



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Nuove prospettive per il paziente psichiatrico
autore di reato: l'evoluzione infermieristica nel
passaggio dagli OPG alle REMS**

Relatore: Chiar.mo
Federico Cotticelli

Tesi di Laurea di:
Ilaria Cannarile

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1: Storia dell'assistenza infermieristica psichiatrica	2
1.1 Il messaggio della follia nel mondo antico	2
1.2 La follia e la segregazione nel mondo moderno	3
1.3 Le origini dell'Istituto Manicomiale	3
1.4 Legge Giolitti	4
1.5 La figura dell'infermiere psichiatrico	6
1.6 Legge Mariotti	7
1.7 Legge Basaglia	8
Capitolo 2: Dal Manicomio alla nascita degli OPG	9
2.1 OPG	10
2.2 Vita negli OPG	10
2.3 Le strutture	12
2.4 Soggetti ricoverati in OPG	12
2.5 L'infermiere in OPG	13
2.5.1 "Ti racconto il mio OPG"	13
2.6 Chiusura degli OPG	18
Capitolo 3: Un nuovo scenario infermieristico: le REMS	20
3.1 Dall'OPG alle REMS	20
3.2 Istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza	21
3.3 Funzioni	21
3.4 La presa in carico del paziente	22
3.5 Relazione d'aiuto con il paziente psichiatrico	23
3.6 Viaggio nelle REMS	25
Capitolo 4: La figura dell'infermiere nelle REMS	27
4.1 Assistenza infermieristica agli infermi di mente autori di reato	27
4.2 Attività ed interventi attuati in REMS: analisi di studi qualitativi	28
Capitolo 5: REMS e Salute Mentale al tempo del Coronavirus	30
5.1 Emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus Sars-CoV-2	30
5.1.1 Cosa sono i Coronavirus	30
5.1.2 Sintomi e diagnosi	31

5.1.3 Trasmissione, prevenzione e trattamento	31
5.2 Salute mentale e Covid19	33
5.3 Servizi psichiatrici ai tempi di Covid-19	34
5.3.1 I questionari	35
5.4 La giornata dei pazienti psichiatrici	36
5.5 Merope writing blog	37
5.5.1 “Come fosse un discorso”	37
5.5.2 “Vagli a spiegare che è primavera”	38
5.5.3 “N.4”	39
Conclusioni	40
Bibliografia e sitografia	43
Ringraziamenti	45

INDICE DELLE IMMAGINI

Figura 1: Albrecht Dürer, Das Narrenschiff, 1494 – Public Domain via Wikipedia Commons 3

Figura 2: Antonia Bernardini, la storia della donna che morì “legata come cristo in croce”, nel manicomio giudiziario di Pozzuoli. Fatto Quotidiano, 18/05/2012 11

Figura 3: Armando Pirolli, “Ti racconto il mio O.P.G.”, la Ruota, 2017. [15] 17

Introduzione

L'argomento che tratterò, con il presente elaborato, parlerà di alcuni aspetti della Psichiatria, ovvero di quella branca della Medicina che affronta le differenti problematiche concernenti lo studio clinico e la terapia dei disturbi mentali nonché dei comportamenti patologici nel paziente affetto da tali disturbi.

I primi sintomi di una malattia mentale si manifestano attraverso comportamenti e reazioni anomale del soggetto.

Il paziente psichiatrico, già definito tale da una anamnesi, nella gran parte dei casi, oltre a veder diminuita grandemente la funzione cognitiva, emotiva e comportamentale, vede ridursi quelle che vengono definite attività prettamente fisiologiche, quotidiane, proprie dell'essere umano, come curarsi e alimentarsi, in forma del tutto autonoma.

La differenza fra soggetti e le diverse necessità psichiatriche hanno reso particolarmente delicato e complesso il ruolo dell'infermiere che opera in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG).

L'OPG, normativamente, è stato concepito e strutturato come luogo di cura di soggetti che, pur essendo affetti da problematiche di tipo psichiatrico, in realtà erano da ritenersi in "stato di detenzione", a seguito ed in conseguenza della commissione di reati, a volte anche gravi, sanzionati dal Codice Penale, ovvero di soggetti che, durante l'espiazione della pena comminata, manifestavano problematiche di tipo psichiatrico e, pertanto, da "trattare" in modo adeguato, in struttura adeguata.

Al di là degli opportuni e necessari interventi di tipo "medico e/o clinico", la figura dell'infermiere, in tale contesto, assume una connotazione particolarmente complessa. Principalmente, il ruolo dell'infermiere negli ex OPG era quello di soddisfare i bisogni primari di ogni assistito e sopprimere tutti gli atteggiamenti ritenuti inadeguati con i mezzi a loro a disposizione.

Con la chiusura degli Ospedali Giudiziari e la nascita delle REMS, "Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza", si va incontro ad un altro tipo di assistenza infermieristica, basata su un approccio curativo-riabilitativo.

Attraverso questo lavoro si propongono riflessioni sui cambiamenti del ruolo dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica alla persona inferma di mente autrice di

reato, dalla comparsa dell'Istituto Manicomiale fino alla nascita delle attuali REMS, trattando anche della situazione COVID-19 in tali strutture.

Capitolo 1: Storia dell'assistenza infermieristica psichiatrica

L'assistenza infermieristica psichiatrica si è evoluta nel tempo e con essa il concetto stesso di "malato di mente".

Il ruolo dell'infermiere psichiatrico nasce originariamente nell'800 con la istituzione del "manicomio". Tale figura e ruolo è stata a lungo sottovalutata e scarsamente considerata, poiché la sua funzione originaria prevalente era quella di "guardiano dei folli." Con il passare degli anni è mutata anche l'idea sociale ed il concetto di "follia" parallelamente al graduale passaggio dal vecchio manicomio giudiziario agli attuali luoghi di cura, denominate "REMS" (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza).

1.1 Il messaggio della follia nel mondo antico

Nelle società tradizionali dell'antichità e del Medioevo la malattia mentale non aveva mai rappresentato un problema sociale, tale da rendere necessaria l'attuazione di provvedimenti e di sanzioni specifiche. La persona con problemi mentali veniva in genere tollerata e accettata nella comunità di appartenenza e trovava una buona integrazione nel contesto culturale del tempo.

I primi centri per il trattamento dei disturbi mentali furono istituiti dagli Arabi nel tardo Medioevo. Si trattava di luoghi di alto valore terapeutico; il clima era sereno e le cure si basavano su diete, bagni, droghe, aromi, profumi e musiche. Oltre agli spazi per il ricovero e per l'ambulatorio, era presente una scuola di medicina. Questo atteggiamento umanitario era legato all'idea musulmana che il malato mentale è prediletto da Dio ed è il tramite per la comunicazione di verità profonde e insondabili. [1]

1.2 La follia e la segregazione nel mondo moderno

Con la fine del Medioevo e l'inizio dell'Era Moderna si verificarono, nel mondo occidentale, una serie di profondi mutamenti sociali, culturali ed economici che contribuirono a spiegare la nascita dell'Istituto Manicomiale. In tale prospettiva, la follia e la povertà si prospettavano come uno spettro inconcepibile e inquietante.

Mai, prima di allora, i disturbi mentali avevano rappresentato motivo di apprensione sociale e di ghettizzazione.

La *stultiferanavis*, cioè la nave dei folli, che viene raffigurata nelle pitture e nelle incisioni dei secoli XV e XVI, assurge quasi a simbolo di questa nuova problematica sociale. (Betti, 1997)

Una nave stipata di folli e guidata da folli si dirige in un viaggio fantastico verso il paradiso dei folli, per poi essere affidata alla corrente e al suo destino. (La nave dei folli, n.d.)

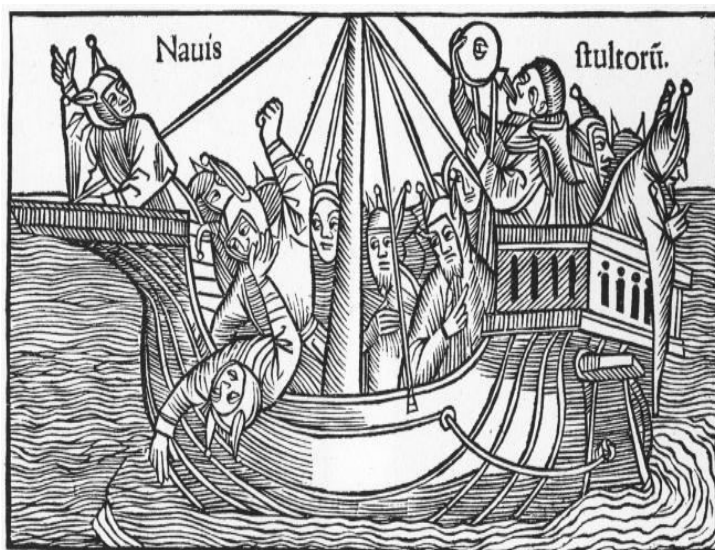


FIGURA 1: ALBRECHT DÜRER, DAS NARRENSCHIFF, 1494 – PUBLIC DOMAIN VIA WIKIPEDIA COMMONS

1.3 Le origini dell'Istituto Manicomiale

La prima forma di istituzione segregante era l'ospedale. Le strutture ospedaliere (gestite da congregazioni religiose e finanziate tramite elemosine, lasciti, rendite), rappresentavano lo spazio all'interno del quale era presente una nuova tipologia di

personaggi: gli *internati*. Questi erano rappresentati da una moltitudine eterogenea di dementi, vagabondi, mendicanti, bugiardi accomunati da una medesima etichetta che li stigmatizzava come disturbatori e nemici dell'ordine costituito.

Lo scopo dell'internamento era controllarli e reprimerli. Oltre che negli ospedali, essi venivano segregati nelle carceri cittadine.

Fra il 600 e il 700 vennero aperti numerosi ospizi e case d'internamento.

Con il successivo affermarsi dell'Illuminismo, emerse l'esigenza di individuare e di isolare la follia. Si incominciò, così, a costruire reparti e strutture riservate principalmente agli alienati e ai folli: nacquero, quindi, i primi importanti ospedali psichiatrici. (Betti, 1997)

Tali istituzioni manicomiali erano strutture separate dal contesto sociale; venivano costruiti in aperta campagna, lontano dai centri cittadini e venivano recintati da alte mura che contribuivano a sancire la segregazione dei *pazzi* rispetto alla comunità dei *sani*. Venivano gestiti autarchicamente da un direttore, che godeva di autonomia organizzativa e amministrativa.

Il "Manicomio" dal greco mania (follia) e komèo (curare), entrò in vigore con la legge n. 36 del 14 febbraio 1904, "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati".

1.4 Legge Giolitti

La legge porta il nome dell'allora Ministro dell'Interno, Giovanni Giolitti. Tale normativa indicava la struttura del manicomio quale luogo deputato alla custodia e cura dei soggetti affetti "da alienazione mentale", ritenute pericolose per sé stessi o per gli altri, divenendo, quindi, "socialmente pericolosi". L'ammissione degli alienati nei manicomi veniva richiesta, normalmente, da parenti, tutori o protutori, nell'interesse stesso degli infermi e dei consociati. Il ricovero, previa verifica e/o accertamento medica specialistica, era disposto con apposita certificazione, attestante lo stato di pericolosità del soggetto, un atto di notorietà e veniva autorizzato dal direttore del manicomio stesso, che ne dava immediata notizia al Procuratore del Re e all'autorità di pubblica sicurezza.

L'interesse del legislatore, però, in realtà, si concentrava sulla protezione della società dalla pericolosità dell'alienato, mentre l'interesse della cura diventava secondaria.

