



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**RUOLO DELL'INFERMIERE
NEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO E
NELL'ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**

Relatore:
Dott.sa Silvia GIACOMELLI

Tesi di Laurea di:
Gabriele COLACI

A.A. 2020/2021

A mio padre Francesco e mia madre Cosima

INDICE:

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	pag. 1

CAPITOLO 1: Evoluzione della Psichiatria

1.1 La Salute Mentale: dalla riforma Basaglia a oggi	pag. 2
1.2 Consenso informato	pag. 5
1.3 L'Accertamento Sanitario Obbligatorio	pag. 6
1.4 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio	pag. 7

CAPITOLO 2: Il ruolo dell'infermiere in Psichiatria

2.1 L'infermiere e la Salute Mentale	pag. 11
2.2 Ruolo dell'infermiere nel CSM	pag. 12
2.3 Ruolo dell'infermiere nel SPDC	pag. 14
2.4 La contenzione	pag. 16
2.5 Ruolo dell'infermiere nelle Strutture Residenziali	pag. 25

CAPITOLO 3: Obiettivi e quesiti di ricerca

3.1 Obiettivi	pag. 27
3.2 Materiali e metodi	pag. 27
3.3 Analisi dei risultati	pag. 29
3.4 Discussione	pag. 51

CAPITOLO 4: Conclusioni	pag. 52
--------------------------------------	----------------

ALLEGATI

ACRONIMI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Background: Nell'elaborato è stata analizzata l'evoluzione della psichiatria a partire dalla rivoluzione culturale elaborata da Franco BASAGLIA negli anni Settanta, che ha determinato l'emanazione della legge 180. In Italia, le indicazioni al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) sono regolate dalla Legge 180 del 13/05/1978. La riforma è stata completata con la legge n.° 9 del 2012, che ha decretato la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e il passaggio di tutte le competenze sanitarie in ambito carcerario al Dipartimento di Salute Mentale, in applicazione del D.P.C.M. 01/04/2008.

Sono state descritte le strutture che lo compongono, e il ruolo infermieristico in ciascuna di esse, specificando l'importanza che tale operatore riveste evidenziandone competenze e funzioni, che vanno dagli aspetti clinici alla globalità delle problematiche relazionali e sociali del paziente psichiatrico.

Materiali e metodi: Ricerca bibliografica e somministrazione di questionario a risposta multipla ad infermieri che hanno lavorato con pazienti psichiatrici.

Risultati: È emerso che le conoscenze degli intervistati sono risultate buone per quanto riguarda le procedure di protocolli, mentre si evidenzia che vorrebbero avere una formazione specifica nella fase di inserimento in contesti psichiatrici, gestione del paziente aggressivo, modalità e strategie di coinvolgimento di utenti e familiari.

Conclusioni: Dopo aver estrapolato dati ed informazioni dal questionario si evince che l'isolamento e la contenzione meccanica sono i provvedimenti più comunemente usati per la gestione del comportamento aggressivo e violento e sono considerati "sostanzialmente efficaci nel ridurre l'agitazione e prevenire lesioni", l'importante è evitare un uso inappropriato degli stessi in quanto è un atto di limitazione della libertà personale che deve essere evitato quanto più possibile.

Gli intervistati si sono dimostrati consapevoli di non essere completamente preparati, questo può essere dovuto alla carenza di informazioni specifiche fornite dai corsi frequentati sporadicamente o con modalità non standardizzate e comunque vorrebbero che gli fossero impartiti con più frequenza corsi di formazione (E-training) e riunioni multidisciplinari per discutere le problematiche emerse nei trattamenti terapeutici.

INTRODUZIONE

Il professor Clemente (2020) sottolinea che l'articolo 32 della Costituzione Italiana garantisce il diritto alla tutela della salute fisica e psichica e sottolinea che tale tutela deve essere attuata nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

In un'ampia accezione, quindi, ogni trattamento sanitario tendente a perseguire il benessere fisico e psichico di un cittadino, deve essere libero e voluto essendo *“la libertà individuale inviolabile”* (articolo 13 della Costituzione della Repubblica) come ribadito dall'avvocato penalista Santoro (2018).

Tuttavia, esistono precise situazioni in cui è possibile derogare a questo principio e, quindi, attuare obbligatoriamente un trattamento nei confronti di un cittadino.

I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori rappresentano, quindi, atti di carattere eccezionale rispetto alla generalità dei trattamenti sanitari necessariamente volontari.

Fra i casi espressamente previsti dalle leggi dello Stato, l'ipotesi più rilevante riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per sofferenza mentale, che riceve la propria disciplina nella Legge 833/1978 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).

La legge assicura garanzie alla persona sottoposta agli interventi sanitari obbligatori e fa corrispondere alle crescenti limitazioni della libertà personale livelli crescenti di garanzia. Le garanzie giurisdizionali e amministrative sono destinate a porre dei limiti all'autonomia decisionale del medico, cui viene riconosciuto il grandissimo potere di avviare il procedimento di limitazione della libertà personale.

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

Collabora con lo psichiatra, il medico della ASL e la polizia municipale garantendo un'assistenza di non facile erogazione.

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

Per questo studio è stato somministrato un questionario con lo scopo di indagare le conoscenze, competenze tecniche, emotive e relazionali erogate dall'infermiere al paziente nell'ambito della salute mentale.

Le domande somministrate hanno riguardato argomenti quali: contenzione fisica, eventuali aggressioni/violenze, relazione terapeutica infermiere/paziente, protocolli/procedure, corsi formazione, stigma, debriefing dopo aggressioni o TSO , aumenti di casi psichiatrici durante la pandemia di COVID-19.

CAPITOLO 1: Evoluzione della Psichiatria

1.1 La Salute Mentale: dalla riforma Basaglia a oggi

Prima dell'introduzione della legge 180/1978 – cosiddetta legge Basaglia – era in vigore la legge 36 del 1904 (legge Giolitti), titolata Disposizioni sui manicomi e sugli alienati.

Custodia e cura degli alienati

Tale legge prevedeva che “le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi” dovessero essere custodite proprio nei manicomi.

Prima c'erano i manicomi, con tutto il carico dei loro terribili orpelli: fili spinati, cinghie di cuoio, camicie di forza, carcerieri, whisky, cloroformio e paraldeide. Botte e acqua fresca. Fetori nauseanti e strutture fatiscenti. Prima c'erano i “matti”, gli alienati, con la loro follia da confinare, da tenere lontana dalla collettività, da contenere.

C'erano celle di isolamento, occultamento e cronicizzazione di quello che era – e, forse, continua ad essere ancora oggi – uno scandalo sociale: la malattia mentale.

Prima c'erano guardiani scelti in base alle doti fisiche piuttosto che intellettive e c'erano cose, non persone. Cose da lavare e vestire, legare e fustigare.

