo un'equipe multi-professionale che assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni strutture residenziali, ricoveri (Ambulatori periferici);

- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica (Ambulatorio di psichiatria e psicologia clinica);

- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;

- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate (ambulatorio medicina psicosomatica);

- intese e accordi di programma con i Comuni per, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici;

- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale, quali i gruppi Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.) definiti dall'OMS come l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità.

## STRUTTURE RIABILITATIVE E SEMI-RESIDENZIALI:

- Centro Diurno (CD): è una struttura terapeutica riabilitativa, il cui programma di intervento deve essere strettamente integrato con il programma terapeutico globale, che il DSM elabora per ogni paziente preso in carico.

Nello specifico la funzione terapeutica prestata dal CD è di tipo riabilitativo, volte al recupero di attività fondamentali smarrite dal paziente a causa del suo disturbo, oppure volte all'acquisizione di abilità che non erano state mai apprese in precedenza.

Queste abilità riguardano funzioni di livello diverso, che vanno dalla cura di sé e del proprio ambiente, alla capacità di gestire il denaro, agli obblighi e alle incombenze della vita quotidiana, fino a funzioni di ordine più elevato e complesso, quali la capacità di instaurare relazioni soddisfacenti con il prossimo, di organizzare il tempo libero, di acquisire ritmi e scansioni temporali, che favoriscano la ripresa di una vita attiva.

Il tutto passa attraverso l'induzione di una motivazione autentica, la partecipazione volontaria al progetto terapeutico del paziente e della famiglia.

Gli utenti del CD sono persone che usufruiscono della struttura durante le ore di apertura giornaliera per poi ritornare alle proprie famiglie od abitazioni.

La funzione del CD è fondamentalmente quella di ripristinare tempi e ritmi compatibili con una vita attiva.

È per tali motivi che gli utenti sono tenuti ad osservare alcuni doveri come ad esempio rispetto degli orari, cura dell'igiene personale, svolgimento di alcune mansioni, oppure a partecipare ad alcune attività strutturate.

Queste ultime sono concordate con gli ospiti, tenendo conto delle loro inclinazioni, ma anche e soprattutto delle loro necessità, quali emergono dai progetti terapeutici personalizzati.

Di norma anche la famiglia viene sempre coinvolta nel progetto terapeutico del paziente.

**STRUTTURE RIABILITATIVE RESIDENZIALI (SRR):** Sono strutture sanitarie ad indirizzo terapeutico/riabilitativo che accolgono utenti in regime residenziale.

Vi si effettuano trattamenti farmacologici, psicoterapici, psico-educazionali, ludici-espressivi, occupazionali finalizzati al miglioramento della capacità d'autonomia personale, di relazione interpersonale e d'interazione sociale.

L'ammissione è riservata di norma ai pazienti psichiatrici delle ASL ed è subordinata alla valutazione del medico Responsabile della struttura su proposta del medico referente del CSM.

L'adesione può essere solamente volontaria e prevede l'accettazione del programma terapeutico-riabilitativo.

- Gruppi appartamento: si tratta di appartamenti destinati ad ospitare pazienti con un certo grado di autonomia e che non presentano problemi psicopatologici in fase acuta.

La permanenza è provvisoria e può essere utilizzata per verificare i risultati di un programma riabilitativo di pazienti inseriti precedentemente nella struttura residenziale, nel centro diurno o provenienti dal territorio.

Possono essere utilizzati anche come residenza provvisoria di utenti che abbiano difficoltà relazionali nell'ambito del loro nucleo familiare o nell'ambito di riferimento.

Per utenti con elevate doti di autonomia personale, dove non è prevista assistenza continua ma solo per fasce orarie, sono dotati in genere di un numero ristretto di posti letto e possono essere di proprietà dell'Azienda Sanitaria o di altri Enti come il comune o privati.

Le spese per il mantenimento dell'appartamento sono a carico degli ospiti come sancisce la Legge 20/2000, D.G.R. n. 1989 del 2001.

Sono a carico della Zona Territoriale di pertinenza le spese per la messa a disposizione dei locali, l'affitto mensile e le pulizie straordinarie.

L'invio da parte del DSM avverrà conformemente ad un programma personalizzato.

L'ingresso al gruppo appartamento sarà valutato e deciso in équipe, su proposta del medico referente e previa approvazione del Responsabile della struttura.

Sono programmate delle visite domiciliari quotidiane, per verificare l'andamento della giornata e lo svolgimento dei compiti basilari di vita quotidiana.<sup>36</sup>

## **2.2 Legislazione in merito al trattamento sanitario obbligatorio**

Con il termine Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) si intendono una serie di interventi sanitari che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza.

L'ordinanza di TSO può essere emanata solo se sussistono contemporaneamente tre condizioni:

- Necessità e urgenza non differibile;
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto;
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

Qualora delle tre condizioni ne sussistano soltanto le prime due, il trattamento sanitario potrà essere applicato al di fuori del contesto ospedaliero, il sindaco può optare per il TSO extra-ospedaliero, il cui scopo è quello di incidere meno negativamente sulla vita del paziente.<sup>37</sup>

Istituito dalla nota Legge Basaglia è attualmente disciplinato dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

In materia di TSO il punto di partenza deve ravvisarsi nell'articolo 32 della Costituzione italiana dove al primo comma troviamo: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" disponendo poi al secondo comma che "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di Legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.<sup>38</sup>

La Costituzione conferisce al legislatore il potere di imporre trattamenti sanitari obbligatori, pur stabilendo delle condizioni che devono essere rispettate affinché un TSO possa considerarsi costituzionalmente legittimo.

Un TSO per essere costituzionalmente legittimo deve:

- essere previsto da una legge;
- essere determinato (non sono ammissibili TSO che non siano previsti in modo preciso);
- non essere pregiudizievole per la salute del soggetto che vi è sottoposto;
- avere come finalità la tutela dell'interesse della collettività alla salute e la legge che lo impone deve osservare il limite del rispetto della persona umana.

Nel caso di trattamenti sanitari obbligatori che prevedano il ricorso a misure coercitive di assoggettamento dell'obbligato al trattamento si ricorre anche all'articolo 13 della Costituzione che sancisce: "La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.”

In altre parole, la tutela della salute individuale e la tutela della collettività sono quindi condizioni congiuntamente necessarie, per quanto non sufficienti, a rendere costituzionalmente legittima la previsione legislativa di un TSO.

Le raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale, le troviamo negli articoli 33-34-35 della legge 833/78:

- art.33 “Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove, necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del TSO, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni.

I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.”

- art.34 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica.

I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.”

- art.35 “Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale.

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco.

In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato.

Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.”

Per ulteriori chiarimenti in merito all'esecuzione del TSO facciamo riferimento alla circolare del Ministero della Sanità n. 900.3/SM-E1/896 del 21.09.1992, divulgata con circolare del Ministero dell'Interno n. 5300/M/10 (1)/Uff. 3) del 24.08.1993 e ribadita con la successiva circolare del Ministero dell'Interno n. 15700/6/2021 del 20/07/2001. Che specifica quanto segue: "... Qualora persista una situazione di rifiuto e di opposizione (o ancor più specifici rischi di pericolosità), gli operatori sanitari hanno l'obbligo di segnalare l'impossibilità di eseguire il provvedimento all'Autorità che lo ha emanato (il Sindaco), non competendo ad essi l'adozione di mezzi coercitivi.