Venivano considerati “alienati” tutti coloro che la società considerava “fuori dalla normalità”; pertanto, non solo coloro i quali fossero affetti da patologia psichica, ma anche gli omosessuali, gli orfani, i tossicodipendenti, le ragazze-madri, i ribelli e gli emarginati. Quale fosse la motivazione, l’esito era identico per tutti, ovvero, di fatto, l’isolamento dalla società dalla quale non erano ritenuti idonei alla risocializzazione. (Burla, 2013)

Per tali motivi, la legge assunse, nella sostanza, carattere “custodialistico”, che determinava l’obbligo automatico di restrizione prescindendo dalle motivazioni del ricovero.

In tal modo, per la prima volta, lo Stato Italiano si dotava di una legge organica che regolamentava la “materia psichiatrica”.

Il personale, addetto al lavoro in tali istituti manicomiali, svolgeva mansioni quasi esclusive di sorveglianza, custodia e anche di repressione. Doveva essere in grado, altresì, di contenere l’aggressività dei malati, anche e soprattutto con l’uso e l’applicazione di “camici di forza” e “contenzioni”. (Betti, 1997)

Difatti, nei casi di forte agitazione, il malato veniva rinchiuso in una cella per intere giornate. Mario Tobino, scrittore, poeta e psichiatra italiano nel suo racconto “*Le libere donne di Magliano*”, ci lascia una prima descrizione suggestiva:

“Come bestie nelle tane le malate infreddolite dentro le celle; poiché sono laceratrici e non finirebbero di stracciare e rompere non è possibile dar loro il letto o un materasso e neppure un lenzuolo o coperta.” (Tobino, *Le libere donne di Magliano*, 2001)

Sempre Tobino, in una seconda opera “*Per le antiche scale*”, del 1976, descrive così la situazione maniacale:

“A quel tempo la follia non era ovattata, dissimulata, intontita, mascherata, camuffata come oggi con gli psicofarmaci. La follia esplodeva uguale a un vulcano. Nei cameroni – nudi o malamente coperti da una camicia sdrucita – urlavano i matti, in parte legati con le cinghie ai braccioli del letto. Le risse tra loro frequenti, le aggressioni agli infermieri giornalieri. Le pareti squallide, color dell’osso morto; i tavoli inchiodati al pavimento; le finestre con le sbarre, le porte chiuse a tre mandate. Nel silenzio della notte arrivavano i lamenti, le sorde imprecazioni, i suoni di bestiale disperazione. Così dalla parte degli uomini, e ugualmente nella divisione femminile; da questa in più gemeva la miseria del sesso. Tutto era carcere.” (Tobino, *Per le antiche scale*, 1972)

A ben vedere, il direttore della struttura decideva, in totale quasi autonomia, gli ingressi e le dimissioni, ovvero dallo stesso dipendevano, salute, destino e libertà dei ristretti.

1.5 La figura dell'infermiere psichiatrico

Con Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909, Regolamento per l'esecuzione della legge n. 36 del 14 febbraio 1904, (Regolamento sui manicomi e sugli alienati, 1909) veniva definito in maniera compiuta il ruolo dell'infermiere psichiatrico quale figura assistenziale all'interno dei manicomi. I requisiti per l'accesso erano:

- Saper leggere e scrivere;
- Età 21 anni se maschi, 18 se femmine;
- Dotati di sana e robusta costituzione fisica, certificata con apposita visita medica;
- Buona condotta morale e civile;
- Avere la residenza nei pressi del manicomio.

Secondo tali norme, l'infermiere aveva il compito di sorvegliare, contenere ed assistere il malato mentale. Non doveva assolutamente assumere atteggiamenti di risentimento o di umanità, anzi veniva a lui richiesta la capacità di rimanere inerme e impassibile davanti ad ogni situazione. Non doveva presentare difetti fisici, in maniera che i malati non potessero deriderlo o averne paura.

Tale legge regolamentava anche la formazione specifica dell'infermiere che si differenziava dal ruolo di sorvegliante, preposto al controllo ed alla verifica del lavoro svolto dall'infermiere stesso. Tale formazione prevedeva conoscenze teoriche e pratiche.

La formazione teorica non era dettagliata, ma generica e si basava sulla conoscenza di argomenti concernenti l'anatomia e la fisiologia, elementi di psichiatria e sintomi delle principali patologie dell'epoca, valutazione dei parametri vitali.

La formazione pratica, invece, riguardava la cura dell'igiene della persona, dei locali, dei letti e la somministrazione della terapia, quest'ultima a cura del capo infermiere. Veniva, inoltre, insegnato loro come mettere in sicurezza il malato in condizioni di urgenza, come fratture, emorragie e sincope.

Gli infermieri potevano ricorrere a metodi coercitivi in casi eccezionali, ma solo con autorizzazione scritta del medico. In assenza di tale nulla osta, gli infermieri stessi ne rispondevano personalmente con l'incriminazione diretta.

1.6 Legge Mariotti

Con legge n. 431 del 18 marzo 1968, nota come legge Mariotti, allora ministro, "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, 1968) furono introdotte nuove norme in materia di manicomi.

Pur non riuscendo a modificare in maniera stabile ed incisiva il sistema manicomiale, tale normativa indirizzava verso un nuovo percorso volto al cambiamento sociale. I punti principali su cui essa verteva erano i seguenti:

1. Introduzione del ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati;
2. Introduzione dei Centri di igiene mentale (CIM), quale embrione di servizio comunitario;
3. Finanziare congruamente il budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato;
4. Istituzione degli Enti Ospedalieri ai quali viene riconosciuta soggettività di diritto pubblico.

L'importanza di tale normativa fu di tutta evidenza.

Infatti, per il ricovero volontario si ammetteva, per la prima volta, che il paziente psichiatrico potesse avere "coscienza della malattia" (antecedentemente negata come affermazione assoluta). La precedente legge del 1904 prevedeva sì, all'articolo 53 del regolamento attuativo del 1909, la possibilità del ricovero volontario, ma il paziente che si fosse volontariamente recato in manicomio, prima del 1968, al momento del ricovero veniva assimilato ad un "coatto", vale a dire totale mancanza di coscienza di malattia, e quindi totale incapacità di intendere e di volere.

Con l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale (che dopo il 1978 presero il nome, con un termine ben più chiaro, di Centri di Salute Mentale) fu reso possibile al paziente di collaborare con il medico e con i teams territoriali, appositamente istituiti. In tal modo

tali centri divennero un vero e proprio servizio a disposizione della gente, divenendo pienamente operativi sul territorio.

La malattia psichica fu inquadrata, pertanto, nell'ambito delle patologie. Non più un problema, quindi, di ordine pubblico, poiché all'aspetto di tipo custodialistico si sostituiva quello terapeutico della malattia.

Furono stanziati notevoli risorse per l'implementazione del personale medico ed infermieristico ed introdotto il concetto di "multidisciplinarietà dell'assistenza", con nuove figure professionali, come l'assistente sociale, lo psicologo e l'igienista.

Si configurava, così, un nuovo modello di servizio psichiatrico incentrato sul recupero ed il reinserimento del paziente, al quale veniva restituita la dignità di "persona".

1.7 Legge Basaglia

In data 13 maggio 1978, veniva approvata la Legge Basaglia "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", che proponeva un radicale mutamento in termini di salute mentale.

Fu Franco Basaglia, psichiatra, neurologo e docente, innovatore nel campo della salute mentale, riformatore della disciplina psichiatrica italiana e fondatore di Psichiatria Democratica, ad ispirare la legge n. 180/1978. (Wikipedia: Franco Basaglia)

Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, iniziò a modificare la struttura rigida e gerarchica dell'ospedale psichiatrico, caratterizzata da rapporti di tipo verticale, in un'organizzazione più aperta ed orizzontale, rendendo paritario il rapporto fra gli utenti-pazienti e gli operatori sanitari. Tutto ciò comportava l'eliminazione della contenzione fisica, delle terapie con l'elettroshock e dei cancelli chiusi nei reparti. L'approccio doveva rivolgersi solo ed esclusivamente ai pazienti, che dovevano essere trattati come uomini, dando valore ai rapporti umani. Il paziente doveva diventare una persona da aiutare, e non da recludere o isolare. Secondo Basaglia, il manicomio andava chiuso e sostituito da una rete di servizi esterni per l'assistenza delle persone affette da disturbi mentali. L'approccio psichiatrico andava modificato perché senza comprendere i sintomi della malattia mentale non era possibile mantenere un ruolo nel processo che finiva per escludere il malato mentale, come prevedeva il sistema istituzionale. L'attenzione si spostava dalla necessità della difesa sociale alla persona nonché alle sue

effettive necessarie cure, superando così l'equazione "malattia mentale-pericolosità sociale".

Tale legge impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), istituendo i servizi di Igiene Mentale pubblici.

Gli infermieri, nel campo della salute mentale, si sono lentamente trasformati da custodi materiali a promotori della salute, veri e propri "alleati" del malato, con lo scopo, quindi, di accompagnarlo verso la libertà e l'autonomia.

Ciò ha permesso la nascita del nuovo modello di presa in carico, che si realizzava attraverso un incontro autentico tra paziente e terapeuta, in cui l'accoglienza, l'ascolto, il sentire l'altro, rappresentavano la premessa indispensabile per una collaborazione attiva, ovvero un lavorare di equipe per il cambiamento, indirizzata verso una effettiva riabilitazione psichiatrica.

Con tale normativa le Regioni venivano delegate alla creazione e alla organizzazione di servizi territoriali alternativi all'Ospedale Psichiatrico. A tal proposito vennero istituiti gli SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che avevano sede presso gli ospedali generali per il trattamento delle acuzie, nonché altri servizi e presidi extraospedalieri, con funzioni di trattamento, cura e riabilitazione.

Venne, inoltre, introdotto il concetto di "correlazione funzionale" tra SPDC o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.

In poco tempo la legge Basaglia veniva inglobata nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (legge n. 833 del 23 dicembre 1978). (Di Santo, 2018)

Sosteneva Basaglia : *"La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere. Aprire l'Istituzione non è aprire una porta, ma la nostra testa di fronte a "questo" malato."* (Basaglia, 1967)

Capitolo 2: Dal Manicomio alla nascita degli OPG

Negli anni della protesta antipsichiatrica, l'opinione pubblica sembrava aver assunto un certo interesse verso la tematica dei malati di mente e delle istituzioni che se ne

occupavano. In tale ottica con D.P.R. n. 354 del 26 luglio 1975, recante “Norme sull’ordinamento penitenziario e sull’esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”, le istituzioni abbandonarono il nome di “manicomi” sostituendolo con il termine di “Ospedali Psichiatrici Giudiziari”. Questo cambiamento non era nominale ma assunse il significato di indirizzo verso una istituzione spiccatamente terapeutica. Eliminare il nome di quell’istituto che per oltre un secolo aveva rappresentato un’istituzione tutta protesa alla “custodia” e alla “esclusione”, apparve, simbolicamente, il segno di una trasformazione. (Melani)

2.1 OPG

L’ospedale Psichiatrico Giudiziario era ed è da ritenersi quale luogo di ricovero per espiazione di misura di sicurezza detentiva applicata da magistrati a soggetti ritenuti socialmente pericolosi nonché ai soggetti attivi di un reato commesso. Inoltre, gli infermi e semi-infermi di mente, anche se per legge non punibili e non imputabili, erano comunque sottoposti a tali misure ove giudicati pericolosi socialmente per se stessi o per gli altri.

La pericolosità sociale era un concetto di estrema importanza, poiché costituiva il presupposto necessario per l’internamento in un OPG.

In tali OPG si trattavano, comunque, anche patologie di soggetti affetti da turbe psichiche e mentali di diversa gravità e che avessero o si presumevano potessero aver commesso un reato.