“Sto chiuso tutto il giorno, respiro la stessa aria, la stessa puzza de fogna che stava dentro a quei reparti, facevo la stessa vita che fanno i pazienti per cui... io infermiere so' matto come loro. Questa è l'istituzione”. Questa citazione è stata estrapolata dal film documentario sugli infermieri Eroi del Padiglione 25.

Prima, però, c'era anche chi si sentiva divorare da tutto questo e sognava una rivoluzione del sistema, una rivoluzione culturale esplosa il 13 maggio 1978, culminando nell'approvazione della Legge Basaglia.

La legge Basaglia è stata la prima legge a imporre la chiusura dei manicomi, come citato dall'autrice Franca Ongaro (1997) regolamentando il Trattamento Sanitario Obbligatorio e portando alla nascita dei servizi di igiene mentale pubblici. L'Italia è stata, in pratica, il primo Paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici.

Nasce una riforma che nessun altro paese dell'occidente ha avuto, benché vi fossero nella legge numerose lacune dovute al fatto che per scongiurare un confronto referendario promosso dai radicali di Marco Pannella fosse stata approvata con molta fretta.

La legge fondava sulle idee di Basaglia ma non prevedeva tra i suoi undici articoli nessun riferimento all'istituzione dell'organizzazione dei servizi che avrebbero dovuto sostituire il manicomio, né decretava l'abolizione e il superamento limitandosi a cancellare la possibilità di internamento, vietando nuovi ingressi coercitivi e proibendone la costruzione di nuovi.

La legge ha posto solo le basi della riforma che per essere attuata ha richiesto parecchio tempo, infatti gli atti legislativi che ne hanno permesso l'applicazione sono stati emanati solo nel 1996.

I punti cruciali della Legge 180/78

Nel giro di pochi mesi la Legge Basaglia venne inserita all'interno della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (la legge 833 del dicembre 1978); i suoi punti chiave:

- Eliminazione del concetto di pericolosità per sé e gli altri: trattamento sanitario in psichiatria basato sul diritto della persona alla cura e alla salute
- Rispetto dei diritti umani (ad esempio, diritto di comunicare e diritto di voto)

- Disposizione di chiusura degli OP su tutto il territorio nazionale
- Costruzione di strutture alternative al manicomio
- Servizi psichiatrici territoriali come fulcro dell'assistenza psichiatrica
- Istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie
- Trattamento sanitario di norma volontario: prevenzione, cura e riabilitazione
- Interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedaliero: Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)
- Introduzione del concetto di "correlazione funzionale" tra SPDC o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.

“Franco Basaglia dimostrò che assistere i folli in un altro modo si può”.

Un comunicatore istintivo, un neuropsichiatra interessato più al malato che alla malattia e che intrecciava in modo scandaloso filosofia e psichiatria.

Per questo, perché era in controtendenza rispetto a buona parte della classe medica del tempo, da Padova (dove studiò) fu spedito a Gorizia, in un manicomio di frontiera.

Dopo il primo, terribile, impatto con l'ospedale psichiatrico di Gorizia, Basaglia dimostrò che si può assistere persone folli in un altro modo.

Vennero aperti i cancelli, i pazienti furono lasciati liberi di passeggiare, di consumare i pasti all'aperto, di lavorare.

Si iniziò a prestare attenzione alle condizioni di vita degli internati, ai loro bisogni e si organizzarono assemblee di reparto e assemblee plenarie.

Per effetto della Legge venne predisposta la chiusura definitiva dei manicomi, stabilendo il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e aprendo così la via alla rivoluzione in campo della salute mentale: non più contenitiva ma integrativa rispetto la società e riabilitativa verso la persona malata.

Altra grande novità riguarda lo spostamento, extra ospedaliero, della centralità funzionale del servizio: nell'articolo 6 del testo normativo è infatti palesemente

indicato che “gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri “. Questo genera quindi l’antefatto normativo utile alla creazione dei Centri di Salute Mentale (CSM).

Con la legge Basaglia, in altre parole, viene meno, da un lato, la differenza fra il malato psichiatrico e tutti gli altri malati, e, dall’altro, viene meno lo stereotipo scientifico, radicato nella concezione del folle come di un soggetto pericoloso per sé e per la collettività: da qui il principio della volontarietà dei trattamenti e accertamenti sanitari e della funzione essenzialmente terapeutica dei ricoveri anche coatti (TSO).

Con essa sono cadute le due convinzioni per cui l’unico rimedio utile ad ovviare alla presunta pericolosità di certe malattie mentali sia l’isolamento e la sorveglianza del malato, e quella secondo la quale per una corretta ed adeguata terapia sia necessaria l’osservazione ed il controllo continuo, attuabile solamente in regime ospedaliero.

1.2 Il consenso informato

Il consenso informato è il presupposto per la legittimità dell’attività medica. Infatti, vige il principio per il quale nessuno può essere sottoposto a trattamenti medici contro la sua volontà (art. 32 della Costituzione).

Ogni intervento o terapia, invasivo o no, necessita dell’assenso dell’interessato, deve essere consapevole, ovvero deve essere preceduto da un’adeguata informativa riguardo alle caratteristiche, ai rischi e alle finalità dell’intervento.

Il consenso informato è pertanto espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, ed è un diritto della persona, che trova fondamento direttamente nei principi espressi dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione.

Infine, anche qualora il consenso sia stato concesso, il paziente è sempre libero di ritirarlo in qualsiasi momento.

Nel caso in cui il soggetto interessato non sia nelle condizioni di esprimere validamente il consenso allora questo deve essere richiesto al soggetto che il paziente ha delegato.

Nel caso di minorenni il consenso va espresso dal soggetto che esercita la responsabilità dei genitori.

In particolare, in caso di urgenza (cioè nelle situazioni in cui si è in presenza di un soggetto che non è in grado di formulare l'assenso e che è in pericolo imminente per la sua salute) il medico è tenuto ad intervenire e la sua attività è pienamente legittima, giacché sia il codice civile, sia il codice penale garantiscono i sanitari che intervengono in caso di necessità e urgenza, cioè per salvare una persona da un rischio grave e imminente per la sua salute.

1.3 L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio è una procedura valida in tutta Italia che può essere fatta con carattere d'urgenza o in tempi non immediati. In entrambi i casi, è necessaria l'ordinanza del sindaco del Comune in cui risiede il paziente.

Viene eseguito su un paziente con problemi psichici critici che rifiuta di sottoporsi volontariamente ad una visita medica.

Il risultato dell'ASO può essere:

- negativo: non verrà, in questo caso, deciso alcun trattamento particolare;
- positivo: verrà proposto un trattamento sanitario volontario, sempre che il paziente accetti le cure;
- interlocutorio: il medico decide di rivisitare il paziente entro 72 ore prima di stabilire eventuali trattamenti;
- di media criticità: viene deciso per il paziente un TSO, cioè un Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- di alta criticità: succede quando l'ASO mostra una situazione di urgenza che richiede il trasporto presso il Dipartimento di emergenza psichiatrica più vicino per un trattamento sanitario.