In tal caso l'esecuzione del provvedimento può essere effettuata solo attraverso l'intervento della Forza Pubblica, istituzionalmente preposta a far rispettare le norme e le disposizioni che da esse derivano, e comunque la sola ad essere legittimata all'uso della forza.

Per quanto concerne l'individuazione della Forza Pubblica, da parte del Sindaco, è intuitivo il coinvolgimento del Corpo di Polizia Municipale, in quanto alle sue dirette dipendenze, magari utilizzando personale opportunamente preparato allo scopo.

Il ricorso alla Polizia di Stato o ai Carabinieri, mentre è d'obbligo in presenza di specifiche esigenze di tutele dell'ordine pubblico, è da prevedere in situazioni di eccezionalità, quali ad esempio, insufficiente numero di personale municipale, previo accordo con le Questure e le Prefetture".<sup>39</sup>

In merito al TSO nel minore la legislazione di riferimento è la stessa fin qui esposta con l'unica differenza che al trattamento segue la segnalazione al Tribunale dei Minori.

## **Capitolo 3**

### **DIFFERENZE NEL TEMPO DELL'INFERMIERE PSICHIATRICO**

#### **3.1 Infermiere psichiatrico di ieri**

Come è stato descritto nel primo Capitolo l'organizzazione dei Manicomi si articolava principalmente sul concetto di custodia e segregazione che rispondeva alla precisa esigenza di tenere sotto controllo tutti coloro che, a causa di una malattia mentale o disturbi comportamentali, potevano in qualche modo minacciare l'ordine pubblico.

Da questa premessa si può facilmente evincere come, anche il ruolo dell'infermiere, di questa epoca fosse più quello di un guardiano, che di una persona culturalmente preparata ad assistere questo tipo di malato.<sup>40</sup>

Gli infermieri del XIX sec. erano, persone analfabete, ignoranti, provenienti dalle classi più umili.

Le loro funzioni principali erano:

- la custodia;
- la sorveglianza;

L'operato degli infermieri si limitava a contenere l'aggressività dei malati, applicare le camicie di forza, le contenzioni e altri trattamenti coercitivi, soltanto una piccola parte riusciva ad esprimere sentimenti di umanità.<sup>41</sup>

In tutta Europa, nel XIX secolo gli infermieri psichiatrici venivano considerati i "guardiani dei matti", erano isolati, subalterni ai medici e molto vicino ai malati.

Questi, inoltre, avevano molte limitazioni:

- l'obbligo dell'internamento e della divisa;
- il divieto di dormire fuori dalle mura dell'istituto;
- il divieto di sposarsi;
- l'impossibilità di disporre di sé in maniera autonoma.<sup>42</sup>

Per meglio illustrare il ruolo e l'evoluzione dell'infermiere psichiatrico all'interno di uno dei manicomi italiani si farà riferimento all'istituto psichiatrico di Hall che si trovava nel Tirolo in Trentino-Alto Adige, in quanto il documento che lo descrive è

particolarmente ricco di vissuto quotidiano degli infermieri all'interno della struttura, a differenza degli altri istituti citati nel primo capitolo.

Nella realtà dell'ospedale psichiatrico di Hall, ad esempio, una formazione specifica per diventare "infermiere psichiatrico" o "infermiera psichiatrica" non esisteva, tuttavia negli anni Quaranta dell'ottocento si aprì un dibattito sull'opportunità di istituire una scuola per la formazione del personale infermieristico.

Il direttore della struttura di Hall, Johann Tschallener, rifiutò categoricamente di istituire una tale scuola nel suo istituto, convinto che il manicomio costituisse la miglior scuola.

Nel 1842, a fronte di un numero di 80 degenti (33 donne e 47 uomini) Hall disponeva di otto infermiere che rispondevano a una caposala e di undici infermieri che rispondevano a un capo infermiere.

Si trattava di personale salariato, che viveva all'interno della struttura o nella sue immediate vicinanze.

L'assistenza ai malati fu affidata a questo nucleo di persone dal 1830 fino al 1881, quando la stragrande maggioranza delle "infermiere" fu sostituita da religiose della congregazione delle Sorelle della Misericordia.

Oltre che assistere e sorvegliare giorno e notte le degenti donne, le ventiquattro suore operanti a Hall erano responsabili dell'igiene della struttura, in particolare della cucina, della lavanderia e della pulizia degli ambienti.

Un elenco di qualità stilato nel 1849 dal direttore Tschallener riportava conseguentemente sobrietà, pulizia, discrezione, amore dell'ordine, indulgenza, moralità ineccepibile e, soprattutto, obbedienza e sottomissione assolute agli ordini dei superiori.

Come del resto negli altri manicomi ottocenteschi, anche a Hall vigeva una netta separazione dei sessi, gli infermieri lavoravano nei reparti maschili, le infermiere in quelli femminili.

Il personale maschile era costituito prevalentemente da veterani dell'esercito, di essi si pensava che fossero abituati all'ordine, alla pulizia e alla subordinazione, ma dotati in genere di pochi sentimenti necessari per interagire con i degenti di un manicomio.



Infermiere Andreas Junker a Hall  
(intorno al 1930)

Ecco perché il direttore del manicomio privilegiava “persone di buoni costumi, coscienziose e semplici, di bassa estrazione sociale”, che sapessero però almeno leggere e scrivere.

Inoltre, generalmente erano richieste qualifiche aggiuntive di carattere artigianale: il personale maschile doveva saper azionare i macchinari esistenti nelle officine e realizzare opere di miglioria di varia natura; quello femminile doveva saper cucire e rammendare la biancheria e le divise ospedaliere.



Personale del manicomio di Hall nella cucina dell'Istituto (ca. 1910)

Nel manicomio di Hall i candidati non sposati erano chiaramente privilegiati, la famiglia del “personale assistenziale”, quando esisteva, doveva rimanere al di fuori della struttura, mentre fra le mura del manicomio doveva nascere una sorta di famiglia parallela.

Anche nel manicomio di Pergine, inaugurato nel 1882, l’assistenza diretta nei reparti femminili fu svolta fin dall’inizio da religiose.

L’elevata fluttuazione del personale infermieristico maschile, dovuta alle difficili condizioni lavorative e alla pessima remunerazione, costituì un problema per decenni.

Ai sensi dell’articolo 3 del “Regolamento di servizio per gli infermieri e per le infermiere” del 1884, approvato dalla Giunta provinciale per i manicomi di Hall e di Pergine, gli infermieri dovevano essere: “creanzati, sobri, costumati, cortesi, ordinati, puliti, ben pettinati, intelligenti, fedeli, onesti, sinceri, veritieri”; essi pertanto dovevano “tollerarsi a vicenda, stimolarsi l’un l’altro, trattarsi con urbanità, affabilità e benevolenza, portare a conoscenza dei superiori le contravvenzioni commesse dai loro compagni, provvedere alla propria pulizia corporale, lavorare assieme agli ammalati, procedere con economia, considerare l’istituto come una grande famiglia, andare d’accordo, cooperare”.