Tutti questi assistiti venivano sottoposti ai medesimi trattamenti, senza distinzione in ordine alle reali esigenze del singolo.

La funzione dei manicomi giudiziari, in buona sostanza, anche con tale ultima normativa, legge n. 354/1975, sebbene avessero cambiato nome in Ospedali Psichiatrici Giudiziari, era rimasta invariata.

2.2 Vita negli OPG

Fu la tragica morte di Antonietta Bernardini, internata nel manicomio giudiziario di Pozzuoli nel 1974, a portare alla luce la crudele realtà di questi luoghi: pratiche

terapeutiche primitive, casi di violenza e trattamenti disumani. Fu, questa, una vicenda che all'epoca fece scalpore rimbalzando sulle principali testate giornalistiche e alimentando un dibattito pubblico sui metodi di cura adottati nei manicomi, in particolare, sulla contenzione e sulla disumanità che regnava in quelle strutture.

“Sono stata spinta a fare quello che ho fatto perché ero sempre legata [...] C'era una suora che in cambio di tutto quel lavoro forzato, mi ricompensava con giubbotto e punture [...] Ci legavano come Cristo in Croce”.

Furono queste le ultime parole pronunciate dalla Bernardini al pubblico ministero nella sala rianimazione dell'ospedale Cardarelli di Napoli, dove morì il 31 dicembre 1974 dopo quattro giorni di agonia a causa alle ustioni riportate su tutto il corpo, per aver incendiato con un fiammifero il materasso del letto del manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli ove era ricoverata. Un gesto arrivato dopo 43 giorni consecutivi di contenzione; *“Antonia voleva un bicchiere d'acqua, nessuno le dava retta”.* (Salvato, 2018)



FIGURA 2: ANTONIA BERNARDINI, LA STORIA DELLA DONNA CHE MORÌ “LEGATA COME CRISTO IN CROCE”, NEL MANICOMIO GIUDIZIARIO DI POZZUOLI. FATTO QUOTIDIANO, 18/05/2012

Dall'articolo citato in Figura 2, emergeva che negli OPG i pazienti venivano abbandonati a se stessi, si continuava a praticare la contenzione fisica, ma anche farmacologica, come metodo di “cura” quasi sistematico.

Il problema principale, infatti, nasceva dal fatto che gli OPG erano nelle mani del direttore penitenziario (responsabile degli aspetti amministrativi, contabili e di sicurezza della struttura), mentre ai direttori sanitari era demandato solo un ruolo secondario, ovvero quello di sorvegliare e punire.

Nel 2008 il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT) denunciò le scandalose condizioni di vita all'interno di uno dei 6 OPG sul territorio, l'OPG di Aversa, il primo manicomio giudiziario a sorgere in Italia: reparti sprovvisti di mobilio; scarse dotazioni sanitarie e pessime condizioni igieniche; disumani mezzi di costrizione e isolamento; pazienti legati a letto da giorni, sedati, senza alcuna assistenza medica. (Fuggiano, 2015)

Le detenzioni, così, si trasformavano in Ergastoli bianchi, pena senza fine, puntualmente rinnovata, spesso solo sulla base di una mancata alternativa che non lasciava scelta al magistrato.

2.3 Le strutture

Gli edifici nei quali erano allocati gli OPG erano strutture antiche, vecchie, insane e sovraffollate, caserme, conventi, carceri, che negli anni hanno subito numerosi ampliamenti e aggiustamenti.

Gli OPG in Italia erano in numero di 6 :

- Aversa, istituito nel 1876;
- Montelupo Fiorentino, istituito nel 1886;
- Reggio Emilia, istituito nel 1892;
- Barcellona Pozzo di Gotto, istituito nel 1925;
- Napoli, istituito nel 1923;
- Castiglione delle Stiviere, istituito nel 1939.

2.4 Soggetti ricoverati in OPG

Gli OPG hanno accolto un gruppo eterogeneo di pazienti con diverse posizioni giuridiche qui riassunte:

- Prosciolti per vizio totale di mente (art. 222 CP), dichiarati socialmente pericolosi;
- Internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.p)

- Detenuti minorati psichici (art 111 c.p., D.p.r. 230/2000) (Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 30 Giugno 2000)
- Condannati, che durante l'esecuzione della pena sono colpiti da infermità psichica (art. 148 CP);
- Imputati ai quali sia stata applicata una misura di sicurezza provvisoria in considerazione della loro presunta pericolosità sociale, ed in attesa di un giudizio definitivo. (art.206 c.p. e 312 c.p.p)

All'interno degli ospedali, si rilevava un'alta percentuale di popolazione maschile, con età media di 41 anni, soggetti nubili, o celibi con un basso livello di scolarità.

Per quanto concerne i reati, il 75% erano volti contro la persona, l'8,5% per lesioni personali volontarie e il 5,3% per maltrattamenti in famiglia.

2.5 L'infermiere in OPG

Tra le pagine del libro di Armando Pirolli, ex Infermiere Professionale presso l'OPG di Aversa, "Ti racconto il mio OPG", si può trovare la risposta a queste domande che l'autore pone nella sua prefazione. "*Chi si nasconde dietro le mura di un ospedale psichiatrico giudiziario?*" Mille volti, mille storie, e qualcuna viene raccontata proprio in questo libro attraverso la voce e i ricordi di Pirolli che, dietro a quelle mura, ha lavorato con passione per anni e che racconta, spesso con affetto e nostalgia, le avventure e le disavventure dei personaggi che vivevano lì. "Un modo per ridare voce a chi, di voce, non ne ha avuta mai..." (Pirolli, 2017)

Significativa, al riguardo, la sua intervista pubblicata sul periodico dell'Amministrazione Penitenziaria, "Le due città", nel mese di giugno 2002.

2.5.1 "Ti racconto il mio OPG"

"Chissà cosa c'è lì dentro? Chissà cosa si nasconde lì dentro? Chissà come sono le persone rinchiuso lì dentro? Saranno dei terribili mostri?"

L'OPG era il luogo dove erano rinchiuso persone con problemi psichiatrici che hanno commesso reati, oppure persone che manifestavano problematiche psichiatriche durante la detenzione.

Al primo impatto con l'OPG di Aversa, dove ho prestato servizio dal 1988, di fronte a persone tenute in uno stato di contenzione, mi resi conto che i concetti acquisiti durante il corso per infermiere erano inadeguati.

Mi posi questo interrogativo: "ho studiato, ho praticato tutte le ore di tirocinio che il corso stabilisce, che cosa dunque manca alla mia formazione professionale nel momento in cui l'ambiente OPG vanifica i miei propositi lavorativi?"

Mi resi conto, e con me molti colleghi, che non eravamo stati formati per lavorare in un OPG; non sapevo che esistesse la medicina penitenziaria e che l'infermiere potesse trovare lavoro non solo negli ospedali, ma anche nei centri penitenziari e quindi negli OPG.

Ho prestato la mia opera infermieristica in un reparto dove erano presenti in media 34 pazienti, liberi di muoversi all'interno del reparto stesso dalle ore 8.00 alle 20.00. Questi pazienti presentavano problemi psichici molto marcati e termini come paranoia, psicotico, autolesionista, depresso. Nella vita di reparto tutto si faceva più complicato e difficile poiché nel contesto psichiatrico non c'era un protocollo da seguire, ma molto veniva fatto empiricamente, a seconda della situazione che si presentava e in pochi attimi si poteva passare da una situazione di relativa tranquillità ad una di forte allarmismo. Lavorare in un OPG, non è stato semplice per nessuno, così come non era semplice riconoscere "la crisi" (quella vera) e l'urgenza psichiatrica che spesso non consentiva di effettuare un'azione precisa ed immediata.

Molte volte il concetto culturale della follia improvvisa ed imprevedibile, della violenza che si manifestava anche con gesti auto ed etero lesivi, potevano in realtà rivelarsi come espressioni plateali, impressionanti, appariscenti ma di basso rischio obiettivo.

Nel contesto OPG l'attività infermieristica era fondamentale, si doveva essere disponibili all'ascolto e alla comprensione di quanto stesse accadendo, di cosa era successo, prima di pianificare e attuare un programma d'intervento. Conoscere quindi l'ammalato, la sua storia, il suo vissuto, diventava di fondamentale importanza.

Nelle crisi psichiatriche, il linguaggio del paziente era composto da frasi come "vi ammazzo tutti, rompo tutto, mi taglio le vene, voglio morire, mi vogliono ammazzare, non ce la faccio più".

L'analisi di queste parole metteva in luce l'aspetto persecutorio di alcuni pazienti, la reazione a forti frustrazioni da parte di altri, ricatto e/o vendetta da parte di altri ancora.

Quali erano, dunque, le risposte dell'infermiere professionale in queste situazioni ?

Offerta di comprensione e di aiuto, rassicurare e auto rassicurarsi, dimostrare di saper gestire la situazione (anche se qualche volta non è vero) e frenare l'impulso di fare qualcosa ad ogni costo.

Il lavoro accanto a chi può mettere in atto tentativi di suicidio metteva in ansia il personale sanitario.

E' certo che la minaccia di suicidio aveva quasi sempre il valore di richiesta di aiuto, di comprensione, di sfogo e qualche volta anche di protagonismo. In questi casi era importante per l'infermiere partecipare emotivamente, esprimersi con toni solidali e pacati per rendere meno drammatica la situazione e far recedere il soggetto dai suoi propositi.

Sebbene non fosse facile valutare la certezza dell'intenzione (qualunque essa sia), ci si doveva rapportare con fermezza senza farsi contagiare dalla paura dell'ambiente circostante; l'intervento doveva essere diretto alla rassicurazione, al chiarimento, cercando di creare un clima di fiducia e di reale contatto con il paziente, la cui pericolosità era assai spesso il riflesso dell'ostilità dell'ambiente circostante o di forme di disadattamento.

La platealità e l'eccitamento, quando erano presenti, non sempre erano indice di pericolosità; purtroppo solo quando ogni tentativo risultava inutile si doveva ricorrere a mezzi di contenzione (quali legacci, fascette), risposta tristemente abituale di fronte ad un individuo che determinava, nel personale ad, detto la convinzione di una minaccia per la sicurezza degli altri degenti e per la sua stessa incolumità.

L'infermiere che lavorava in un OPG, indicativamente, seguiva, come linee generali nel suo piano di lavoro, i seguenti criteri:

- *Comprendere e valutare il caso;*
- *Rispettare i diritti del paziente e contemporaneamente assisterlo;*
- *Rispettare i limiti di legittimità dell'intervento (l'infermiere professionale non può sostituirsi al medico e non può ignorarne le disposizioni);*

- *Il primo approccio deve essere quanto più possibile il primo anello di una catena assistenziale e non l'inizio dell'emarginazione del malato psichiatrico;*

- *Ci si proponeva, per quanto era possibile, di rispettare i pazienti e fornirgli la più ampia disponibilità del programma di assistenza, individuando i bisogni prioritari e lavorando in collaborazione con le altre figure professionali presenti in istituto (educatori, assistenti sociali, psicologi, insegnanti).*

La vita e il lavoro di sezione si svolgevano a stretto contatto con una pluralità di soggetti, diversi anche per razza, cultura e religione.

In mezzo a tanta pluralità vi era una percentuale non trascurabile di pazienti affetti da malattie contagiose (epatite B, C, HIV) molte volte diagnosticate solo in istituto e nel tempo (da considerare i tempi di incubazione).

Nell'ambito degli OPG, lo screening per le malattie infettive e per quelle sessualmente trasmissibili doveva essere un obbligo per garantire la salute agli altri (il diritto di salute è per tutti) e fornire una qualità di assistenza migliore per tutti.