Per ottenere l'Accertamento Sanitario Obbligatorio serve un certificato del medico di famiglia o dell'Ufficio di Igiene Mentale. Per i casi meno urgenti, l'ASO deve essere

eseguito al massimo entro sette giorni. Quelli che presentano una situazione più critica, invece, verranno realizzati entro due giorni.

Pertanto, l'ASO viene richiesto da un medico attraverso il relativo certificato quando sospetta di avere davanti un paziente con problemi psichici critici che rifiuta di essere sottoposto alla visita medica ma che necessita di un intervento terapeutico urgente.

L'ASO viene disposto, su proposta del medico, con un'ordinanza firmata dal sindaco del Comune interessato in qualità di Autorità Sanitaria Locale. L'ordinanza dovrà riportare il luogo in cui si svolgerà l'accertamento, vale a dire il Pronto Soccorso, il Centro di Salute Mentale, l'ambulatorio, presso il domicilio del paziente. Non di certo in un reparto riservato alla degenza ospedaliera.

L'ordinanza viene richiesta perché, a tutti gli effetti, l'ASO rappresenta una privazione della libertà personale del paziente, ragion per cui l'accertamento deve durare il tempo strettamente necessario alla visita medica. Affinché vengano garantiti i diritti del paziente, l'ASO deve essere eseguito in un luogo di facile accesso a eventuali testimoni che certifichino la regolarità della procedura.

1.4 Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

L'articolo 34 della legge 833/78 disciplina, come detto, il Trattamento Sanitario Obbligatorio che consiste in un ricovero coatto del paziente per finalità terapeutiche e costituisce un'eccezione espressamente prevista dal legislatore all'art. 32, comma 2 Cost., in cui appunto si afferma il principio che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non imposto dalla legge.

Dal momento che, nell'ottica della Legge Basaglia, la volontarietà del trattamento sanitario è la regola, è necessario riuscire ad ottenere il consenso, così come previsto dal comma 5 dell'articolo 1 della Legge Basaglia che prevede che il Trattamento Sanitario Obbligatorio debba essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e perciò la sua attuazione è soggetta a ferrei limiti.

I presupposti del Trattamento Sanitario Obbligatorio sono tre e devono coesistere e sono:

- l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici (art. 34, comma 4 l. 833/78);
- la mancata accettazione degli interventi terapeutici da parte dell'infermo di mente;
- la mancanza di condizioni per adottare tempestive ed idonee misure al di fuori di una struttura ospedaliera.

Le principali patologie che possono determinare compromissione della libertà decisionale si possono classificare in:

- Alterazioni dello stato di coscienza: Delirium;
- Schizofrenia ed altri disturbi psicotici;
- Disturbi organici con particolare riferimento alle demenze;
- Disturbi d'ansia;
- Disturbi di personalità;
- Disturbi affettivi.

Dunque, la Legge Basaglia tralascia del tutto la nozione di pericolosità, quale criterio necessario per attuare il ricovero coatto, concentrandosi esclusivamente sulla malattia e, pertanto, il paziente viene ricoverato soltanto se ciò si riveli necessario alla sua salute.

È opportuno, tuttavia, precisare che per le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici sono di fatto quelle che danno luogo a pericolosità, intesa con un significato più ampio; inoltre, ciò che determina l'applicazione del ricovero coatto non è l'urgenza in quanto tale, ma la necessità di esso, nell'interesse primario del malato.

Il legislatore, a garanzia di diritti fondamentali del cittadino, si è preoccupato di descrivere nel dettaglio l'iter procedurale che accompagna l'attuazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale.

Il TSO viene proposto da un medico, non necessariamente psichiatra, la cui proposta viene convalidata da un altro medico dell'Unità Sanitaria Locale e la convalida viene, poi, trasmessa al sindaco.

Nella pratica quotidiana accade, talvolta, che proposta e convalida vengano inviate contemporaneamente al fine di rendere più celere la procedura.

Il sindaco dispone il TSO, entro le 48 ore successive, notificandolo al giudice tutelare. Quest'ultimo, entro le 48 ore successive all'adozione del provvedimento del sindaco, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

Abbiamo due convalide e, dunque, due controlli: il primo di carattere medico investe la proposta ed è effettuato da un medico, il secondo di carattere giuridico investe il provvedimento del sindaco ed è effettuato dal giudice, il cui provvedimento viene poi visitato dal Pubblico Ministero.

Il provvedimento emanato ha la durata di sette giorni e alla scadenza può essere rinnovato qualora se ne riscontrino i presupposti.

L'art. 3, comma 5 della legge 180/78, inoltre, obbliga il sanitario responsabile del servizio psichiatrico a comunicare al sindaco, in caso di dimissione del paziente, la cessazione delle condizioni sulla base delle quali era stato disposto il TSO e lo stesso iter deve essere percorso quando non si ravvisi l'utilità di proseguire il trattamento.

L'intervento del sindaco è una novità ed assurge ad un ruolo di garanzia poiché consente di configurare la malattia mentale come una questione sanitaria non più come un tempo di pubblica sicurezza.

La legislazione precedente, infatti, conferiva all'autorità giudiziaria il potere di disporre il ricovero volontario e, nei casi di urgenza, era l'autorità di pubblica sicurezza ad ordinarlo.

Attualmente, invece, il nuovo procedimento si colloca nella sfera sanitaria, sottraendosi (almeno da un punto di vista formale) a legami di altra natura.

L'autorità giudiziaria interviene nel procedimento nelle vesti del giudice tutelare, chiamato, come accennato, a conoscere il potere coattivo di cura, nonché a svolgere rispetto ad esso una funzione di controllo.

Il principio ispiratore della Legge Basaglia richiede che la cura e la riabilitazione del paziente psichiatrico siano attuati prevalentemente da presidi extra ospedalieri, per far sì che la gestione del disturbo mentale sia attribuita a servizi dipartimentali distribuiti nel territorio.

La proposta di ricovero coatto può però prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera, ma soltanto in presenza dei tre presupposti precedentemente analizzati.

Il TSO in condizioni di degenza ospedaliera si svolge in appositi Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, siti all'interno degli ospedali e strutturati in modo spazialmente autonomo rispetto alle altre parti degli stessi.

I principali Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi previsti dalla legislazione italiana si possono schematizzare come segue:

Non coattivi	Coattivi
<ul style="list-style-type: none">✓ Vaccinazioni (L. 689/81)✓ Accertamento del tasso alcolemico o dell'assunzione di stupefacenti secondo il codice stradale.✓ Accertamento sieropositività HIV per l'assunzione di ruoli militari o di polizia.	<ul style="list-style-type: none">✓ Malattie mentali (L.180/78).✓ Malattie veneree in fase contagiosa (L. 837/56).✓ Malattie infettive e diffuse, per provvedimenti di carattere nazionale e internazionale (R.D. 1265/34).