Dovevano soprattutto rispettare i malati, “trattarli col massimo riguardo, con pazienza e benevolenza, anche se fossero scortesii, violenti o impulsivi [...] non deriderli, né motteggiarli, né chiamarli pazzi, matti, ecc”.<sup>43</sup>

Successivamente sempre in quel periodo, si diffuse come primo strumento di formazione per gli operatori psichiatrici, un testo giunto dall’Inghilterra: “Manuale di istruzioni per i custodi dei matti” del 1885, questo però, non fornì una preparazione infermieristica, in quanto era un testo di anatomia e fisiologia.

Il rifiuto di un ruolo puramente custodialistico e la ricerca di una nuova e propria definizione del ruolo professionale, ripropose il problema della formazione stessa.

Infatti, come cita testualmente il Regio Decreto del 16 Agosto 1909, n° 615 “Regolamento sui manicomi e sugli alienati” all’art n.23 troviamo quanto segue: “Gli infermieri, sia di Manicomi pubblici che privati, debbono essere dotati di sana costituzione fisica (...) avere serbato buona condotta morale e civile, sapere leggere e scrivere ed avere compiuto i 18 anni”.

All'art n. 24 viene riportato quanto segue: “Il direttore del manicomio, o personalmente, o per mezzo dei medici del manicomio stesso da lui prescelti, deve istituire corsi speciali teorici-pratici per la istruzione degli infermieri provvisori ed effettivi (...) È in facoltà dell'Amministrazione di ammettere a questi corsi anche estranei.

Il direttore è autorizzato a rilasciare attestati di idoneità agli infermieri che avendo frequentato il corso con assiduità, avranno superato con buon esito un esame teorico-pratico finale, che sarà dato davanti ad una Commissione composta dal medico provinciale, dal direttore medesimo e di un delegato della Amministrazione.

Gli attestati di idoneità rilasciati in un manicomio pubblico sono validi per l'ammissione in qualunque altro”.<sup>44</sup>

Gli infermieri venivano nominati “effettivi” dopo un biennio di buona prova e dopo aver ottenuto l’attestato di idoneità al termine dei corsi frequentati.

Questi stessi avevano, tuttavia, anche la possibilità di far carriera: da infermieri effettivi a custodi, a sorveglianti; questi ultimi, erano infermieri con almeno tre anni di servizio, erano preposti al controllo e alla verifica del lavoro svolto dagli altri infermieri e nominati direttamente dal direttore del manicomio come prevedeva le leggi di quel tempo.<sup>45</sup>

La Legge n. 431 del 1968 di riforma psichiatrica rappresentò un’importante passo avanti per l’infermiere psichiatrico, che non era più visto solo come “custode di pazzi”, ma soggetto impegnato in un programma terapeutico la cui professionalità non si esplica più solo all’interno dell’ospedale Psichiatrico, ma anche sul territorio.

Con questa legge quindi, si evolve la figura dell’infermiere psichiatrico, che esplica il suo ruolo assistenziale confrontandosi con altre figure professionali, infatti l’art. n.2 cita: “Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.

L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale.

Tale personale è assunto per pubblico concorso.

Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto. (...).<sup>46</sup>

Dopo l'emanazione della Legge 180/78, che sanciva la chiusura dei Manicomi, i corsi di formazione istituiti all'interno degli ospedali psichiatrici cessarono di esistere così anche le funzioni e i compiti degli infermieri psichiatrici subirono graduali modifiche. Per effetto della tabella di equiparazione al D.P.R. 761/79, gli Infermieri Psichiatrici con due anni di corso furono inquadrati nei ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, nel profilo degli "Operatori Professionali di I° Categoria" con posizione funzionale di "Operatori Professionali Collaboratori".<sup>47</sup>

Le mansioni dell'infermiere Psichiatrico equiparato all'Infermiere Professionale furono, tuttavia, regolate dalle disposizioni contenute nel mansionario dell'infermiere generico, all'art. 6 del D.P.R. 14/03/1974 n. 225.

È con la ratifica dell'accordo di Strasburgo: D.P.R. 13 Ottobre 1975 N° 867 "Modificazioni all'ordinamento delle scuole per Infermieri Professionali ed ai relativi programmi di insegnamento" che la formazione infermieristica viene unificata e prevista in un unico iter formativo della durata di tre anni.

Tale corso triennale consente allo studente di acquisire, tra l'altro, nozioni di psichiatria e igiene mentale, nonché di svolgere il tirocinio pratico anche in strutture deputate alla cura della malattia mentale sia istituzionali che territoriali.

Con la Legge 3 Giugno 1980 n. 243 "Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e psichiatrici" si dette la possibilità, a questi operatori, di elevare la loro formazione per mezzo di un corso triennale parificato a quello di Infermiere Professionale.

### **3.2 Infermiere psichiatrico di oggi**

Con la legge 341/1990 "Riforma degli ordinamenti didattici Universitari" la formazione infermieristica entra in ambito Universitario.

Il comma 5 del DM 739/94 individua cinque aree di formazione post base, alle quali i professionisti infermieri possono accedere, tra cui troviamo l'area della salute mentale, ai quali verrà rilasciato uno specifico attestato al termine del percorso formativo.

Il punto di partenza della nostra professionalità è lo sviluppo di tre elementi fondamentali:

- sapere: cioè dall'insieme delle conoscenze, nozioni, informazioni, sia di tipo generale, sia di tipo specialistico, che si acquisiscono con gli studi e che devono essere aggiornate di continuo.

- saper fare: cioè dalla capacità di applicare, di usare, di mettere in pratica il sapere già acquisito attraverso abilità concettuali e/o manuali per lo svolgimento di uno specifico incarico e/o compito.

- saper essere: cioè da quelle caratteristiche personali, psicologiche, caratteriali e socioculturali tali da consentire prestazioni efficaci ed efficienti, capacità di scegliere, di decidere, di assumersi la responsabilità, di agire, di sapersi organizzare e orientare.<sup>48</sup> L'uomo è un'entità complessa, pluri-dimensionale: biologica, fisiologica, psicologica, sociale e culturale; dalle quali originano i bisogni.

Da qui parte l'intervento infermieristico che ha come obiettivo, il soddisfacimento dei bisogni attraverso, la loro individuazione e la programmazione di un progetto d'intervento personalizzato per il paziente.

La relazione infermiere-paziente diventa fondamentale nell'assistenza infermieristica psichiatrica, essa si basa principalmente su un rapporto di fiducia che l'infermiere professionale deve sapersi conquistare dal paziente.

La fiducia del paziente si conquista attraverso una serie di comportamenti leali e sinceri che infondono nello stesso, tranquillità e sicurezza.

Per ottenere ciò diventa di notevole importanza la comunicazione con esso.