Non possiamo trascurare le problematiche che presentano i tanti giovani tossicodipendenti che vengono ricoverati in questo ambiente.

Molto spesso sono in condizioni psicofisiche così scadenti (epatopatici) che non si sa da dove cominciare. Il tossicomane presenta quasi sempre un quadro clinico di tipo confusionale o allucinatorio e le difficoltà maggiori, per noi infermieri, derivano dalla gestione di questi pazienti in un ambiente chiuso dove più spiccati erano i propositi di autolesionismo, violenze e l'ideazione spesso rivolta al suicidio.

Costretti all'astinenza totale, nei soggetti tossicomani si verifica quella situazione definita "sindrome di astinenza".

L'atteggiamento di tutto il personale nei confronti del tossicodipendente è di fondamentale importanza nel processo terapeutico, soprattutto nella fase di astinenza, seguita da quella di disintossicazione.

Seguirà poi la socioterapia riabilitativa per un futuro reinserimento sociale.

Nel nostro istituto si praticavano, con ottimi risultati, attività teatrali, corsi di ceramica, giardinaggio e allevamento di animali da cortile (pet-therapy).

I pazienti collaboravano, con l'equipe dell'unità riabilitativa, anche alla realizzazione e pubblicazione di un giornalino ("La storia di Nabuck").

I problemi, come si vede, non mancavano, ma la volontà di risolverli era tanta, purtroppo spesso mancavano i mezzi e soprattutto la formazione.

A questo proposito, noi infermieri professionali abbiamo partecipato alla selezione per titoli, per la riqualificazione verso il profilo di Capo Sala e molti di noi hanno brillantemente raggiunto gli obiettivi prefissati. E' stato inoltre attivato un laboratorio linguistico nell'ambito della diversità delle culture ed etnie.

Dinamicità condivisa con la Polizia Penitenziaria cui spesso ci si rivolge in quanto portatori di un bagaglio di esperienza notevole, da cui possiamo attingere modi, informazioni e cultura del lavoro in istituto. Dinamicità e comunicazione con tutti gli operatori del contesto, quindi non più infermieri dei "pazzi" ma "professionisti in salute mentale. (Pirolli, 2017)



FIGURA 3: ARMANDO PIROLLI, "TI RACCONTO IL MIO O.P.G.", LA RUOTA, 2017. [15]

2.6 Chiusura degli OPG

La politica si è nuovamente interessata alla delicata questione degli OPG, tanto che tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila vennero emanati una serie di decreti legislativi e di leggi, che confermavano la volontà delle più alte istituzioni dello Stato di intraprendere un graduale processo volto a migliorare le condizioni generali all'interno degli istituti penitenziari.

Quanto accadeva negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani è stato scoperto grazie a numerose denunce ed inchieste, mosse dalle istituzioni, nazionali e sovranazionali, volte a testimoniare la vita degli internati, privati della propria libertà e dei diritti fondamentali dell'uomo. Già nel 1994 la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica aveva ispezionato le strutture presenti sul territorio italiano; nel 2005 è spettato al Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa prendere atto di ciò che avveniva al loro interno; nel 2007 il Comitato per la Prevenzione della tortura, delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti del Consiglio d'Europa ha eseguito un sopralluogo nei reparti psichiatrici italiani, denunciando, in un dettagliato rapporto, soprattutto il ricorso alla contenzione, ancora largamente utilizzata. Tale pratica disumana non può essere giustificata né dalla mancanza di personale né dai comportamenti del paziente, nei quali crea *“sentimenti di cupezza, violenza e confusione”*. (Dell'Acqua, 2015)

Il contributo più importante è sicuramente stato quello dato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, che, nell'anno 2010, dopo aver eseguito delle visite a sorpresa in tutti e sei gli OPG presenti sul territorio italiano, ha presentato nel 2011 la Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ciò che emerge è un generale quadro clinico *“allarmante”* e *“indegno”*, sia per quanto riguarda l'assetto strutturale sia per le condizioni igienico-sanitarie, che per l'assistenza socio-sanitaria garantita ai pazienti.

Da tutto ciò emerge la necessità non di chiudere gli OPG, ma di ripensare il sistema, di formulare nuove misure di sicurezza detentive e non detentive. Un processo indubbiamente complesso, che interessava istituzioni, amministrazioni sanitarie,

Dipartimenti di Salute Mentale e prima di tutto i pazienti che vivevano e/o sopravvivevano all'interno degli OPG.

Nel 2008 il Governo emana il decreto n. 126, con cui definisce le modalità per il trasferimento delle competenze dal Dipartimento di amministrazione penitenziaria alle Aziende Sanitarie, in particolare l'art. 5 del decreto in questione prevede che la gestione degli OPG diventi competenza delle Regioni, e che spetti a queste l'organizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi.

Ciò che risulta decisivo ad avviare il processo di chiusura degli OPG è l'intervento presso il Governo italiano attuato dal Consiglio d'Europa nell'aprile 2008, a seguito della visita del Comitato per la Prevenzione delle Torture e dei Trattamenti inumani e degradanti (CPT) nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa. Il Consiglio d'Europa denuncia le gravi condizioni di degrado dell'istituto, le condizioni di abbandono degli internati, l'utilizzo diffuso e protratto dei mezzi di contenzione. Conseguentemente a tale intervento il Senato istituisce la Commissione parlamentare d'inchiesta per l'efficienza ed efficacia del Sistema sanitario nazionale che, nell'ambito dei suoi poteri ispettivi, attua nel giugno e luglio 2010, numerose visite, anche "a sorpresa", nei sei OPG di Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere.

Le condizioni strutturali, di gestione e di funzionamento, pure testimoniate in un video, evidenziano l'orrore delle strutture ed indicano come ineluttabile la loro chiusura. Il video fu mostrato prima ai parlamentari e successivamente al Presidente della Repubblica, che definì gli istituti "indegni di un paese appena civile". Nessuno può più dire di non sapere. (Del Giudice, 2019)

Il decreto legge n. 211 del 22/12/2011, convertito nella legge n. 9 del 17/02/2012, ha successivamente disposto la chiusura degli OPG, senza però fornire le sufficienti istruzioni e, a tal fine, tra l'inefficiente organizzazione e i cronici ritardi, è stato necessario posticipare il termine previsto. Successivamente, a due anni di distanza, il decreto legge n. 52 del 31/03/2014, convertito nella legge n. 81 del 30/05/2014, ha finalmente stabilito il definitivo abbandono di tale istituzione, introducendo rilevanti novità e prevedendo nuove misure di sicurezza detentive.

Capitolo 3: Un nuovo scenario infermieristico: le REMS

3.1 Dall'OPG alle REMS

La legge dichiara improrogabile la chiusura degli OPG il 31 marzo 2015.

Il Governo chiede, quindi, una maggiore tutela della salute mentale e l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e di segregazione, promuovendo la specificità delle misure terapeutiche in modo da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti affetti da disagio psichico.

Si acquisisce consapevolezza che la segregazione in tali luoghi non porti ad un'efficace cura.

Si opera un cambiamento notevole anche se forse non radicale. Da un lato scompaiono i sei OPG presenti sul territorio nazionale, dall'altro permane l'istituto della sicurezza detentiva, da scontare presso le nuove strutture sostitutive degli OPG, ovvero le R.E.M.S, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, idonee ad accogliere soggetti che, per ragioni di sicurezza e protezione, non potrebbero essere dimessi e/o rimessi in libertà.

Finalmente si assiste a quell'inversione di ruoli e priorità tanto auspicata: a differenza degli OPG, l'unica funzione svolta in tali strutture avrebbe riguardato la gestione sanitaria degli ospitati; infatti, "l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati" sarebbe stata svolta "nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente". (Pellegrino P. & Paulillo, 2018)

Queste strutture, quindi, avrebbero dovuto ospitare soggetti "provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime". Se, quindi, gli OPG erano solo 6 ed ospitavano internati di più regioni limitrofe, le REMS sarebbero state dislocate, in maniera omogenea e proporzionale al numero di abitanti, in ciascuna regione. Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza dovevano e devono, tutt'oggi, osservare le linee guida approvate dal Ministro della Salute in fatto di contenzione meccanica.

3.2 Istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

Dal 1° aprile 2015, l'esecuzione delle misure di sicurezza negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia sono state sostituite dall'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), come previsto dall'art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 – convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Dal 1° aprile 2015 la REMS, in Italia, indica una struttura sanitaria di accoglienza per gli autori di reato affetti da disturbi mentali (infermi di mente) nonché socialmente pericolosi. La gestione interna, in tali strutture, è di esclusiva competenza sanitaria, sotto il controllo del Dipartimento di Salute Mentale.

Si tratta di strutture residenziali con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, con permanenza transitoria ed eccezionale. L'internamento in REMS, è applicabile "solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente". (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, n.d.)

3.3 Funzioni

Lo scopo principale della progettazione delle REMS riguarda il livello di sicurezza, al fine di determinare condizioni strutturali e conseguentemente organizzative che consentano di:

- Fornire cure efficaci e un trattamento in grado di ridurre il rischio;
- Favorire il recupero e il sostegno ai pazienti all'interno di un percorso di cura che consenta la riduzione progressiva del livello d'intensità assistenziale e dei livelli di sicurezza necessari per il trattamento.

Si tratta, quindi, di un complesso equilibrio tra:

- Mantenimento della sicurezza dei pazienti e del personale;
- Realizzazione di un ambiente terapeutico rassicurante e protettivo;
- Inserimento positivo della struttura residenziale nella comunità locale

Una definizione articolata di standard strutturali consente di facilitare il modello di trattamento e percorso di cura, e di promuovere l'impegno della comunità per il recupero dei pazienti.

Inoltre, migliorare la progettazione dell'ambiente contribuisce a migliorare gli esiti garantendo la sicurezza dei pazienti, del personale e del pubblico, e fornendo un habitat comodo e sicuro.

Gli aspetti del trattamento terapeutico ed il livello di sicurezza sono strettamente correlati e devono essere affrontati nel loro complesso; un trattamento terapeutico riabilitativo efficace ed un appropriato livello di sicurezza sono fattori integrati, e non contrapposti tra loro.

È dunque necessario che la concreta declinazione di questi elementi garantisca la privacy e la dignità delle persone fornendo un ambiente sicuro e protetto per pazienti, personale e visitatori come parte integrante della fornitura di assistenza clinica.

Obiettivo è il superamento definitivo di ogni logica e di ogni struttura che rimandi al manicomio, ovvero all'espulsione, al nascondimento, alla coazione e all'internamento del malato e della malattia. (Ferracuti S., n.d.)

3.4 La presa in carico del paziente

Il giorno dell'entrata degli internati si articola in diverse fasi.

Gli infermieri accolgono l'assistito mostrandogli la struttura e la propria stanza.

Lo psichiatra e lo psicologo di turno effettuano un colloquio, compilano la cartella clinica che verrà successivamente firmata dal paziente. Al paziente verrà letta la carta dei servizi e il regolamento della struttura, informandolo delle regole vigenti nelle REMS. Al termine di tali operazioni preliminari, gli infermieri con lo psicologo o lo psichiatra accoglieranno la famiglia e le persone significative per l'internato, in modo da renderle edotte circa le possibili modalità attraverso le quali "stare vicino al proprio caro".

Le strategie di cura da applicare al paziente vengono definite dagli psichiatri e psicologi delle strutture in un progetto terapeutico riabilitativo "personalizzato".

Si tratta di un percorso clinico-assistenziale specificatamente definito per quel tipo di paziente, elaborato e periodicamente verificato dall'intera equipe multi-professionale: infermiere, psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore professionale.