CAPITOLO 2: Il ruolo dell'infermiere in psichiatria

2.1 L'infermiere e la Salute Mentale

La figura dell'infermiere psichiatrico dal Giugno 1980 è stata eliminata definitivamente e sostituita dalla figura dell'infermiere professionale che svolge le sue attività all'interno delle strutture previste dalla legge.

Inizialmente le mansioni erano ancora troppo indefinite e l'infermiere finiva per essere la figura che sopperiva alle carenze svolgendo ruoli e funzioni spesso inferiori alle sue reali competenze, come mansioni da amministrativo, da portinaio/custode ecc.

Gradualmente l'infermiere comincia a conquistare spazi di autonomia e a collaborare alla pianificazione dell'assistenza.

La presa in carico dei pazienti passa all'équipe che, in maniera globale, crea una rete di interventi.

Gli infermieri territoriali diventano finalmente il riferimento primario del paziente psichiatrico per quanto riguarda la gestione della vita quotidiana. Ora gli infermieri si presentano come validi terapeuti.

Attualmente l'operato degli infermieri in ambito psichiatrico non si limita solo a livello territoriale, ma viene espletato in differenti luoghi e aree di intervento come hanno affermato dall'autore Betti e dal professore Di Fiorino (1997).

Dopo la promulgazione della legge 180/1978 ogni regione ha avuto la possibilità di prevedere e gestire in modo autonomo l'organizzazione del servizio territoriale articolato in Dipartimenti di Salute Mentale. L'obiettivo era quello di realizzare una rete di strutture sulla base del percorso di cura del paziente, cui fanno capo tutte le attività di assistenza psichiatrica. Il DSM ha permesso di evidenziare che questa tipologia di sofferenza umana è una delle più intense e richiede considerazione, cure e attenzione, l'organizzazione dipartimentale si è dimostrato il sistema di cura che ha permesso di passare da una psichiatria custodialistica a quella di prevenzione, cura e riabilitazione. Attualmente è il sistema che permette effettivamente di realizzare progetti terapeutici personalizzati. Il rischio è che, in alcune realtà, prevalga una medicalizzazione eccessiva della sofferenza mentale, trattata come malattia del corpo si arriva ad un'oggettivazione del paziente e una

prescrizione farmaceutica delle cure. Il DSM è dunque il modello di intervento territoriale integrato con l'organizzazione di servizi diversi in grado di assicurare unitarietà e continuità, ad esso vengono demandati compiti di programmazione di piani terapeutici e di risocializzazione, il coordinamento e la gestione dei poli operativi, l'integrazione col servizio ospedaliero, con la medicina di base, con i servizi per le tossicodipendenze e con i servizi di assistenza agli anziani, il collegamento con l'associazionismo dei familiari, con le cooperative sociali ed il volontariato; nonché la prevenzione e la gestione delle crisi, i tirocini professionali delle varie figure professionali. I servizi che lo costituiscono, interagendo tra di loro, 18 garantiscono che la persona possa avere una continuità terapeutica e assistenziale attraverso un percorso di cura personalizzato rispondente ai bisogni immediati e a lungo termine.

2.2 Ruolo dell'infermiere nel Centro di Salute Mentale (CSM)

L'infermiere è il professionista che nell'ambito della Salute Mentale svolge attività finalizzate a soddisfare i bisogni dell'assistito e della famiglia, laddove il disturbo mentale si configura attraverso una perdita di progettualità esistenziale che coinvolge l'individuo nella sua dimensione corporea, psicologica e sociale. Opera in tutte le strutture del Dipartimento di Salute Mentale (DSM): area della degenza (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura SPDC), area territoriale (CSM) e area riabilitativa.

Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e di coordinamento degli interventi psichiatrici nel territorio di competenza, al suo interno si realizza la presa in carico degli individui portatori di disturbo mentale, qui vengono formulati i programmi terapeutici, riabilitativi e di risocializzazione dell'individuo.

Ogni CSM applica diverse modalità di gestione del paziente e sviluppa la propria attività in base all'organizzazione definita.

“La caratteristica del ruolo propriamente operativo dell'infermiere è il dover operare all'interno di una cornice dettata da forte variabilità e in ambiti di “policontestualità”, infatti l'infermiere si trova spesso a supportare più persone diverse tra loro per tipologia di sofferenza, per caratteristiche individuali, per momenti diversi di vita in cui la malattia

si presenta e per molteplici ambienti e dinamiche che si evidenziano nella personalizzazione della presa in carico.

Questa multifattorialità è espressa in un continuo rapporto con altri professionisti operanti in Salute Mentale ma anche operanti in altre aree socio sanitarie”.

Da un punto di vista operativo un percorso di presa in carico si fonda sull’integrazione di attività specifiche sviluppate nell’ambito dell’équipe, si parte dalla diagnosi per individuare un Piano Assistenziale Individuale, rispondente ai bisogni di cura. Le attività che vengono elaborate sono: attività clinica, sia psichiatrica che psicologica che si concretizza in colloqui, psicoterapia, farmacoterapia, ambulatoriale e/o domiciliare finalizzate allo sviluppo della relazione terapeutica; attività riabilitativa ovvero tutte quelle prassi adottate per favorire il reinserimento nel contesto sociale.

Nel CSM la modalità operativa primaria è la visita domiciliare, che viene svolta con trattamenti differenti a seconda del tipo di intervento che viene effettuato, in urgenza o con modalità programmata.

La visita viene effettuata dallo psichiatra e dall’infermiere che valutano la gravità del paziente e dispongono il trattamento. Di fronte alla persona in stato di crisi è necessario riuscire a comunicare per convincerla a farsi aiutare spontaneamente evitando di intervenire con un Trattamento Sanitario Obbligatorio, che è da considerare, sempre, come ultima possibilità.

La visita domiciliare programmata si configura come modalità terapeutica fondamentale, in quanto permette al paziente di portare avanti il percorso terapeutico – riabilitativo nel proprio ambiente di vita, essendo totalmente gestita dall’infermiere è quella che permette maggiore autonomia e responsabilità professionale.

Normalmente viene affidata a due infermieri che regolarmente visitano il paziente a casa attraverso un programma concordato con lui e con i familiari.

L’infermiere deve quindi osservare tutti gli aspetti della persona a partire da quello igienico-personale ed ambientale, verificare la corretta assunzione della terapia, controllare i rapporti con i familiari e l’andamento dell’attività lavorativa se presente.