Il comunicare con il paziente è una condizione necessaria per comprendere i suoi bisogni e poterli soddisfare con interventi appropriati.<sup>49</sup>

L'infermiere è chiamato ad avere la capacità di essere ancor prima che ad avere la capacità di fare, soprattutto in Salute mentale, dove è la stessa relazione empatica a diventare strumento di cura.

È chiamato ad esercitare costantemente la conoscenza ed un pensiero/ragionamento critico, che possa contrastare le sensazioni suscitate dalle emozioni, con un sapere sicuro e coerente ed una buona consapevolezza di sé.

Come si evince dal profilo professionale e dal documento elaborato dalla Federazione Nazionale IPASVI già nel 2002, "Linee guida per il Master di 1° livello. Infermieristica in salute mentale-psichiatria", l'infermiere di Salute Mentale si occupa di:

- elaborare modelli di presa in carico finalizzati al miglioramento della qualità di vita dell'utenza, misurandone gli esiti;
- attuare una "presa in carico" della persona con disagio psichico e il suo sistema d'appartenenza (famiglia, lavoro, rete sociale), anche nelle situazioni di crisi;
- promuovere la riabilitazione e il reinserimento sociale di individui o gruppi di persone con disagio psichico;
- favorire la consapevolezza di malattia del soggetto con disturbo psichico e potenziarne l'adesione al trattamento complessivo;
- prevenire e gestire situazioni patologiche o di disagio sociale in contesti multiculturali;
- gestire nella globalità una situazione complessa, a livello intra ed extraistituzionale;
- sviluppare e gestire progetti di prevenzione primaria e di educazione sanitaria nell'ambito della Salute Mentale in collaborazione con enti, scuole, associazioni e altri professionisti;
- svolgere attività di ricerca al fine di prevedere i cambiamenti degli scenari sociopsichiatrici e di adattarvi le risposte terapeutiche e di prevenzione;
- collaborare a programmi di ricerca nei campi della Salute Mentale e della psichiatria, promuovendo la diffusione dei dati;
- fornire consulenza specialistica e sostegno a persone, enti o gruppi di lavoro;
- analizzare e gestire le implicazioni e i problemi etici legati all'operatività quotidiana;
- contribuire con il resto dell'équipe a una costante riflessione sull'attività clinica erogata e sulla sua efficacia;
- pianificare e svolgere attività di insegnamento e di aggiornamento;
- preservare la propria integrità emotiva.<sup>50</sup>

La professione infermieristica nella salute mentale è un settore specializzato nella pratica che comprende la cura delle persone con un disturbo mentale per aiutarle a recuperare e migliorare la loro qualità di vita.

Gli infermieri di salute mentale hanno avanzato la conoscenza della valutazione, della diagnosi e del trattamento dei disordini psichiatrici che li aiuta per fornire la cura specializzata.

La malattia mentale può pregiudicare le persone di tutta l'età, origine etnica, o stato socioeconomico, per questo motivo, un infermiere di salute mentale può avere bisogno di lavorare con molte persone diverse, dai vari ambiti di provenienza.<sup>51</sup>

Gli infermieri che operano nei servizi di salute mentale hanno sviluppato una lettura della realtà integrata, adottando una visione dell'uomo come entità complessa.

La competenza dell'infermiere di area psichiatrica è caratterizzata da un insieme di azioni concrete, di "gesti di vita" e dalla relazione che si instaura con le persone in disagio psichico.

La relazione infermiere/persona è il luogo di espressione dei bisogni: strumento di risposta e al tempo stesso risposta in sé.

L'operatività nell'ambito dell'équipe di salute mentale si esplica attraverso la costruzione di un progetto terapeutico che definisce e integra le responsabilità di ogni professionista.

Autonomia significa trovare le vie più efficaci per l'intervento assistenziale in armonia con quello di altri professionisti, co-partecipi del raggiungimento degli obiettivi.

Responsabilità significa, ad esempio, scegliere in prima persona interventi di contenimento dell'aggressività basati sulla relazione di aiuto piuttosto che sulla contenzione fisica e farmacologica.

Il risultato è inteso come recupero dell'autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana nel contesto del risultato complessivo del progetto terapeutico. All'interno del progetto terapeutico l'operato dell'infermiere si caratterizza per la presenza nella quotidianità delle attività di vita al fianco dell'assistito, è l'infermiere la figura che accompagna il paziente nell'igiene quotidiana, nell'alimentazione, ma anche nella soddisfazione di sicurezza, nei rapporti con gli altri.

Le attività di vita quotidiana non sono mai espletate direttamente sul paziente ma mirano ad ottenere la sua fattiva collaborazione e nel contesto terapeutico, hanno un significato di completamento per il progetto comune condiviso.

La correlazione tra il progetto terapeutico e l'autonomia dell'infermiere sul versante del risultato non può che tradursi in termini di recupero di autonomia per lo svolgimento di attività di vita quotidiane.

In riferimento alla condizione del paziente si può individuare, in termini di attività di vita, una gradualità di risultati con livelli di complessità relazionale crescente.

L'infermiere ed il paziente hanno davanti a loro un percorso a tappe progressive per il recupero di capacità di autocura sempre più elevate.

Se ad esempio, ci si riferisce al bisogno di alimentazione un primo livello di risultato può essere rappresentato dal riconoscimento del bisogno stesso da parte del paziente e la conseguente richiesta di soddisfacimento.

Ma nell'ottica di uno sviluppo graduale un'ulteriore tappa può essere stabilita nel riacquistare la capacità di confezionare il pasto e, successivamente nell'acquistare i beni necessari al supermercato, fino a raggiungere la sufficiente stabilità per poter rientrare nel mondo del lavoro e procurarsi il denaro necessario a comperare il cibo.<sup>52</sup>

Ogni sana relazione per definirsi tale deve focalizzarsi innanzitutto sui bisogni del paziente: bisogna cogliere i suoi veri bisogni e aiutarlo a soddisfarli.

Spesso i pazienti chiedono solo rassicurazione, disponibilità ad essere ascoltati e prossimità di una figura affidabile.

I pazienti seriamente disturbati danno molta importanza al requisito dell'affidabilità e pertanto se l'infermiere non si comporta in modo professionalmente coerente ed attendibile nei loro confronti, la relazione infermiere/paziente sarà avvertita come inaffidabile, non "sana" ed il paziente continuerà a sentirsi non compreso, isolato ed ansioso.

L'infermiere deve quindi garantire al paziente affidabilità attraverso una serie di comportamenti all'interno della relazione. Egli dovrà:

- essere coerente e in armonia con quello che fa, ciò significa che deve riflettere su cosa deve dire, prima di parlare;
- essere coerente nelle sue azioni, facendo sempre ciò che promette;
- essere onesto, evitando le bugie;
- sentire quello che dice, in quanto una non-concordanza tra canale verbale e non verbale è fonte di ambiguità;
- avere competenza nella conduzione del trattamento, in quanto la competenza promuove la fiducia.

Oggi l'infermiere che opera nella salute mentale ha bisogno di competenze che gli permettano un contatto con la realtà più profonda ed autentica del paziente, rendendosi così parte integrante del processo terapeutico: imparare ad essere affidabili è indispensabile.