La realizzazione di questo percorso non solo richiede una sua modulazione sui bisogni di ogni singolo paziente, ma anche la collaborazione di tutti gli operatori coinvolti, affinché egli possa raggiungere gli obiettivi terapeutici-riabilitativi individuati, condivisi dallo stesso paziente e dall'equipe al fine di potergli garantire, in un prossimo futuro, il "suo posto nella società".

Il programma elaborato deve essere strutturato in modo da garantire, per quanto possibile, la recovery (guarigione, recupero) dell'internato, favorendo il miglioramento dei comportamenti della persona. Il progetto deve declinare, inoltre, il rapporto con le famiglie, i permessi, le modalità d'incontro.

L'organizzazione delle REMS deve quindi garantire e favorire i contatti degli internati con la società e viceversa. Poiché il contatto e gli incontri con il nucleo familiare vengono considerati dei tasselli importanti nel percorso di guarigione, l'infermiere delle REMS dovrà tenere i contatti con la Magistratura di sorveglianza al fine di ottenere la concessione di licenze. Il loro conferimento deve essere garantito tanto durante la fase iniziale e finale della misura di sicurezza quanto durante l'intero percorso terapeutico dell'internato. (Fuggiano, 2015)

3.5 Relazione d'aiuto con il paziente psichiatrico

La Relazione di aiuto è un rapporto asimmetrico tra una persona che, per sua maturità, salute e conoscenza, è in condizioni di offrire e gestire un aiuto e mette ciò a disposizione di un'altra persona che è in una condizione di bisogno.

La relazione terapeutica tra paziente con problematiche di salute mentale e infermiere è fondamentale. La capacità di accoglimento e di comprensione dei bisogni del paziente da parte dell'operatore facilita la riuscita del percorso terapeutico e stimola il lavoro dell'infermiere stesso che si sente gratificato dal constatare il miglioramento del paziente, il quale a sua volta percepisce aiuto e accettazione.

Specificatamente si tratta della capacità di sentire, di essere presenti nella relazione, di saper entrare in contatto con il paziente, comprenderne le richieste, i bisogni, i suoi

punti di vista. Mentre il paziente riferisce o manifesta dei sintomi, l'operatore cerca di capirne la natura, la gravità, le caratteristiche. Per effettuare una valutazione, è necessario che l'operatore si lasci coinvolgere dai problemi del paziente, con un atteggiamento di disponibilità e uno sforzo di comprensione; egli deve cercare di far diventare suoi i problemi dell'altro. Questo processo costituisce il cosiddetto "atteggiamento empatico", quale capacità di identificarsi con l'altro e di vivere le sue situazioni, qualunque esse siano, positive e/o negative.

L'infermiere, quindi, deve essere attento, misurato, calibrato, paziente per paziente e momento per momento, illuminato dalla tecnica e con pieno controllo ed uso delle proprie emozioni.

Entrare in relazione con il paziente significa, in buona sostanza, prendersene cura, prestargli attenzione, mostrare sollecitudine ed interesse nei suoi confronti. Questo è alla base di una relazione terapeutica. (Cannella B., 1994)

Essa implica uno scambio interpersonale reciproco tra infermiere e assistito e richiede una pratica riflessiva. Quindi questo concetto comporta capacità di:

- Autoconsapevolezza
- Autocoscienza
- Empatia
- Consapevolezza dei confini e dei limiti del proprio ruolo

E' importante porre attenzione a quella che viene definita distanza terapeutica, ovvero il mantenere una corretta distanza nella relazione d'aiuto. Infatti, in ogni tipo di relazione interpersonale, è presente il concetto di transfert e controtransfert.

Per transfert (o traslazione) s'intende un meccanismo mentale per il quale ogni individuo tende a spostare schemi di sentimenti e pensieri relativi ad una relazione significativa su una persona coinvolta in una relazione interpersonale attuale. Questa proiezione può essere positiva (transfert positivo), con connotazioni di stima, affetto, amore, oppure avere una valenza negativa (transfert negativo), quando le emozioni messe in gioco dal transfert sono per lo più di competitività, invidia, gelosia, aggressività. Conseguentemente si parla di controtransfert per intendere la reazione immediata, emotiva e affettiva al transfert del paziente da parte di chi dovrebbe sostenere la funzione. Per Alexander Lowen transfert e controtransfert sono il ponte attraverso il quale le idee e le sensazioni fluiscono tra due persone. (Aruta, n.d.)

La dimensione della relazione terapeutica permette una valorizzazione del tutto specifica del ruolo dell'infermiere in psichiatria. Egli, infatti, può svolgere ed esercitare, attraverso il rapporto incardinato, un'attività clinica e/o terapeutica su un sapere scientifico e su tecniche specifiche da riversare sul paziente, assumendo, in tal modo, una posizione di assoluto rilievo all'interno dell'equipe psichiatrica.

Il progetto terapeutico elaborato dallo "staff" curante viene sviluppato attraverso l'elaborazione di piani di lavoro, puntualmente garantiti proprio dall'infermiere.

Egli lavora insieme al paziente per ridurre il malessere psicologico che accompagna o costituisce la malattia mentale o, come accade nei casi più gravi, per aiutarlo a convivere con la propria sofferenza.

Presupposto per una valida relazione d'aiuto è stabilire un clima empatico tra paziente e infermiere.

Solo se si è riusciti a conquistare la fiducia del paziente si può stabilire un'alleanza di lavoro che comporterà benefici per il paziente ovvero ottime possibilità di recupero psico-fisico.

3.6 Viaggio nelle REMS

Alla data di settembre 2017 esistevano 29 REMS in tutta Italia. (Frediani, 2017)

Una delle prime REMS ad essere aperta è stata quella di San Nicola Baronia in Campania. A tal proposito, risulta significativa l'analisi del Dott. Amerigo Russo, direttore della REMS, il quale si è così espresso in un'intervista rilasciata sul Portale di News dell'emittente televisiva Canale 58:

“L'ambiente delle REMS è pensato affinché gli ospiti all'interno vivano un periodo transitorio dove strutturano relazioni e vivono la quotidianità. La REMS di San Nicola Baronia è integrata con la comunità e viceversa. Ospita 20 pazienti, che hanno commesso reati (la maggior parte contro la persona) in seguito a malattia mentale. Quindi, nelle REMS in genere, è presente un nesso tra malattia mentale e reato commesso. Per norma, una persona che commette reato senza che ne abbia consapevolezza, non può essere punita ma curata. Per questo le REMS sostituiscono i vecchi OPG, nei quali era privilegiata la pena, non la cura”.

Difatti, obiettivo primario della permanenza in REMS è la cura.

Continua: *“La cura della persona consente la cura della malattia. Quindi curando i sintomi che hanno portato al verificarsi del reato, si può curare la malattia”*. Inoltre: *“Se c’è cura, c’è possibilità che l’incidenza di reiterazione di reato sia bassa, quasi nulla. Per questo siamo una struttura sanitaria, dotata dal punto di vista assistenziale, della presenza h.24 di infermieri, OSS e tecnici della riabilitazione psichiatrica”*.

Le fondamenta sulle quali le REMS sono state concepite è il Principio di Territorialità.

A tal proposito il direttore si esprime così: *“Le REMS lavorano in sintonia con le ASL del territorio, che inviano i pazienti, già in cura presso di esse, in tali strutture. Successivamente, seguendo programmi riabilitativi individualizzati per ogni paziente, si ha la continuità della cura e la riabilitazione, che sono da ritenersi momenti fondamentali”*.

Riguardo eventuali modifiche da apportare sul sistema, il direttore si esprime: *“La REMS è espressione del Dipartimento di Salute Mentale; è un’area e come tale deve esserci una migliore collaborazione tra le ASL di appartenenza che mandano i pazienti e le REMS stesse. Manca formazione, manca cultura, manca integrazione. L’obiettivo non è recludere, ma includere. La REMS è il territorio.”*

A testimonianza di come la cura e la riabilitazione siano molto importanti, il 26 luglio 2019, alle ore 9.00, presso la REMS di Naso, in provincia di Messina, a completamento di un piano terapeutico-riabilitativo individuale, un giovane paziente internato, in misura di sicurezza, ha ottenuto la Laurea in Ingegneria Informatica con il Politecnico di Milano.

(2019)

Il suo nome è Gabriel ed è nella REMS siciliana dal settembre 2018, a seguito di un’ordinanza del Tribunale Di Sorveglianza di Messina. Una volta completati i colloqui psichiatrici e psicoterapeutici del team della REMS, Gabriel ha deciso di riprendere gli studi universitari che aveva abbandonato a causa dell’acuirsi della sua patologia. Gli specialisti della struttura, dopo l’autorizzazione del Tribunale, hanno stabilito un accordo con il Politecnico di Milano, permettendo a Gabriel di sostenere gli esami universitari e laurearsi a distanza tramite Skype. I familiari di Gabriel, secondo il regolamento della struttura, hanno assistito alla seduta di laurea e organizzato un rinfresco al quale il giovane neolaureato ha partecipato accompagnato dal personale

della struttura. Si tratta di un evento unico in Italia, è la prima volta che un ospite di REMS si laurea durante l'esecuzione della misura restrittiva.

Questo evento dovrebbe far comprendere che grazie alla professionalità degli operatori sanitari e ai percorsi riabilitativi personalizzati è possibile mettere a frutto le potenzialità individuali delle persone affette da disturbi mentali. Anche quando il percorso riabilitativo sembra particolarmente difficile e lungo, si può sempre migliorare la propria condizione di vita.

Capitolo 4: La figura dell'infermiere nelle REMS

4.1 Assistenza infermieristica agli infermi di mente autori di reato

Precedentemente alle REMS, la vita degli infermieri all'interno dei manicomi criminali era scandita da una serie di rigide regole.

Olivia Fiorilli (Fiorilli, 2009) osserva come il loro ruolo fosse quello di soddisfare i bisogni primari e reprimere ogni atteggiamento considerato inadeguato per l'istituzione, con contenzioni meccaniche, bagni freddi, camicie di forza, celle di isolamento. (Ageing, 1978)

Oggi, invece, uno studio qualitativo sul ruolo infermieristico ha raccolto le attuali prospettive su ciò che caratterizza l'assistenza infermieristica rivolta agli infermi di mente autori di reato, indagando sull'esperienza e sulla percezione che gli infermieri hanno del proprio operato. Come strumento è stata utilizzata l'intervista semi-strutturata e i dati raccolti sono stati catalogati in: formazione e preparazione, motivazioni e impatto emotivo legati al ruolo nella struttura.

Da qui risulta come nessun infermiere abbia titoli specifici, ad esempio il master in salute mentale-psichiatria; per far parte della struttura REMS hanno partecipato ad un corso di formazione, previsto dalla legge, per poter affrontare al meglio il nuovo contesto. Con questo corso da un lato vengono colmate le lacune conoscitive della laurea triennale, dall'altro vengono placate le preoccupazioni derivanti dalla scarsa conoscenza sulle modalità lavorative.

Inizialmente, per gli infermieri, la REMS è stata vista come un'opportunità e non come una scelta; paura e timori dei primi periodi hanno ceduto il posto a emozioni positive.

Infatti la paura era spesso per il paziente, per il suo passato delinquenziale. Oggi gli infermieri si ritengono soddisfatti del proprio lavoro. La relazione e la comunicazione con l'utente occupano una posizione di primato rispetto alle pratiche infermieristiche; il termine "infermieristico" viene utilizzato per far riferimento all'aspetto puramente tecnico della professione, il quale caratterizza più gli altri reparti ospedalieri che le REMS stesse. L'assistenza infermieristica è, più che altro, di supporto; alcuni infermieri intervistati in REMS, affermano che se in ospedale vi è una scaletta da seguire (gli orari delle terapie, valutazione di segni e sintomi delle eventuali complicanze delle malattie dei pazienti), in REMS non vi sono schemi e l'assistenza consiste nel relazionarsi, nel saper ascoltare; la parte infermieristica, invece, consiste prettamente nella somministrazione della terapia e procedure come prelievi, applicazione di medicazioni, fasciature.