Le visite rappresentano un sostegno importante per il paziente ed i suoi familiari che sentono così di non essere soli, ma allo stesso tempo è fondamentale insegnare a gestirsi in modo autonomo.

Le visite devono essere effettuate dagli stessi infermieri in quanto è necessario del tempo per creare una relazione di fiducia, relazione che potrebbe venir meno sostituendo l'operatore di riferimento.

Quanto appreso e osservato durante la visita deve poi essere condiviso con l'équipe e in questo ambito analizzato, per verificare l'andamento del percorso e valutare l'opportunità di eventuali modifiche.

2.3 Ruolo dell'infermiere nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

A livello regionale dall'01/01/1979 sono stati istituiti i servizi psichiatrici delle USL (poi ASL)

- Situato presso l'Ospedale Generale
- Provvede alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero
- Trattamento Sanitario Volontario (TSV) o Obbligatorio (TSO)

Uno degli obiettivi prioritari del servizio è ridurre il più possibile la durata del ricovero ospedaliero, per affidare quanto prima il paziente alle strutture territoriali e quindi al suo ambiente.

La maggior parte di individui che arriva al ricovero è costituita da pazienti con psicosi, nevrosi e forme maggiori di depressione in fase acuta.

Gli interventi psichiatrici effettuati possono essere in regime di Ricovero Volontario (TSV) o Obbligatorio (TSO).

Il paziente all'arrivo in SPDC si trova in uno stato di crisi individuale caratterizzata da una sofferenza psichica acuta, spesso tale da richiedere interventi rapidi e contenitivi.

Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nella fase di accoglimento di un paziente in crisi acuta, pertanto l'infermiere per poter lavorare serenamente all'interno di questa struttura deve aver svolto un percorso formativo di preparazione in ingresso, la figura infermieristica è la più esposta e la più impegnata nelle relazioni quotidiane.

L'infermiere, che lavora in SPDC, dovrebbe possedere dei requisiti professionali quali:

1. capacità e necessità di fare una diagnosi infermieristica specifica per la psichiatria,
2. capacità di raccogliere elementi significativi per comprendere la mappa dei poteri,
3. capacità di evidenziare le modalità di auto-terapia utilizzate dal paziente,
4. possibilità di offrire al paziente un'esperienza emotiva correttiva d'équipe,
5. capacità di offrire antidoti efficaci alla solitudine,
6. lavorare in équipe per il raggiungimento di un obiettivo terapeutico condiviso.

L'infermiere è il professionista che si occupa in modo globale del paziente e che trascorre più ore con lui, questo comporta il compito di svolgere un articolato lavoro di osservazione e di fornire così all'équipe una serie di elementi indispensabili all'elaborazione del programma terapeutico adeguato.

In questo ambito l'operatore è chiamato ad impegnarsi in un rapporto umano col paziente imprevedibile e ricco di implicazioni emotive, deve quindi sapersi muovere in questo rapporto rispettando l'identità del paziente, affinché si possa realizzare un intervento efficace è poi indispensabile che l'infermiere sia in grado di identificarsi con il paziente e con i suoi problemi, poiché non identificarsi implica accettare la convinzione che lo psicotico sia incomprensibile e dunque incurabile.

Talvolta può essere necessario supportare il paziente, che presenta una regressione temporanea, nella cura dell'igiene, nell'alimentazione, nei suoi bisogni primari.

Deve essere in grado di offrirgli l'occasione di utilizzare il distacco dall'ambiente di provenienza e dal modo di funzionamento consueto della sua personalità, per riorganizzare il suo rapporto con sé stesso e con gli altri, stando a contatto con persone diverse e con modi relazionali differenti, deve saper riconoscere e trattare la realtà emotiva, affettiva e rappresentativa del paziente.

Per alcuni pazienti il ricovero rappresenta un necessario periodo di isolamento e silenzio che l'infermiere deve saper comprendere e rispettare.

Nei casi estremi si ricorre alla contenzione e alla sedazione farmacologica, che devono rappresentare comunque una soluzione ultima.

2.4 La Contenzione

La contenzione, come ribadito dal dottore e politico Benevelli (2019), è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti a tutela dell'incolumità dello stesso e di chi gli sta vicino. L'isolamento e la contenzione meccanica sono i provvedimenti più comunemente usati per la gestione del comportamento aggressivo e violento auto ed etero diretto, come hanno affermato gli psichiatri Fisher (1994) e Alty (1997).

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- Contenzione meccanica: applicazione presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- Contenzione chimica: somministrazione farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;
- Contenzione ambientale: attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;
- Contenzione psicologica o relazionale o emotiva: ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività.

La contenzione meccanica è un atto di limitazione della libertà personale che deve essere evitato quanto più possibile, deve essere usato come ultima ratio, quando ogni altro tentativo di gestire alcune particolari condizioni cliniche sia stato praticato e sia fallito e comunque debba essere applicata per il minor tempo possibile.

Tale atto sanitario-assistenziale deve essere condotto da operatori preparati, in modo che sia rispettoso della dignità dell'individuo nell'ambito di percorsi sanitari ben definiti ed adeguatamente monitorati.

La contenzione meccanica non è, per definizione, un provvedimento educativo o punitivo e non dovrà essere applicato a causa dell'inadeguatezza o dei livelli di stress degli operatori né per difficoltà ambientali od organizzative.

In particolari e limitati casi, potrà essere considerato come un atto inevitabile al fine di garantire la sicurezza del paziente e finalizzato a garantire la sicurezza propria e altrui verso gravi alterazioni comportamentali o interventi terapeutici diversi meno sicuri.

Procedure di Valutazione

- Valutazione dell'escalation dell'aggressività: è compito di tutti gli operatori sanitari presenti in servizio valutare, con l'osservazione del paziente durante il ricovero, se emergano condizioni di disorganizzazione comportamentale e compromissione della capacità di relazione tali da poter presagire la messa in atto di comportamenti lesivi verso sé stesso o terzi e di agire tempestivamente.

Se tale riscontro avviene da parte di personale non medico, questi deve riferire quanto osservato al medico presente in servizio o reperibile.

- Avvio delle tecniche di “de-escalation”: tutto il personale è tenuto all'impiego delle modalità di comunicazione e relazione atte ad attenuare ed eventualmente risolvere le situazioni di agitazione psicomotoria cercando di evitare la contenzione fisica del paziente.
- Tranquillizzazione rapida: il medico prescrive terapia sedativa secondo normato dalla letteratura scientifica basata sulle evidenze con possibilità di utilizzare piani di intervento che tengano conto anche dell'opinione del paziente, come hanno sottolineato gli autori Andrade (2007) e Ducci (2010).
- Prescrizione della contenzione: tale compito compete esclusivamente al medico referente del reparto; al momento di porre in atto un contenimento fisico, anche in assenza di un valido consenso/dissenso, il medico potrà ugualmente prescrivere le misure contenitive in virtù dello stato di necessità, ove ne ricorrano i requisiti, e della posizione di garanzia nei confronti del proprio paziente. Nella temporanea assenza del medico, tutto il personale sanitario deve ritenersi autorizzato ad intervenire e provvedere per quanto necessario, avvisando il medico appena possibile.