Tale requisito consente di conoscere meglio il paziente e di conseguenza di raccogliere delle informazioni che potrebbero essere utilizzate nel lavoro di équipe.<sup>53</sup>

L'équipe è un gruppo di lavoro composto da soggetti che condividono obiettivi comuni, con un rapporto reciproco di interdipendenza/interscambiabilità che è la base su cui, un gruppo di lavoro, fonda la sua esistenza.

Lavorare in équipe rimanda a un modello "integrato" in cui vi sono persone che lavorano in modo armonico, che svolgono la propria attività attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti e di pareri. Per l'infermiere che opera nelle équipe di tutte le strutture e servizi del Dipartimento di Salute Mentale, la formazione continua, dovrebbe essere conditio sine qua non per un agire competente su diversi piani: clinico-assistenziale, organizzativo, riabilitativo e educativo.

La riunione è lo strumento per eccellenza del lavoro in équipe, la cerniera tra la persona, il servizio e l'organizzazione Aziendale, è lo strumento operativo che consente a ciascun membro di fruire di momenti di riflessione che permetteranno di individuare il miglior approccio gestionale del paziente per ottenere una assistenza di qualità.

All'interno dell'équipe devono poter emergere le difficoltà riscontrate durante il lavoro, per poterle affrontare con gli altri, con l'obiettivo di mantenere sempre alta in ognuno la motivazione e la fiducia in sé stessi e nel proprio operato.<sup>54</sup>

Il modello organizzativo del case management viene scelto ed applicato secondo le direttive del Piano Azioni Nazionale della Salute Mentale (PANSM) per garantire i LEA relativi alla tutela della salute mentale.

Nel case management vi è la creazione di una nuova figura assistenziale: il Case Manager (CM) scelta sulla base delle risorse disponibili, che sia in grado di stabilire una relazione di fiducia continuativa, centrata sulle esigenze individuali del singolo utente, è questa figura che coordina attivamente il team, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le potenzialità di ogni membro dell'équipe.

In particolar modo per i pazienti con disturbi gravi e complessi viene disposto come intervento territoriale la presa in carico con intervento integrato con il CM, assicurando un'assistenza personalizzata ai bisogni del paziente.

Un'assistenza continuativa che non trascura il paziente e rende partecipi anche la famiglia e i caregiver, facendo riferimento all'Infermiere CM designato, il quale mantiene i contatti con la rete dei servizi territoriali.

Il CM svolge la funzione principale di: gestione del caso o di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dalla micro-équipe, restando l'operatore referente per il paziente lungo tutto il percorso di cura.

Il CM può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuativi anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando gli interventi per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità.<sup>55</sup>

## **Capitolo 4**

### **RUOLO DELL'INFERMIERE NEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**

#### **4.1 Riconoscimento in fase acuta dell'urgenza psichiatrica**

L'urgenza psichiatrica è definita come una condizione di alterazione acuta delle funzioni psichiche che esita in un disturbo acuto del comportamento e/o del funzionamento nei tre assi familiare, sociale e lavorativo tale da richiedere un intervento immediato.

Una sintomatologia psichiatrica acuta può rappresentare l'esordio di un disturbo psichiatrico non ancora diagnosticato, oppure lo scompensamento o riacutizzazione di un disturbo psichiatrico già noto.

Può essere maggiormente rilevante la componente clinica (urgenza clinica effettiva) o essere preponderante l'elemento ambientale.<sup>56</sup>

Nel vasto campo delle urgenze psichiatriche, i quadri che più spesso impegnano in una terapia ed osservazione d'urgenza, sono rappresentati da:

- episodio psicotico acuto
- episodio maniacale
- Marcata ideazione o condotte autolesionistiche o suicidarie
- crisi di agitazione psicomotoria all'interno di vari quadri clinici (disturbi del neurosviluppo, disturbi di personalità, disturbi d'ansia, ecc.);
- Intossicazione acuta da sostanze di abuso

Tali situazioni possono talvolta essere caratterizzate da comportamenti incontrollati, in alcuni casi anche aggressivi o violenti.

Di fronte a una crisi acuta con alterazione delle funzioni psichiche e/o del comportamento, si deve sempre escludere una causa da patologia organica o l'uso di farmaci o altre sostanze che potrebbero aver scatenato l'acuzie.<sup>57</sup>

Agli operatori medici e infermieri che operano nei Pronto soccorso, 118 e centri di salute mentale, spetta il compito di valutare la priorità di urgenza/emergenza del paziente psichiatrico che avverte un bisogno di cura immediato, non programmato, presso le strutture territoriali od ospedaliere, secondo schede standard di triage.<sup>58</sup>

Il personale infermieristico accoglie la persona in crisi e, in un apposito locale dedicato al triage infermieristico, effettua una valutazione dello stato psicopatologico e dell'intervento sanitario.

Si possono configurare tre condizioni:

- Non urgenza;
- Urgenza differibile;
- Urgenza indifferibile.

Nel caso in cui la situazione non riveste caratteristiche urgenti dopo il colloquio e la valutazione infermieristica, si rinvia ad un appuntamento con lo specialista.

Nell'urgenza differibile la presentazione clinica è spesso clamorosa e sembra rivestire caratteristiche di urgenza ma tuttavia dopo l'intervento dell'infermiere e il colloquio, l'urgenza rientra e può essere dato un appuntamento successivo con lo psichiatra curante.

Nell'urgenza psichiatrica lo stato psicopatologico acuto dell'utente può essere caratterizzato da:

- gravi perturbazioni delle funzioni psichiche;
- agitazione psicomotoria;
- atti autolesivi e/o ideazione o comportamento suicidari;
- comportamenti aggressivi e/o violenti su base psicopatologica;

L'infermiere attiva il medico di riferimento in struttura, che effettuerà la visita dell'utente.

L'infermiere rimane con la persona, anche per una rivalutazione del caso, sino al momento della visita, a seguito della quale vengono decisi gli interventi.<sup>59</sup>

Il riconoscimento dell'acuzie psichiatrica da parte dell'infermiere può giovare dell'utilizzo di specifiche scale di valutazione, fra le più accreditate e utilizzate troviamo la scala Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), uno strumento

ampiamente validato che prende in considerazione non solo gli aspetti clinici ma anche la globalità delle problematiche relazionali e sociali presentate dal paziente psichiatrico, permette di rappresentarne la qualità di vita per diversi aspetti: psicopatologici, di salute, familiari e sociali.

La scala HoNOS è costituita da 12 item che valutano la gravità di quattro aree:

- area comportamentale;
- area relativa ai problemi cognitivi;
- area dei sintomi;
- area dei problemi sociali;

**HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE**

**HoNOS - # 348**

Cognome e Nome.....Data di nascita.....

Codice Paziente.....Valutatore.....Data valutazione.....