Gli infermieri, nel descrivere il loro ruolo, hanno individuato interventi che corrispondono alle definizioni di alcuni NIC tra cui :

- ascolto attivo;
- promozione dell'integrità della famiglia;
- sostegno in relazione alle risorse economiche. (La Residenza per l'emissione delle misure di sicurezza in Sardegna Studio qualitativo sul ruolo infermieristico, 2020)

In conclusione, l'assistenza infermieristica in tali strutture va a fondarsi sulla relazione con il paziente; il principale compito consiste, quindi, nel provocare un cambiamento nei comportamenti degli assistiti.

4.2 Attività ed interventi attuati in REMS: analisi di studi qualitativi

La REMS possiede una storia relativamente recente e ciò si manifesta, sul piano bibliografico, con un'assenza di letteratura inerente l'argomento. Anche in altre nazioni l'interessamento per questo ruolo è nato in tempi recenti.

Tuttavia sono stati condotti degli studi qualitativi che hanno evidenziato come gli interventi messi in pratica all'interno delle REMS sono focalizzati maggiormente sull'umanizzazione delle cure piuttosto che sulla detenzione, dimostrando come si sia passati da un approccio custodialistico a uno curativo.

Un esempio è fornito dalla musicoterapia che si definisce come l'utilizzo della musica per aiutare l'assistito. Essa viene utilizzata in diversi contesti psichiatrici, anche in altri paesi del mondo, per gestire gli impulsi negativi del paziente. Diversi studi, infatti, dimostrano quanto la musicoterapia, nel contesto psichiatrico forense, si dimostri efficace sia nell'accelerare i processi di cambiamento comportamentale, (Reininghaus, 2007) sia nel migliorare i rapporti tra i pazienti. (Happell, 2003)

I risultati della ricerca condotta da Hakvoort Stefan Bogaerts et al. suggeriscono che la capacità di gestione della rabbia sono migliorate tra gli assistiti, quindi ciò dimostra l'efficacia con esiti del tutto positivi. (Hakvoort, 2015)

Il benessere e la guarigione, inoltre, sono garantiti dallo svolgimento di altre attività terapeutiche, sia ludiche che sportive, quali ping-pong, calcetto, giardinaggio, al fine di creare un'armonia tra i partecipanti.

Possono essere proiettati, in una sala adibita, anche film scelti da psicologi e psicoterapeuti per far riflettere i pazienti su determinate tematiche, emozioni o sensazioni che l'equipe sceglie di voler affrontare.

Altri studi dimostrano come l'ascolto attivo sia fondamentale nel contesto psichiatrico, senza il quale la comunicazione e la relazione non possono essere considerati efficaci. Difatti gli infermieri, come anche gli OSS, assicurano presenza e sostegno emozionale, i quali servono per avere una conoscenza approfondita del paziente, al fine di poterne anche prevenire atti autolesivi. Lo scopo dell'equipe, e quindi degli infermieri, è quello di ridurre la sintomatologia e di far sviluppare personalità e capacità relazionali. Il raggiungimento di questo obiettivo si ottiene attraverso le uscite dalla struttura che vengono concesse ai pazienti, accompagnati dal personale infermieristico e dagli OSS, previa autorizzazione del magistrato.

L'obiettivo primario che viene raggiunto, attraverso questa serie di attività praticate dagli utenti all'interno delle REMS, è il reinserimento sociale, indispensabile per permettere a tali persone di ricollocarsi nel mondo.

Capitolo 5: REMS e Salute Mentale al tempo del Coronavirus

5.1 Emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus Sars-CoV-2

Una “emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale” è un evento straordinario di diffusione di una malattia che può costituire un rischio di salute pubblica per gli Stati e richiede potenzialmente una risposta coordinata a livello internazionale. Ciò implica un evento grave, improvviso, insolito o inaspettato; comporta ricadute per la salute pubblica oltre il confine nazionale dello Stato colpito.

A livello internazionale, il 30 gennaio 2020, la malattia da nuovo Coronavirus Covid-19 è stata dichiarata un'emergenza di sanità pubblica.

5.1.1 Cosa sono i Coronavirus

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East respiratory syndrome*) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe acute respiratory syndrome*). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie.

I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo.

Il 9 gennaio 2020 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) ha dichiarato che le autorità sanitarie cinesi hanno individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e classificato in seguito ufficialmente con il nome di Sars-CoV-2. L'11 febbraio 2020. L'OMS ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata COVID 19.

5.1.2 Sintomi e diagnosi

I sintomi più comuni di un'infezione da coronavirus nell'uomo includono febbre, tosse, difficoltà respiratorie. Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte. In particolare:

- I *coronavirus umani comuni* di solito causano malattie del tratto respiratorio superiore da lievi a moderate, come il comune raffreddore, che durano per un breve periodo di tempo. I sintomi possono includere:
 - Rinorrea
 - Cefalea
 - Tosse
 - Gola infiammata
 - febbre
 - Sensazione generale di malessere.

I coronavirus umani a volte possono causare malattie del tratto respiratorio inferiore, come polmonite o bronchite. Questo è più comune nelle persone con preesistenti patologie croniche dell'apparato cardio-vascolare e/o respiratorio, e soggetti con un sistema immunitario indebolito, nei neonati e negli anziani.

- *Altri coronavirus umani* che hanno fatto il salto specie, come per esempio MERS-CoV e SARS-CoV, possono causare sintomi gravi. I sintomi della sindrome respiratoria mediorientale di solito includono febbre, tosse e respiro affannoso che spesso progrediscono in polmonite e circa 3 o 4 casi su 10 sono risultati letali. I casi di MERS continuano a verificarsi, principalmente nella penisola arabica. I sintomi della sindrome respiratoria acuta grave, per la quale non si registrano più casi dal 2004 in nessuna parte del mondo, includevano febbre, brividi e dolori muscolari che di solito progredivano in polmonite.

5.1.3 Trasmissione, prevenzione e trattamento

I coronavirus umani si trasmettono da una persona infetta a un'altra attraverso:

- la saliva, tossendo e starnutendo
- contatti diretti personali

- le mani, ad esempio toccando con le mani contaminate (non ancora lavate) bocca, naso o occhi
- contaminazione fecale (raramente).

Sulla base dei dati al momento disponibili, l'OMS ribadisce che il contatto con i casi sintomatici (persone che hanno contratto l'infezione e hanno già manifestato i sintomi della malattia) è il motore principale della trasmissione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2.

L'OMS è a conoscenza di una possibile trasmissione del virus da persone infette ma ancora asintomatiche. In base a quanto già noto sugli altri coronavirus (ad es. MERS-CoV), sappiamo che l'infezione asintomatica potrebbe essere rara e che la trasmissione del virus da casi asintomatici è possibile, ma non frequente. Sulla base di questi dati, l'OMS conclude che la trasmissione da casi asintomatici probabilmente non è uno dei motori principali della trasmissione del nuovo coronavirus SARS-CoV-2.

Le principali finalità delle misure di prevenzione, protezione e controllo sono di tutela della salute sia della gente del territorio, sia degli assistiti/pazienti e sia degli operatori sanitari, come medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali territoriali, personale infermieristico e personale presente negli studi medici.

Le principali misure riguardano 3 ambiti:

- Misure che riguardano prevalentemente la gestione nei setting ambulatoriali: da misure di carattere più generale (igiene delle mani) a quelle più specifiche (utilizzo di DPI, indicazioni per sanificazione e disinfezioni ambienti) e di carattere organizzativo;
- Misure che riguardano le modalità organizzative e di gestione dei soggetti a rischio infettivo o dei casi confermati da Covid -19: in particolare in sorveglianza e isolamento fiduciario domiciliare;
- Informazione e sensibilizzazione degli assistiti: finalizzate ad assicurare la massima adesione alle indicazioni generali e alle raccomandazioni per soggetti a rischio e per i destinatari di misure di sorveglianza e isolamento fiduciario domiciliare. (Tutto sulla pandemia di Sars-CoV-2, n.d.)

Per quanto concerne il trattamento del COVID-19, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) fornisce sul proprio sito informazioni sui farmaci utilizzati al di fuori delle sperimentazioni cliniche, come quelli commercializzati per altre indicazioni che

vengono resi disponibili ai pazienti, pur in assenza di indicazione terapeutica specifica per il COVID-19, sulla base di evidenze scientifiche spesso piuttosto limitate. (Aggiornamento sui farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia covid 19, n.d.) (Da quando, l'11 gennaio 2020, è stata pubblicata la sequenza genetica del virus SARS-CoV-2, scienziati, industrie e altre organizzazioni in tutto il mondo hanno collaborato per sviluppare il prima possibile vaccini sicuri ed efficaci contro il COVID-19. (Tutto sulla pandemia di Sars-CoV-2, n.d.)

5.2 Salute mentale e Covid19

L'osservatorio sul superamento degli OPG e delle REMS e il coordinamento nazionale DSM REMS hanno effettuato un monitoraggio sull'impatto dell'emergenza da COVID-19 nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Sulla salute mentale al tempo del coronavirus si è detto più volte che se l'emergenza comporta pesanti effetti sulla vita di tutti i cittadini, questi effetti, ma è perfino ovvio, sono certamente più gravi per le persone con sofferenza mentale, per i più anziani, per le persone con disabilità e con malattie croniche, per i detenuti e per tutte le persone "rinchiuse in istituti". Così come è chiaro che questa emergenza provocherà conseguenze a lungo termine, anche per gli effetti della crisi economica e occupazionale che si profila. Le forti sofferenze che ne derivano per le persone, devono essere affrontate, come ha dichiarato la Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, in primo luogo con misure economiche e occupazionali. Non sono e non devono essere rappresentate come un problema psichiatrico. Ciò non significa sottovalutare le gravi preoccupazioni per la salute mentale della popolazione, il rischio di abbandono di persone con sofferenza mentale e dei loro familiari. Per questo è decisivo che i servizi sociali e sanitari, i DSM, proseguano, pur con tutte le precauzioni del caso, la loro attività nel territorio. Questa emergenza ha svelato clamorosamente gli effetti devastanti dei tagli alla sanità e alle politiche sociali pubbliche di questi anni, ma ha sancito il fallimento del modello sanitario custodialista, fondato sul ricovero. Abbiamo visto cosa è successo, in termini di maggiori sofferenze e di morti, quando l'ospedale (ma pensiamo alle strutture residenziali per anziani) è stata la risposta prevalente all'epidemia. Ciò peraltro è avvenuto per la debolezza del sistema di assistenza socio-

sanitaria territoriale. L'esperienza di questa emergenza ci insegna che occorre rilanciare il modello di salute di comunità, praticato nei luoghi della vita quotidiana, a domicilio, nei servizi territoriali di prossimità: proprio il modello che si è radicalmente opposto all'istituzione manicomiale e che ancora oggi, per la salute mentale, per le malattie croniche, per la non autosufficienza, può ispirare l'innovazione necessaria del nostro welfare, anche per reagire all'emergenza e alla crisi. (Cecconi, 2020)

5.3 Servizi psichiatrici ai tempi di Covid-19

L'infezione da SARS-Cov2 (COVID-19) è diventata rapidamente una pandemia e quindi un grave problema di salute e di ordine pubblico. In questo contesto, tutta l'attenzione dei protocolli di cura, delle autorità e dei media è andata verso l'emergenza sanitaria e, in ambito medico, verso la terapia intensiva, la rianimazione, la medicina d'urgenza.