Procedure di realizzazione

- Fase Preparatoria:

Il medico:

Si assicura che il personale in turno sia in numero sufficiente (nelle situazioni più gravi almeno cinque operatori) e che conosca la procedura. Se il personale è insufficiente può decidere di attendere fino al cambio turno o, in alternativa, cercare di reperire altro personale ricorrendo alle Forze dell'Ordine nei casi di grave pericolosità.

Gli operatori:

- Verificano la disponibilità ed accessibilità di fascette e bulloni;
- Predispongono l'unità del malato (letto co materasso protetto da apposita tela; cerata e lenzuolo) allontanando cuscini, coperte, sedie e comodini;
- Predispongono i dispositivi di protezione individuali (guanti, mascherine, camici);
- Allontanano i visitatori e gli altri degenti;
- Preparano e controllano almeno n. 5 (cinque) fasce di contenzione (1 per ogni arto + 1 di scorta) con 10 (dieci) bulloni (2 per ogni fascia) e 1 o 2 chiavi magnetiche;

Fase di azione:

Il medico:

- Con modalità proprie della de-escalation verbale spiega al paziente che tale procedura viene effettuata nel suo interesse, per sopperire alla momentanea incapacità di autocontrollo e che si provvederà a rimuovere tale condizione il prima possibile;
- Collabora alla realizzazione della contenzione con la responsabilità delle funzioni vitali;
- Valuta la necessità della medicazione farmacologica dando indicazioni in tal senso e procedendo, il prima possibile, alla registrazione della terapia nella cartella clinica (diario e schede apposite);
- Registra in cartella clinica l'evento specificando:
 - ✓ Le cause che l'hanno richiesto specificando il fallimento di tecniche alternative;

- ✓ Il tipo di contenzione (numero degli arti contenuti ed eventuale utilizzo della fascia toracica);
 - ✓ L'orario di inizio;
 - ✓ I controlli da effettuare;
- Dà indicazioni agli operatori circa le modalità di gestione;
 - Provvede alle informazioni dovute verso i familiari o gli aventi diritto;
 - Provvede ad aggiornare il registro delle contenzioni.

Gli operatori:

- Provvedono di spogliarsi di qualunque oggetto possa risultare pericoloso (occhiali, orologio, penne, ecc.);
- Procedono al contenimento fisico coordinandosi fra di loro.

Fase di assistenza:

Il medico:

- Effettua una valutazione clinica sul paziente ad ogni cambio turno e attesta in cartella l'obiettività rilevata e l'orario di effettuazione della visita;
- Dovrà altresì visitare il paziente in caso di segnalazioni da parte del personale infermieristico circa alterazioni significative dei parametri vitali e/o segni direttamente o indirettamente riconducibili a complicanze secondarie alla contenzione fisica ovvero di alterazioni dello stato di coscienza;

Gli operatori:

- Garantiscono la continuità nella sorveglianza del paziente contenuto nel rispetto del piano delle attività; ciascun operatore ha cura di annotare gli interventi nella scheda di pianificazione interventi, apponendo la propria sigla;
- Provvedono al soddisfacimento dei bisogni di igiene corporea, eliminazione, alimentazione, idratazione, incolumità personale, tranquillità e riposo notturno adeguato;

- Garantiscono il monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, temperatura corporea) ogni due ore e comunque all'occorrenza, con relativa registrazione nella scheda;
- Controllano i punti di ancoraggio delle fasce almeno una volta per turno, provvedendo, se necessario, all'utilizzo di cotone di Germania per protezione dei punti di contatto delle fasce con la cute;
- Controllano il MSC (movimento, sensibilità e calore) delle estremità provvedendo, ogni due ore, ad allentare (previa verifica dello stato di agitazione), per circa dieci minuti, la contenzione onde prevenire episodi ischemici;
- Controllano con visione diretta il paziente almeno ogni quindici minuti, per tutta la durata della contenzione salvo esigenze cliniche differenti;
- Segnalano al medico se si ravvisino gli estremi per la cessazione delle misure contenitive.

Fase di risoluzione:

La fine della contenzione meccanica avviene su valutazione degli operatori presenti e dietro disposizione del medico per la verificata risoluzione dello stato di necessità;

Il medico:

- Valuta lo stato psichico del malato ed evidenzia la fine delle condizioni determinanti la contenzione;
- Prescrive l'interruzione della contenzione;
- Aggiorna la scheda, la cartella clinica e il registro delle contenzioni, specificando l'orario della fine del provvedimento;
- Informa il malato che sono cessate le condizioni che avevano richiesto il provvedimento e lo invita a riprendere la mobilità con gradualità;
- Informa gli infermieri circa le modalità di gestione;

Gli operatori:

- Procedono alla rimozione delle fasce;
- Controllano i parametri vitali;
- Aggiornano per quello che compete la scheda di contenzione e la cartella clinica;
- Continuano il monitoraggio delle condizioni psichiche.

Debriefing

In seguito alla rimozione della contenzione del paziente, non appena possibile, tutti i componenti dello staff che hanno gestito tale procedura, coordinati dal responsabile SPDC devono promuovere e partecipare ad un debriefing, al quale, ove possibile e opportuno, partecipi anche il paziente.

Il debriefing è importante in quanto si riesaminano i dati clinici, il piano di trattamento, si migliorano le proprie competenze, con l'obiettivo ulteriore di discutere, chiarire le criticità emerse con l'episodio di contenzione.

È una grande occasione per quanti sono stati coinvolti per esaminare, condividere e confrontare sensazioni e percezioni.

Procedure di monitoraggio della contenzione meccanica

La pratica della contenzione va considerata una tecnica non esente da problematiche, quindi devono essere adottate tutte quelle precauzioni che mettono in sicurezza il paziente e gli operatori con particolare attenzione ad evitare gli incidenti più frequenti, tra questi soprattutto le complicanze legate all'uso scorretto e prolungato dei mezzi di contenzione fisici.

Tali complicanze vengono controllate e ridotte attraverso il corretto utilizzo della procedura della contenzione fisica e l'utilizzo di dispositivi di controllo e monitoraggio che permettano di rilevare e correggere le eventuali inadeguatezze. A quest'ultimo riguardo si ritiene indispensabile la formalizzazione di "registri specifici" che devono costituirsi presso tutti gli SPDC permettendo così una valutazione periodica e regolare delle attività.

Registro delle contenzioni

Ogni atto di contenzione deve essere attestato dal medico referente per il SPDC in un apposito registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria di Presidio (la conservazione del registro risulta come responsabilità del coordinatore infermieristico).