- |   |              |     |
|---|--------------|-----|
| 1. Comportamento iperattivo, aggressivo, elastico o agitato (0-4) | (0-4)        | ___ |
| 2. Automutilazioni non accidentali                                | (0-4)        | ___ |
| 3. Problemi legati all'assunzione di alcol o di sostanze          | (0-4)        | ___ |
| 4. Problemi cognitivi   | (0-4)        | ___ |
| 5. Malattie fisiche o problemi di invalidità                      | (0-4)        | ___ |
| 6. Problemi associati ad allucinazioni e deliri                   | (0-4)        | ___ |
| 7. Problemi di umore depresso                                     | (0-4)        | ___ |
| 8. Altri problemi psichici e comportamentali                      | (0-4)        | ___ |
| <b>Specificare il disturbo (A-J)</b>                              | <b>(A-J)</b> | ___ |

**A** - Fobie; **B** – Ansia; **C** – Ossessioni –compulsioni; **D** – Tensione/logorio psichico;  
**E** – Dissociazione; **F** – Disturbi somatoformi; **G** – Alimentazione; **H** - Sonno; **I** – Sessuali;  
**J** – Altro (specificare)

- |  |       |     |
|--|-------|-----|
| 9. Problemi nei rapporti interpersonali                | (0-4) | ___ |
| 10. Problemi nelle attività della vita quotidiana      | (0-4) | ___ |
| 11. Problemi nelle condizioni di vita                  | (0-4) | ___ |
| 12. Problemi nelle attività occupazionali e ricreative | (0-4) | ___ |
| Punteggio totale                                       | 0-48  | ___ |
| Sede della valutazione                                 | (1-7) | ___ |

**1.** Struttura per acuti; **2.** Srtuttura per cronici; **3.** Day hospital; **4.** Centro diurno; **5.** Ambulatorio;  
**6.** Domicilio; **7.** Altro (specificare).

- |                   |       |     |
|-------------------|-------|-----|
| Diagnosi primaria | (1-7) | ___ |
|-------------------|-------|-----|
- 0.** Demenza; **1.** Abuso di alcol/farmaci/sostanze; **2.** Schizofrenia/deliri; **3.** Disturbo dell'umore;  
**4.** Nevrosi/ansia; **5.** Disturbi alimentari/del sonno/ sessuali; **6.** Disturbi di personalità;  
**7.** Altro (specificare)

Tutti gli item seguono il seguente schema:

- 0 = nessun problema;
- 1 = Problema lieve che non richiede interventi;
- 2 = Problema di gravità modesta ma sicuramente presente;
- 3 = Problema di media gravità;
- 4 = Problema da grave a gravissimo.

Segnare 9 se mancano informazioni.

La scala è versatile nella sua compilazione e può essere compilata a seguito di un colloquio clinico, oppure all'interno dell'équipe coinvolta nella presa in carico del paziente o, ancora, a partire da un colloquio con un familiare.<sup>60</sup>

Un'altra scala di riferimento per la valutazione infermieristica è la Gordon Scale costituita da undici modelli:

1. percezione-gestione della salute;
2. nutrizionale-metabolico;
3. eliminazione;
4. attività-esercizio fisico;
5. sonno-riposo;
6. cognitivo-percettivo;
7. concetto di sé-percezione di sé;
8. ruolo-relazione;
9. sessualità-riproduzione;
10. coping-tolleranza allo stress;
11. valori-convinzioni.

Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico.

La descrizione e la valutazione dei modelli di salute permettono all'infermiere di identificare i modelli che sono funzionali (punti di forza del cliente) e quelli che sono disfunzionali (diagnosi infermieristiche).<sup>61</sup>

I segni iniziali di una determinata crisi sono in genere sempre gli stessi in una data persona, ma possono essere molto diversi da persona a persona.

I segni iniziali di crisi sono cambiamenti del modo di fare, di pensare e di comportarsi che capitano quando sta per iniziare un determinato periodo di riacutizzazione della patologia psichiatrica.

Gli attori che sicuramente prendono parte all'individuazione di questi primi segnali possono essere i familiari o le persone con una relazione di fiducia con il paziente.

Ad esempio, i familiari dopo qualche tempo, sanno che cosa succede quando la persona affetta da patologia psichiatrica, ricomincia a non stare bene, o, se i sintomi non sono mai scomparsi del tutto, quando iniziano a peggiorare.

Saper riconoscere i primi segnali, dunque, può essere utile per intervenire prima ed evitare che la crisi sia molto forte.

Tra i segni iniziali di crisi più frequenti, vi sono:

- disturbi del sonno;
- irritabilità;
- tensione;
- parlare di meno o di più;
- difficoltà a concentrarsi;
- cambiamenti dell'appetito;
- pensare più spesso alla morte;
- avere meno interesse per il lavoro;
- aumentare il consumo di alcool o sostanze stupefacenti;
- avere meno voglia di fare le cose che prima erano interessanti;
- riduzione della libido.

I segni sopra descritti sono solamente orientativi, per questo motivo necessitano di essere valutati per pianificare un intervento nel più breve tempo possibile.<sup>62</sup>

## 4.2 Ruolo dell'infermiere nel TSO

Con il termine Trattamento Sanitario Obbligatorio si intendono una serie di interventi sanitari attuati in difetto di consenso, che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza e qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza.

Come già spiegato in precedenza, un TSO può essere disposto per altre motivazioni sanitarie, come ad esempio per le malattie infettive trasmissibili laddove il rifiuto di un trattamento potrebbe rappresentare una minaccia per la salute pubblica.

In questa trattazione, tuttavia, si fa riferimento unicamente al TSO psichiatrico.

Ricordiamo i 3 principali criteri che contraddistinguono il paziente in crisi per poter procedere ad un eventuale TSO:

- Necessità e urgenza non differibile di cure;
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto;
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

L'infermiere svolge un ruolo determinante durante tutto l'iter del TSO in quanto partecipa nell'attivazione del mezzo di soccorso e la sua successiva gestione, nella presa in carico all'interno del SPDC, nelle visite domiciliari durante i TSO extra-ospedaliere e nell'educazione sanitaria a livello territoriale.

Collabora con lo psichiatra, il medico della Asl e la polizia municipale, garantendo un'assistenza durante tutto l'intervento.

Anche a livello di responsabilità professionale, il TSO impegna a tutto campo l'attenzione del professionista.

Un'ottima formazione clinica, una preparazione specifica in ambito legislativo, ottime capacità relazionali e di problem-solving, rappresentano solo alcune delle caratteristiche di cui un infermiere coinvolto nell'attuazione del TSO deve farsi carico.

L'infermiere si conferma, anche in questo caso, una prima linea fondamentale per la tutela della salute dell'individuo e di tutta la comunità.<sup>12</sup>

Anzitutto va detto che durante una crisi non dovrebbero essere prese decisioni affrettate, per la necessità pratica di far tornare quanto prima tutto nei range di

normalità porta a volte a prendere decisioni affrettate, non riuscendo in tal modo a definire l'effettivo grado di urgenza.

Sia che il TSO avvenga in ambito ospedaliero o in ambito extra-ospedaliero l'atteggiamento dell'infermiere professionista deve essere improntato ad instaurare una efficace relazione terapeutica che rappresenta l'obiettivo primario che si deve raggiungere e che caratterizza l'operare in psichiatria come aspetto fondamentale infermieristico.