Le difficoltà nell'affrontare la diffusione del contagio hanno interessato quindi le fasce più deboli della popolazione e le realtà comunitarie che le assistono: sicuramente le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), ma anche le comunità per disabili e quelle psichiatriche.

I Centri di Riabilitazione Psichiatrica si sono dovuti, in un primo momento, autogestire per adattarsi ai protocolli e per scongiurare e contenere il contagio. Seppur l'attenzione delle autorità pubbliche sia stata rivolta principalmente agli Ospedali generali, incredibilmente positiva è stata l'attiva collaborazione tra le Direzioni, i medici, il personale e gli ospiti stessi delle strutture, che consente di contenere i danni in questo difficile periodo storico. Insomma, una forte assunzione di responsabilità da parte di tutti.

In questa situazione si è pensato di realizzare il monitoraggio sulle REMS. Con la speranza di offrire un'occasione, proprio nella difficile situazione di emergenza che stiamo vivendo, per rimettere in marcia il processo riformatore della legge 81/2014, che ha chiuso gli OPG e avviato un nuovo percorso per affrontare il complesso tema del rapporto fra diritto alla tutela della salute mentale e giustizia.

5.3.1 I questionari

La raccolta dei dati (Cecconi, 2020) è avvenuta tramite un questionario, inviato nel mese di aprile 2020 a tutte le REMS, accompagnato da una Lettera ai responsabili delle strutture. Hanno risposto al questionario n. 27 REMS, per un totale di 443 posti disponibili (su un totale di 606 posti). Va precisato che al momento della rilevazione, ad aprile 2020, le 26 REMS che hanno risposto ospitavano 393 pazienti (con un indice di occupazione del 88,7%). Non hanno invece risposto le REMS di Naso (20 posti) e di Pisticci MT (10 posti); ma soprattutto non ha inviato i dati richiesti il sistema REMS di Castiglione delle Stiviere, che per caratteristiche e dimensioni, con oltre 120 pazienti concentrati in sei padiglioni facenti parte dell'area dell'ex OPG, merita di vedere organizzato uno specifico approfondimento. Dalla rilevazione emergono, in estrema sintesi, questi dati:

- un tasso di infezione negli utenti limitato (una sola REMS con due pazienti contagiati); mentre in cinque REMS ci sono stati operatori infettati;
- in tutte le REMS risulta siano state attuate le misure di prevenzione previste dalle circolari ministeriali, compreso, per quanto possibile, il distanziamento sociale; ove possibile si è cercato anche di organizzare gli spazi con camere singole;
- sono state ridotte le attività esterne e le visite, e ciò inevitabilmente ha comportato difficoltà;
- sono però aumentate le attività interne, le telefonate e le videochiamate;
- il clima interno e la collaborazione vengono in generale dichiarati essere piuttosto buoni; vengono utilizzati come indicatori, ad esempio: un basso numero di eventi avversi, nessuna contenzione fisica e azione di protesta;
- risultano invece peggiorate le collaborazioni con Dipartimenti di Salute Mentale e Magistratura e di conseguenza le progettualità.

Dalla pur parziale rilevazione offerta dal questionario, e considerando i limiti di un monitoraggio effettuato a distanza e limitato ad alcuni indicatori, il questionario segnala una buona risposta all'emergenza COVID-19 del sistema REMS e indica alcune linee per il lavoro futuro.

Le principali si riferiscono:

alla necessità di linee guida e protocolli di sicurezza e per il mantenimento delle attività durante il lockdown (considerate possibili future restrizioni); e all'utilizzo delle nuove tecnologie per contatti con l'esterno, lavoro e formazione a distanza, ecc, e nei rapporti con DSM e Magistratura.

Sono anche emerse riflessioni sul futuro del "modello delle REMS": devono restare o diventare di piccole dimensioni, sono indispensabili ampi spazi esterni e accesso a parchi e spazi cittadini, sarebbe utile prevedere accanto alle REMS altre soluzioni abitative che potrebbero affiancarsi (o persino sostituire) i modelli residenziali REMS.

In ogni caso, rimane decisiva l'attuazione della legge 81/2014 che individua la detenzione in REMS come extrema ratio e raccomanda l'attuazione precoce dei progetti per le dimissioni. Ciò però reclama un maggiore sostegno al personale e alle REMS da parte dei DSM.

In questo senso è indispensabile un accordo quadro nazionale Stato-Regioni sui protocolli tra Regione-Asl (DSM/REMS), Magistrature e la riattivazione dell'Organismo di Monitoraggio Nazionale. (Aggiornamento sui farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia covid 19, n.d.)

5.4 La giornata dei pazienti psichiatrici

Molti pazienti psichiatrici che si trovano nelle REMS italiane, hanno avuto un comportamento esemplare. Se si eccettuano pochi casi singoli, che comprensibilmente hanno mal tollerato inizialmente le restrizioni, la maggior parte degli assistiti è stata estremamente collaborativa, comprensiva e di sostegno al lavoro di medici, infermieri e personale con gratitudine visibile, spesso anche dichiarata. Si è cercato di garantire il più possibile lo svolgimento delle consuete attività riabilitative, garantendo le distanze di sicurezza e tutte le precauzioni raccomandate. Un altro punto importante è stata la continua informazione degli operatori, tramite comunicati e circolari e riunioni periodiche. (Aggiornamento sui farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia covid 19, n.d.)

Durante questo periodo di pandemia globale, molti pazienti, ma anche operatori sanitari, hanno deciso di raccontarsi, scrivendo di sé e delle loro giornate passate in REMS, delle loro sensazioni e di quanto il Covid-19 stesse influenzando le loro vite.

5.5 Merope writing blog

“Storiedirems” è il blog dei pazienti e medici della REMS Merope, dove vengono raccolte le storie e i “Pensieri in ordine sparso di chi dentro già c’era mentre il mondo cominciava a chiudersi su sé stesso”. Uno strumento di comunicazione con l’esterno, una bellissima iniziativa in giorni di restrizioni per tutti, che per loro si aggiungono a quelle già previste.

La REMS Merope è una delle tre Residenze per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza gestite dalla ASL Roma5, una delle due nel territorio di Palombara Sabina.

“Merope è una stella, che trae ispirazione dalla mitologia greca. Tra le sette sorelle fu l’unica ad aver sposato un mortale che, tra l’altro, nella sua vita sfidò più volte gli dei. Per questo motivo tra le sette stelle che compongono le Pleiadi Merope si nasconde e si vergogna, corrispondendo nel cielo alla meno luminosa delle stelle dette Sette Sorelle del cielo. E allora chissà che con questo blog, si possa superare la vergogna di un matrimonio folle, tra giustizia e psichiatria”.

5.5.1 “Come fosse un discorso”

Giorno n... di quarantena. È da un po’ che ho smesso di contarli.

Adesso le mie giornate sono scandite da una malinconica, inesorabile, “murata” routine. Sì, perché quella che avevo prima non era una routine, era la mia vita! Se dovessi immaginare di rappresentare una routine, questa mi apparirebbe come un qualcosa di svincolato da sentimenti: ogni giorno uguale a sé stessa, immobile, informe, monotona.

La mia vita invece, prima di questa quarantena, era immersa di colori, di profumi, di sorrisi, di incontri, di abbracci. Ah gli abbracci. Quanto mi mancano! Ogni tanto (ma non lo dite a nessuno) strappo un abbraccio ai miei colleghi, dimenticandomi che non si può. È vero, questa non è una regola qualsiasi, ma è come se la mia fiducia verso di loro andasse oltre la paura di ammalarmi, o forse perché il mio bisogno di affetto le sovrasta tutte.

(...)

Non riesco a vedere un domani al di là di oggi, e, per una come me che programma e organizza qualsiasi cosa, il non riuscire a vedere una fine a tutto questo, è quasi una tortura *cinese*.

(....)

Ieri mi sono accorta che era tantissimo tempo che non guardavo fuori dalla finestra della REMS, abituata a rispettare così scrupolosamente le regole.

Ci sono le grate alle finestre. Maledette grate.

“Cazzo, sono carcerata anche io. A casa, qui. Sono carcerata. Dove è la mia libertà? Fottutissimo virus, e fottutissima me che vivrei sempre con la valigia sul letto”. “Se fossi diversa tutto questo forse mi farebbe meno male”.

Mi sono fatta quasi male nel tentativo di spingere il mio viso contro di esse per apprezzare quanto più possibile quel panorama meraviglioso! Mentre guido sto attenta alla strada e ai posti di blocco per rendermi conto realmente di ciò che ho attorno. La primavera. Mi sono accorta dei ciliegi, che stanno iniziando a fiorire, e poi ho scorto dei piccoli focolai, non quelli del virus eh, quei piccoli fuochi che gli agricoltori utilizzano per bruciare le sterpaglie. Ce n'erano tantissimi! E poi le rondini, che meraviglia.

Tutti gli anni nidificano sotto i balconi della REMS. Solo che questa volta, se dovesse capitare la caduta dal nido di qualche rondinella, come spesso è capitato in passato, non potremmo aiutarla. (Non fate quella faccia su! Sono un'infermiera, ce l'ho nel sangue di aiutare il prossimo!)

Il Sole scaldava le grate, e scaldava un po' anche il mio cuore, così solo e pieno di pensieri...e allora facciamoli volare via questi pensieri, così come quelle rondini nel cielo!

...andrà tutto bene. (Infermiera, 08 aprile 2020). (Storie di rems, n.d.)

5.5.2 “Vagli a spiegare che è primavera”

Non c'erano più le uscite esterne, la spesa al mercato, il caffè al bar. Ma c'erano quelle due ore di sole nel parcheggio dell'ospedale dove, senza la fretta delle commissioni da sbrigare, si ascolta musica, si gioca a pallone, e si parla più, magari passeggiando al sole e non dietro una scrivania.

(.....)

E noi operatori? In un contesto lavorativo come il nostro non si può parlare solo di cooperazione o collaborazione. Condividiamo spesso momenti difficili e situazioni connotate da forte emotività, alcuni non avremmo potuto affrontarli senza il supporto dell'affetto che nutriamo l'uno nei confronti dell'altro. E adesso. Adesso non possiamo più abbracciarci, darci una pacca sulla spalla, prenderci la mano, adesso anche tra di noi c'è una distanza sospesa. Ci guardiamo da dietro le nostre mascherine, sorridendoci con gli occhi. Cercando di esprimere con le parole ciò che è precluso ai gesti.

(.....)

Dall'inizio della quarantena ho sempre evitato di pormi scadenze, ho cercato di vivere ogni giorno concesso cercando di dare importanza alle fondamentali piccole cose, che si tratti osservare una piccola pianta bagnata dalla pioggia, o realizzare con sollievo che siamo ancora in grado di ridere insieme, nonostante tutto. (Infermiera, 03 aprile 2020). (Storie di rems, n.d.)

5.5.3 “N.4”

Sono il paziente numero 4. Numero quattro perché è dove tengo i miei effetti personali. È già da un po' che sono alla REMS di Palombara Sabina, e oggi, che è il 17 marzo, stiamo fronteggiando un virus che è nato in Cina e chiamato Coronavirus. Gli Italiani sono invitati dal Governo a rimanere in casa. Si esce solo per andare al supermercato, oppure alla posta, o per andare in farmacia.

Ma soprattutto, secondo me, per sconfiggere questo virus noi tutti dobbiamo rimanere a casa e lavarci spesso le mani col sapone, almeno per un minuto. Per me anche chi lavora in ambito ambulatoriale deve andare al lavoro. e deve munirsi di mascherine.