Per ogni atto di contenzione andranno in esso indicati:

- Nome e Cognome;
- Inquadramento nosografico (inquadramento del paziente in una data patologia presente in sistemi standardizzati);
- Carattere del ricovero (volontario o obbligatorio);
- Problema per il quale viene determinata la contenzione;
- Ora di inizio della contenzione;
- Ora di cessazione della contenzione;
- Eventuali eventi avversi.

Indicatori/parametri di controllo

Costituzione di un gruppo di lavoro a responsabilità del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) costituito dal responsabile dell'SPDC, da un medico dell'SPDC, dal coordinatore infermieristico, da un infermiere dell'SPDC, da un medico del CSM. Tale gruppo ha il compito di un riesame semestrale di tutti i casi di contenzione e di redigere e mantenere le procedure.

Report annuale

Va inviato dal Direttore del DSM all'Area di Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'ASUR con specificazione dei dati previsti:

- Numero totale di contenzioni effettuate;
- Numero delle contenzioni in regime di TSO;
- Numero dei pazienti con contenzioni ripetute nell'anno e numero delle stesse per paziente;
- Numero delle contenzioni di durata superiore alle 72 ore;
- Gli eventuali eventi avversi;
- Le date di verifica semestrale;

- Ogni altro elemento utile al monitoraggio.

Matrice delle responsabilità/ attività

Legenda: R: referente responsabile

C: referente collaboratore

FIGURE RESP.LI	Medico SPDC	Infermieri	Coord. Inferm.c o	Responsabile U.O. SPDC	Direttore e UOC e/o DSM	Direttore e San. PO	Medico refer. territorio
Attività							
Esame delle opzioni tecniche e organizzative alternative	R	C					
Valutazione della necessità di contenzione	R	C	C				
Prescrizione della contenzione	R	C					
Attuazione della contenzione	C	R	C				
Attestazione nel registro	R						
Conservazione del registro		C	R				
Attestazione nel diario clinico	R	R					
Monitoraggio del paziente ed		R					

altre misure assistenziali							
Verifica clinica del paziente	R	C					
Prescrizione dei provvedimenti terapeutici, profilattici ed assistenziali, delle indagini ematochimiche e strumentali e delle consulenze specialistiche	R	C					
Verifica dei referti ematochimici e strumentali	R	C					
Ufficializzazione del registro						R	
Prescrizione del termine della contenzione	R	C					
Conservazione e manutenzione del materiale per la contenzione		R	C				
Attivazione, verifica ed approfondimento clinico				R	C		C
Debriefing	C	C	C	R			
Costituzione "gruppo di lavoro"	C	C	C	C	R		C

Invio dati all'Area di Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'ASUR				C	R		
Distribuzione della procedura			R				
Organizzazione della Formazione					R		

2.5 Ruolo dell'infermiere nelle Strutture Residenziali

Le strutture residenziali sono strutture extra ospedaliere nelle quali viene svolto parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo, per utenti di esclusiva pertinenza psichiatrica.

Vi accedono i dimessi dagli SPDC, giovani senza famiglia o che pur avendola non possono convivere per situazioni estremamente distruttive o di conflittualità, o 27 ancora necessitano di periodi di intensa progettualità individualizzata per poter poi far ritorno alla propria casa ; gli utenti del DSM che a causa dell'età avanzata o importante disabilità legata alla patologia o all'istituzionalizzazione subita, in assenza di nucleo familiare o rete sociale di supporto, non sono in grado di vivere, in maniera dignitosa, autonomamente. In queste strutture possono seguire i progetti terapeutico - riabilitativi, superare la fase di cura ospedaliera ed evitare fenomeni di cronicizzazione ed abbandono. L'obiettivo da raggiungere, da parte dell'équipe multi professionale, è rendere nuovamente autonoma la persona.

Il momento di arrivo dell'ospite corrispondente all'accettazione nella struttura, normalmente viene espletata da un infermiere, che dopo essersi presentato prende in carico assistenziale l'ospite e svolge un colloquio con quest'ultimo e con un referente per conoscere le problematiche dell'utente. È fondamentale in questa fase porre attenzione sia alla comunicazione verbale e non affinché il nuovo 28 arrivato possa percepire un ambiente sereno e accogliente nonché professionale. Durante tutta la permanenza è

fondamentale che l'operatore faccia sentire la propria vicinanza, per far acquisire maggiore fiducia all'utente, tenendo sempre ben presente il progetto terapeutico - riabilitativo e gli obiettivi fissati, evitando di sostituirsi alla persona ma potenziando le sue capacità, partendo dalle attività di vita quotidiana come lavarsi, riordinare la propria stanza fino ad attività più complesse come cucinare. In questo tipo di struttura l'infermiere lavora a stretto contatto con l'educatore, anche lui coinvolto nella gestione degli interventi educativi a singoli o a gruppi.

La dimissione da queste strutture può avvenire con modalità diverse, può essere volontaria, pertanto l'ospite decide di interrompere il percorso, oppure può essere per urgenza psichiatrica e si rende necessario un ricovero in SPDC, il lasso di tempo trascorso in ospedale viene considerato un trasferimento, al termine del quale avviene il rientro nella comunità protetta, infine vi è la dimissione ordinaria, l'ospite ha portato a termine il proprio percorso terapeutico riabilitativo ed è in grado di affrontare la propria vita in autonomia e responsabilità.

L'infermiere che lavora in queste strutture, ogni giorno deve armarsi di tanta pazienza, comunicare in maniera empatica con il paziente, soprattutto quando manifesta una scarsa compliance alla terapia; è necessario che l'infermiere spieghi il motivo per il quale debba assumerla e i benefici che essa ne comporta.

Spesso il paziente psichiatrico ritiene di non essere compreso e ascoltato, soprattutto quando riferisce continuo malessere o effetti indesiderati dovuti ad uno o a più farmaci; sono proprio queste le barriere che gli operatori devono distruggere con professionalità.

La mancata compliance al trattamento farmacologico, in contrasto a ciò che spesso pensa il paziente psichiatrico, comporta delle conseguenze molto gravi, quali ad esempio un elevato tasso di ricadute, fenomeno che gli studiosi definiscono revolving door (porta girevole): i pazienti vengono dimessi dalla struttura dopo la stabilizzazione della malattia e, trascorso un breve periodo, vi ritornano perché hanno sospeso il trattamento, con conseguenti possibili ripercussioni a lungo termine sulla sfera intellettuale del paziente e aumento dei costi per il SSN.

L'infermiere, nell'esercizio delle sue funzioni, segue, assiste, scruta il paziente, interviene e si relaziona col medico e con i tecnici della riabilitazione psichiatrica ai quali propone, se necessario, ciò che potrebbe essere più utile al malato.