Gli infermieri di salute mentale devono rispondere a determinati requisiti per poter assolvere al meglio le loro competenze nelle varie fasi di un TSO, è necessario essere:

-Attivi: saper dirigere una scena caotica, saper prendere decisioni, formulare domande appropriate e far parlare uno alla volta ascoltando tutto e tutti, saper contenere una situazione di crisi senza l'ausilio dei farmaci ove possibile;

-Disposti ad assumersi rischi calcolati: nelle situazioni di crisi l'infermiere si potrebbe trovare a dover agire senza i rassicuranti supporti ambientali, legali e professionali, potrebbe avere la necessità, ad esempio, di dover eticamente agire anche contro l'approvazione del paziente nell'unico interesse di salvargli la vita, impedendo che si faccia del male potrebbe cioè trovarsi a districarsi nel nodo composto dal "diritto alla libertà di ogni cittadino" e dallo "stato di necessità", entrambi contemplati dalla giurisprudenza.

-Calmi e controllati: è necessario che l'infermiere non si faccia trascinare nell'estrema confusione che spesso regna durante i momenti di crisi, l'atteggiamento, le azioni, la postura, le parole, sono spesso un modello per il paziente, il quale all'agitazione dell'infermiere reagirà con maggiore agitazione, se il paziente spaventa è necessario dirglielo, ma sempre mantenendo calma e controllo.

-Garantiti da un sistema di controllo: in ogni situazione di urgenza, in special modo quando ci si trova di fronte ad un paziente violento, è necessario che l'infermiere si garantisca un sistema di supporto sia fisico, sia psicologico; ad esempio colloquiando con un paziente in una stanza vuota bisogna aver cura di avere in prossimità colleghi o comunque risorse umane capaci di prestare man forte, inoltre, per rafforzare una idea o una frase detta può essere necessario l'intervento di un secondo o terzo collega, oppure dei familiari, o ancora dagli agenti di polizia a conferma che quanto detto viene

condiviso dall'intero sistema di supporto, e non è frutto della volontà di persecuzione di un singolo operatore.

-Capaci di capire lo scopo di ogni intervento: durante la crisi di un soggetto noto al servizio è necessario, laddove possibile, attingere alla cartella ambulatoriale prima ancora di interferire su eventuali decisioni prese dall'equipe curante.

-Capaci di distinguere la crisi da altro: non sempre ciò che si presenta come crisi è davvero una crisi, la vera crisi si caratterizza dalla presenza di due fondamentali parametri l'acuzie cioè la repentina insorgenza dei sintomi e la gravità ovvero il parametro che influenza la prognosi;

Le strategie che l'infermiere deve saper mettere in atto si configurano nei seguenti presupposti:

- creazione o individuazione di un ambiente sicuro, ovvero libero da elementi di disturbo, appartato, con la presenza di meno persone possibili, laddove la situazione la richieda e quando tale atteggiamento non compromette l'incolumità delle persone;

- disporre del tempo necessario affinché il paziente possa sentirsi libero di esporre le proprie emozioni e i propri vissuti relativi al momento di difficoltà anche attraverso tecniche di facilitazione e tecniche di open dialogue;

- focalizzare la propria attenzione sui sentimenti del soggetto cogliendone le emozioni e facilitandone l'espressione, deve saper prendere la decisione migliore nell'interesse del paziente, con decisione, chiarezza, e dichiarandola al paziente assumendosene la responsabilità.

Sono pertanto da evitare: frequenti interruzioni durante il colloquio, atteggiamenti di sorpresa o emozione, scarsa disponibilità o eccessiva protezione, propria interpretazione, indecisioni nell'agire.

Nelle situazioni più critiche di un TSO si potrebbe presentare l'eventualità di ricorrere alla contenzione che dovrebbe avvenire solo in casi eccezionali, quando non esiste più un altro modo per gestire la situazione.

Possiamo distinguere diversi tipi di contenzione:

-La contenzione fisica nella quale gli operatori intervengono per bloccare fisicamente il paziente

-La contenzione meccanica basata sull'utilizzo di mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti quali spondine, bendoni, corsetti etc.

-La "contenzione farmacologica" o propriamente detta sedazione farmacologica che prevede la somministrazione di farmaci sedativi, prescritti dal medico secondo la modalità di somministrazione più idonea.

La contenzione fisica di un paziente è un atto estremo che dovrebbe essere preso in considerazione solo quando ogni altra procedura è fallita e ogni tentativo di stabilire un rapporto con la persona o individuare soluzioni di compromesso è risultato vano.

Ricorrere alla contenzione senza aver prima tentato ogni possibile azione è da considerarsi azione impropria e lesiva della libertà della persona.

La contenzione può essere giustificata solo da una condizione di pericolo che espone la persona o altri presenti a rischiare la propria incolumità e se non appropriatamente contrastata, può esporre il personale sanitario a un giudizio di imprudenza o di omissione di soccorso.<sup>65</sup>

## CONCLUSIONI

Quando ho scelto il ruolo dell'infermiere all'interno dell'ambiente psichiatrico come materia da affrontare per lo svolgimento della mia tesi di laurea, sapevo già a cosa andassi incontro data la mia richiesta di prestare servizio come tirocinante al CSM di Ancona, quello che in realtà non mi aspettavo era di trovarmi totalmente preso dalla voglia di conoscenza pratica e teorica di questa branca.

Proprio grazie all'affiancamento degli infermieri e dai testi che mi sono stati forniti da tutto il personale, sono riuscito meglio a comprendere i dettagli all'interno del lavoro svolto, non solo dagli infermieri, ma da tutta l'equipe.

Il sentirmi parte di questo gruppo di lavoro ha fatto sì che nascesse in me la voglia di conoscere meglio determinati aspetti di questa realtà a me nuova, in particolare sentendomi coinvolto fin da subito.

L'approccio con i pazienti che afferivano al centro, ha suscitato in me il desiderio di approfondire questo lavoro su tutta la branca della salute mentale, in particolare mi ha suscitato curiosità fin da subito capire i segnali manifestati dai pazienti in fase di acuzie e il modo con cui approcciarmi ad essi.

Inoltre, posso dire che quasi conseguentemente a questa necessità di conoscere meglio le problematiche del paziente psichiatrico e tutte le dinamiche che ruotano intorno ad esso, mi ha portato ad interessarmi in particolare al ruolo specifico della figura infermieristica nel trattamento sanitario obbligatorio.

Un confronto continuo con tutti i professionisti incontrati ha permesso di esporre i miei dubbi e le mie curiosità trovando sempre risposte molto esaustive.

Questa esperienza mi ha fatto comprendere maggiormente quanto la figura dell'infermiere sia centrale in tutto il percorso preventivo, terapeutico, riabilitativo della malattia psichiatrica e quanto lavoro ci sia ancora da fare nei confronti dello stigma che ancora oggi affligge il paziente afferente ai vari servizi.

Grazie all'evoluzione della professione infermieristica nella nostra società è da tempo che all'infermiere è stato riconosciuto un ruolo sempre più specializzato ed in continua evoluzione grazie alla formazione e al confronto costante che ha portato l'Italia ad essere un esempio da seguire.

## BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

1. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg56
2. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg71
3. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg87
4. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg94
5. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg90
6. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg122
7. M. Foucault. Storia della follia nell'età classica, (ed.RCS 2006) pg127
8. <https://www.treccani.it/enciclopedia/tag/et%C3%A0-dei-lumi/>
9. D. Lippi e M. Baldini. La medicina: gli uomini e le teorie, (ed.CLUEB,2006) pg263-305
10. M. Foucault nascita della clinica, (ed.Enaudi 1998) pg119-125
11. M. Aliverti e D. Lippi, Pietro Cipriani, un medico viaggiatore del XIX secolo, in AA.VV., Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo, Atti del Convegno, San Piero a Sieve (FI) 30 giugno-1° luglio 2000, Firenze university 2004 pg 63-74)
12. F. Codato, Follia, potere e istituzione: genesi del pensiero di Franco Basaglia, (ed. Tangram Edizioni Scientifiche 2014) pg34
13. <https://storienapoli.it/2018/01/10/primospedalepsichiatricoditalia/>
14. <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/prima-sala-cronologia/la-legge-del-1904-sui-manicomi-e-gli-alienati/>
15. J. Guillaume Desmays Dupallans -La francia alla ricerca del modello e L'Italia dei manicomi nel 1840 (ed. Firenze University Press 2006) pg10
16. <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/95/>
17. <https://web.archive.org/web/20180323115550/https://www.biography.com/people/alois-alzheimer-21216461>
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339235/>
19. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3732340.pdf>
20. <https://www.animalresearch.info/it/progressi-medicina/cronologia-degli-eventi/neurotransmission-demonstrated/>
21. <https://www.naturalmentescienza.it/giornali/20200112Pietrini.pdf>
22. [https://it.wikipedia.org/wiki/Clorpromazina#Cenni\\_storici](https://it.wikipedia.org/wiki/Clorpromazina#Cenni_storici)
23. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-18/sessantotomanicomi-inizio-svolta-assistenza-psichiatrica-italia>
24. <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/legge-basaglia-chiusuramanicomi.html>
25. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-18/sessantotomanicomi-inizio-svolta-assistenza-psichiatrica-italia>
26. [https://storiaeregione.eu/attachment/get/up\\_202\\_14685005811754.pdf](https://storiaeregione.eu/attachment/get/up_202_14685005811754.pdf)
27. <https://www.stateofmind.it/2019/01/franco-basaglia/>
28. <http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>
29. <https://www.stateofmind.it/2019/01/franco-basaglia/>
30. [https://storiaeregione.eu/attachment/get/up\\_202\\_14685005811754.pdf](https://storiaeregione.eu/attachment/get/up_202_14685005811754.pdf)

31. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>
32. P. Rossi, L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione, (ed. Carocci Faber, 2017) pg123
33. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_779\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf)
34. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_ita.pdf;jsessionid=EAC52984C7FF0E082BE70F1861C479EB?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_ita.pdf;jsessionid=EAC52984C7FF0E082BE70F1861C479EB?sequence=8)
35. <http://www.psychiatryonline.it/node/1111>
36. <https://www.asur.marche.it/documents/20182/88448/Dipartimento+di+Salute+Mentale.pdf/58f4ec31-a042-48cf-8db5-b4d358cc7f69?version=1.0>
37. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/tso-come-funziona-trattamento-sanitario-obbligatorio.html>
38. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge>
39. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_3146\\_listaFile\\_itemName\\_2\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3146_listaFile_itemName_2_file.pdf)
40. M. Betti, M. Di Fiorino, Psichiatria e igiene mentale, (ed. McGraw-Hill Education 1997) pg6
41. [http://www.opicomo.it/documenti/cozzi\\_slides3\\_10\\_10\\_2012.pdf](http://www.opicomo.it/documenti/cozzi_slides3_10_10_2012.pdf)
42. F.G. Alexander e S.T. Selesnick, Storia della psichiatria, (ed. Newton Compton 1975) pg72
43. [http://lavoro.psichiatria-confini.net/wp-content/uploads/2011/12/daum\\_heidegger\\_persone.pdf](http://lavoro.psichiatria-confini.net/wp-content/uploads/2011/12/daum_heidegger_persone.pdf)
44. <https://www.sogniebisogni.it/index.php/leggi-e-normative-j/normativa-nazionale-ecomunitaria/246-regio-decreto-16-agosto-1909-n-615-regolamento-sui-manicomi-e-sugli-alienati>
45. P.L. Carabelli, L'infermiere di manicomio, Amministrazione Provinciale di Milano, cit. in Neopsichiatria, op. cit., p.64
46. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sg#:~:text=1.,%20di%20125%20posti%20Dletto>
47. [https://www.cgil.unimi.it/wp-content/uploads/2014/02/dpr\\_761\\_79.pdf](https://www.cgil.unimi.it/wp-content/uploads/2014/02/dpr_761_79.pdf)
48. <https://www.nurse24.it/diventare-infermiere/responsabilita-e-deontologia-ecco-il-codice-dellinfermiere.html> (30.09.16)
49. <http://mciarla.altervista.org/bacheca/formazione%20ip%20psych.htm>
50. <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2015/08/Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf>
51. [https://www.news-medical.net/health/Mental-Health-Nursing-\(Italian\).asp](https://www.news-medical.net/health/Mental-Health-Nursing-(Italian).asp)
52. <http://www.paolobarelli.eu/lezioni/lezioni/bibliografia/XI%20cong%20IPASVI%20area%20sal%20mentale.pdf>
53. <https://priory.com/ital/funzinfermiere2.htm>
54. <https://www.sisism.org/senza-categoria/relazione-presentata-dalla-sisism-alla-2-conferenza-nazionale-per-la-salute-mentale-del-25-giugno-2021.html>
55. <https://www.infermiereonline.org/2019/12/13/linfermiere-case-manager-in-salute-mentale-follow-up-sui-pazienti-con-scala-honos/>
56. [https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/10/01\\_Linee-Guida.pdf](https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/10/01_Linee-Guida.pdf)

57. <https://infermierincontatto.beepworld.it/files/crisipsichiaticaacuta.doc>
58. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/triage-psichiatrico-territoriale-scheda-di-valutazione.html>
59. <https://core.ac.uk/download/pdf/76462949.pdf>
60. <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>
61. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/marjory-gordon.html>
62. [https://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/prg\\_5\\_Salute\\_mentale\\_UniNapoli\\_guida\\_operatori-segni-iniziali-crisi.pdf](https://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/prg_5_Salute_mentale_UniNapoli_guida_operatori-segni-iniziali-crisi.pdf)
63. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/tso-come-funziona-trattamento-sanitario-obbligatorio.html#:~:text=L'infermiere%20svolge%20un%20ruolo,educazione%20sanitaria%20a%20livello%20territoriale>
64. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/tso-come-funziona-trattamento-sanitario-obbligatorio.html#:~:text=L'infermiere%20svolge%20un%20ruolo,educazione%20sanitaria%20a%20livello%20territoriale>
65. <https://digilander.libero.it/alessandronorbedo/Atti.pdf>