Purtroppo in Italia sono più i morti che quelli che lo hanno sconfitto. E' un campanellino d'allarme e secondo me il “belpaese” dobbiamo abatterlo tutti, per un'Italia che si rialzi, perché nella vita si cade, ma l'importante è rialzarsi e fare tesoro della caduta.

(Ospite N.4, 17 marzo 2020) (Storie di rems, n.d.)

Conclusioni

Al termine del complesso iter che ha portato alla decisione di chiudere definitivamente gli OPG ed alla consequenziale istituzione delle REMS, non vanno sottaciute le problematiche tuttora esistenti. Se, infatti, da un lato si è passati ad una fase di inefficienza e quindi abbandono degli OPG, dall'altro ci si domanda se le REMS saranno in grado di fornire la migliore soluzione in termini di cura ed assistenza nei confronti di coloro che soffrono di disagio psichico, valorizzando i processi formativi e decisionali degli operatori tutti e garantendo, al tempo stesso, la tutela, i diritti e le libertà fondamentali della persona umana, che sono sanciti dalla nostra Carta Costituzionale. Quanto sopra anche nella prospettiva di salvaguardare la collettività, che potrebbe essere danneggiata da chi manifesta una chiara e grave pericolosità sociale.

Ancora oggi non sono disponibili evidenze scientifiche e/o studi dai quali evincere percentuali di guarigione di pazienti ospiti delle REMS, data, comunque, anche la loro recente istituzione.

Quel che è possibile affermare è che persiste una grave carenza di risorse economiche e personale, posto che le patologie psichiatriche sono in costante aumento, tanto da posizionarsi nei primi posti in ordine alle malattie. Inoltre, la limitata disponibilità dei posti all'interno di tali nuove strutture comporta non poche problematiche.

Per la risoluzione di tali problematiche, il Consiglio Superiore della Magistratura auspica "una costante integrazione funzionale" tra gli Uffici di Sorveglianza, quali organi giudiziari preposti alla vigilanza sulla esecuzione delle misure di sicurezza, i Dipartimenti di Salute Mentale e le sue unità operative complesse nonché le Direzioni delle REMS, quali organi deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiche, e gli uffici UEPE, aventi una funzione di controllo e supporto sociale alle persone affette da malattia psichica collocate sul territorio.

Un lavoro, questo, che richiede competenze precise e si avvale nella chiarezza del lavoro congiunto. Questo deve ovviamente essere facilitato da formazione, cultura e ricerca, volti alla cura e a riabilitare il paziente nella società.

Difatti, il momento riabilitativo, vero fulcro in salute mentale è, secondo Henderson (1980), l'oggetto di studio ed intervento dell'infermiere. D'altro canto, secondo King (1981), lavorare sulla leva del recupero o mantenimento dei ruoli della persona,

permette di rimettere la persona al centro come protagonista, nonostante la patologia di cui soffre.

È importante considerare come la sicurezza e la libertà sono due costanti che rappresentano le pietre miliari di ogni società, e ciò deve persistere anche all'interno di tali strutture. Il paziente non deve mai rinunciare alla sua libertà personale e alla sua dignità.

Deve essere garantito il reinserimento del paziente stesso all'interno della collettività, grazie a percorsi riabilitativi idonei. Ovviamente deve essere costante la partecipazione della persona stessa nel recupero del suo benessere psicofisico, insieme ad un sostegno empatico e alla collaborazione di tutto il personale sanitario, in particolare di quello infermieristico.

Vero è che dal punto di vista infermieristico manca una qualifica specifica che chiarisca la figura di infermiere in tale contesto, dato che non è presente e non è riconosciuta come specialità. Difatti, è in corso un dibattito volto a stabilire se l'infermiere psichiatrico forense possa essere riconosciuto come specialità effettiva.

È ormai di dominio pubblico l'importanza che assume la formazione in ambito lavorativo sia nelle pubbliche amministrazioni sia nelle organizzazioni. La formazione, infatti, è una leva strategica sia per consentire lo sviluppo professionale del singolo soggetto che per garantire adeguate prestazioni lavorative. Nelle pubbliche amministrazioni è da diversi anni che la formazione ha assunto un ruolo primario nei C.C.N.L di riferimento. Ma la sua centralità non sempre ha trovato e trova un regolare riscontro nella vita lavorativa. Per quanto detto assume significato l'esigenza di formazione, in particolare per gli infermieri, affinché non siano costretti, come purtroppo tutt'oggi accade, ad inventarsi le loro competenze.

L'infermiere psichiatrico forense deve divenire un professionista che collabora in equipe per la realizzazione di un progetto che riguarda la riqualificazione e la vita futura del paziente psichiatrico autore di reato; deve quindi essere inteso come figura propositiva e centrale di un percorso terapeutico, cardine essenziale di questo tipo di attività.

In conclusione, l'infermiere risulta essere l'unico professionista garante della continuità assistenziale: deve salvaguardare la sicurezza dei singoli pazienti, la sua personale, ma anche degli altri operatori; deve migliorare la vita dell'ospite, far sì che possa essere reinserito nella società, pronto a vivere una vita degna di essere vissuta.

Dunque, occorre formazione e informazione continua, un'educazione permanente, flessibile e aperta ai bisogni dell'utenza, in quanto il lavoro infermieristico non è un lavoro statico ma dinamico.

Bibliografia e sitografia

(s.d.). Tratto da Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia

(s.d.). Tratto da storiadirems.wordpress.com

(2019). Tratto da <http://www.messinatoday.it>

Ageing, H. L. (1978). *Strumenti e terapie nelle cure psichiatriche: estratti dall'archivio storico dell'ospedale psichiatrico di Girifalco*.

Aggiornamento sui farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia covid 19. (s.d.). Tratto da <https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

Aruta, C. (s.d.). *Transfert e controtransfert. Psicologia, psicoterapia e mediazione*. Tratto da <http://www.mediazionefamiliaremilano.it>

Basaglia, F. (1967). *Che cos'è la Psichiatria*. Baldini, Castoldi.

Betti, M. &. (1997). *Psichiatria e igiene mentale. Ruolo e funzioni dell'infermiere*. Milano: McGraw-Hill.

Burla, F. (2013). *Manuale di psicologia clinica e psicopatologia*. Piccin.

Cannella B., C. P. (1994). *L' infermiere e il suo paziente. Il contributo del modello psicoanalitico alla comprensione della relazione d'aiuto*. Torino: Il segnalibro Editore.

Cecconi, S. (2020). *Rems e salute mentale al tempo del Coronavirus*. Tratto da <http://www.sossanita.org>

Coronavirus emergenza psichiatrica. (s.d.). Tratto da www.fatebenefratelli.it/blog/coronavirus-emergenza-psichiatrica-centro-santambrogio-fatebenefratelli

Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 30 Giugno 2000. (s.d.). Tratto da https://www.penale.it/legislaz/dpr_30_6_00_230.html

Del Giudice, G. (2019). *Gli OPG sono chiusi, ma le misure di sicurezza sono dure a morire*. Tratto da <http://www.sossanita.org/archives/5683>

Dell'Acqua, G. (2015). Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione. In *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*. Merano: Edizioni alpha beta Verlag.

Di Santo, S. (2018). *Chiusura dei manicomi e l'addio alle città dei matti*. Tratto da <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/legge-basaglia-chiusura-manicomi.html>

Fiorilli, O. (2009). *Infermiere in manicomio prima della 180: narrare esperienze tra cura e custodia 1968-78*.

Frediani, C. (2017). Il lato oscuro delle REMS metà dei pazienti rinchiusi prima ancora del giudizio. *La Stampa*.

- Fuggiano, B. (2015). *C'erano una volta gli OPG, adesso ci sono le rems*. Tratto da <http://www.fattodiritto.it/cerano-una-volta-gli-o-p-g-adesso-ci-sono-le-r-e-m-s/>
- Hakvoort, L. B. (2015). *Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients*.
- Happell, B. P. (2003). *Stress and burnout in forensic psychiatric nursing*.
- La nave dei folli*. (s.d.). Tratto da Milanoplatinum.com: <https://www.milanoplatinum.com/la-nave-dei-folli.html>
- La Residenza per l'emissione delle misure di sicurezza in Sardegna Studio qualitativo sul ruolo infermieristico*. (2020). Tratto da <http://www.simedet.eu>
- Melani, G. (s.d.). *La riforma del manicomio e la nascita dell'OPG*. Tratto da <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/cap3.html>
- Menichetti, E. (2017). *La comunicazione con il paziente psichiatrico*. Tratto da <http://www.irms.it>
- Pellegrino P. & Paulillo, G. (2018). *Dopo l'OPG: legge 81/2014 e ordinamento penitenziario*. Tratto da <http://www.sossanita.org/archives/3443>
- Pirolli, A. (2017). *Ti racconto il mio O.P.G.* La Ruota.
- Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. (1968, 03 18). *Gazzetta Ufficiale*.
- Regolamento sui manicomi e sugli alienati. (1909, 09 16). *Gazzetta Ufficiale*.
- Reininghaus, U. C. (2007). *The High Secure Psychiatric Hospitals' Nursing Staff Stress Survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault*. .
- Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza*. (s.d.). Tratto da https://it.wikipedia.org/wiki/Residenza_per_l'esecuzione_delle_misure_di_sicurezza
- S. Ferracuti, G. N. (s.d.). *Il futuro sono le REMS?* Tratto da <http://www.sanita.it>
- Salvato, E. (2018). *Antonia Bernardini, la storia della donna che morì legata "come Cristo in croce" nel manicomio giudiziario di Pozzuoli*. Tratto da ilFattoQuotidiano.it
- Tobino, M. (1972). *Per le antiche scale*. Mondadori.
- Tobino, M. (2001). *Le libere donne di Magliano*. Mondadori.
- Tutto sulla pandemia di Sars-CoV-2*. (s.d.). Tratto da <http://www.epicentro.iss.it>

Ringraziamenti

Questo traguardo lo dedico a tutte le persone che in questi anni mi sono state a fianco ed hanno contribuito, direttamente o indirettamente, al mio percorso di studi.

Ringrazio l'Università Politecnica delle Marche, i Professori del Polo didattico di Macerata e tutti gli Operatori Sanitari dell'Ospedale di Macerata che hanno contribuito alla mia formazione studentesca e lavorativa futura.

Un ringraziamento speciale va al Dott. Federico Cotticelli, che mi ha accompagnato per questo ultimo lavoro di Tesi.

Ringrazio Alessio, perché mi ha dato la forza di non cedere alle prime difficoltà, alternando un gioco di spada e scudo formidabile.

Ringrazio Antonella, perché mi è sempre stata vicina durante questo mio percorso e non ha mai smesso di sopportarmi e supportarmi. E' sempre stata lì, non mi ha mai lasciato da sola e ha sempre continuato a credere in me, anche quando io non riuscivo a farlo. Grazie. Oggi la mia laurea la condivido con te.

Ringrazio gli amici, i parenti e la mia famiglia; mio fratello e mia sorella che, anche se lontani, mi hanno sempre incoraggiata a portare a compimento questo percorso; ringrazio i miei genitori, che sono il pilastro della mia vita. La mia laurea è il coronamento degli insegnamenti che ho ricevuto da voi.

Grazie al mio amato papà, perché mi ha insegnato e dato i migliori consigli da custodire nel mio bagaglio di vita; chiunque io sia diventata oggi è grazie a lui.

Grazie alla mia amata mamma, perché il legame che ci unisce è grandioso. Il suo sogno più grande è sempre stato quello di vedermi laureata, e oggi posso dire che ce l'abbiamo fatta.

Infine, ringrazio me stessa perché, in fin dei conti, non ho mai smesso di credere in questo sogno.