CAPITOLO 3: Obiettivi e quesiti di ricerca

3.1 Obiettivi

Gli obiettivi specifici prefissati con questo studio sono:

- Indagare le conoscenze e le percezioni degli infermieri in merito al tema del “TSO e ASO”.
- Proporre possibili soluzioni ai problemi eventualmente riscontrati tramite la presente indagine esplorativa.

3.2 Materiali e metodi

La ricerca si basa sulla somministrazione di un singolo questionario in forma anonima agli infermieri con lo scopo di indagare le loro conoscenze circa il Trattamento Sanitario Obbligatorio ed Accertamento Sanitario Obbligatorio.

L’elaborazione dei dati del questionario è stata fatta inserendo i risultati in un foglio di calcolo Excel; sono state calcolate le percentuali totali per singola risposta.

Descrizione del campione

Hanno risposto al questionario 32 infermieri così suddivisi:

RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
CENTRO DI SALUTE MENTALE	6	18,8
REPARTO OSPEDALIERO (SPDC)	5	15,6
COMUNITA' RIABILITATIVA	9	28,1
PRONTO SOCCORSO	2	6,3
118	0	0
RSA	3	9,4
SRP	1	3,1

SALA OPERATORIA	1	3,1
RIANIMAZIONE	1	3,1
ALTRO REPARTO (NON SPECIFICATO)	1	3,1
SERVIZIO SANITARIO MILITARE	1	3,1
CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	1	3,1
DIREZIONE SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE AREA SALUTE MENTALE	1	3,1

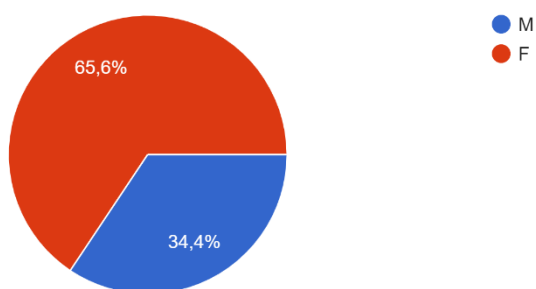
3.3 Analisi dei risultati

Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande:

1. Sesso

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	MASCHI	11	34,4
B	FEMMINE	21	65,6

Sesso
32 risposte

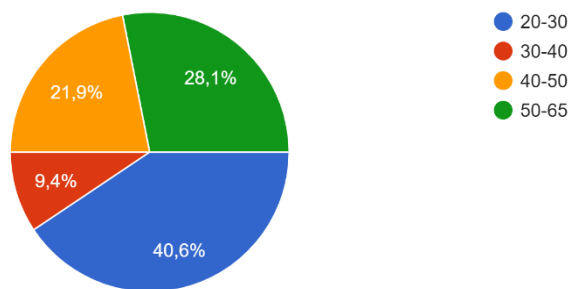


Il 65,6% degli intervistati è di sesso femminile, il restante maschile.

2. Età

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	20-30	13	40,6
B	30-40	3	9,4
C	40-50	7	21,9
D	50-65	9	28,1

Età
32 risposte



L'età degli intervistati va dai 20 ai 65 anni con prevalenza nel fascio di età compreso tra i 20 e i 30 (40,6%).

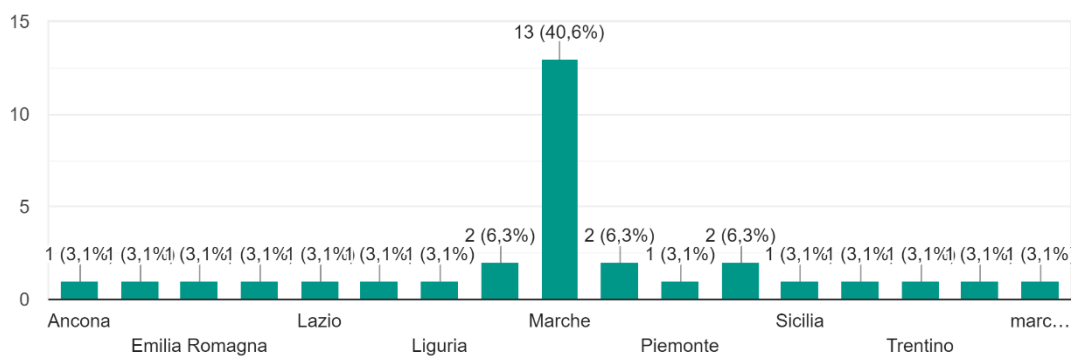
3. Regione

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	MARCHE	17	53,0
B	LAZIO	2	6,3

C	VENETO	1	3,1
D	EMILIA ROMAGNA	2	6,3
E	LOMBARDIA	2	6,3
F	SICILIA	1	3,1
G	TOSCANA	1	3,1
H	PUGLIA	2	6,3
I	LIGURIA	1	3,1
L	PIEMONTE	1	3,1
M	TRENTINO ALTO ADIGE	1	3,1

Regione in cui presti servizio

32 risposte



Gli utenti intervistati svolgono maggiormente la propria professione nel centro Italia (circa il 60%).

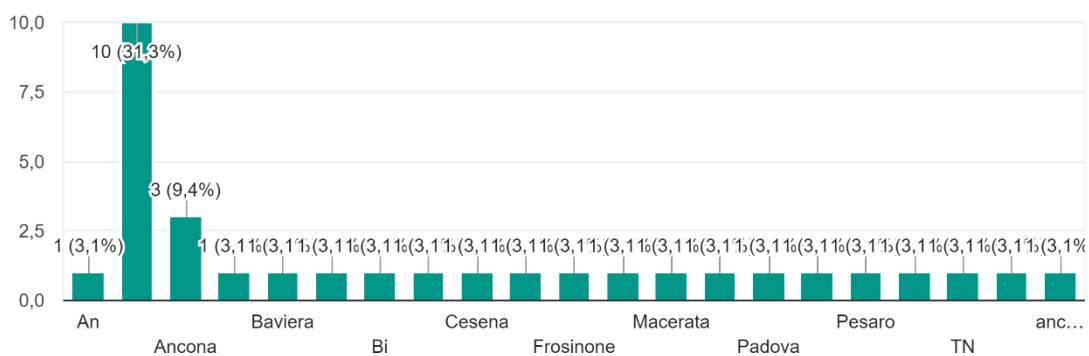
4. Provincia

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	ANCONA	15	46,5
B	ROMA	1	3,1
C	PADOVA	1	3,1

D	BERGAMO	1	3,1
E	CESENA	1	3,1
F	FIRENZE	1	3,1
G	PALERMO	1	3,1
H	PESARO	1	3,1
I	MACERATA	1	3,1
L	TARANTO	1	3,1
M	BARI	1	3,1
N	BIELLA	1	3,1
O	BOLOGNA	1	3,1
P	FROSINONE	1	3,1
Q	GENOVA	1	3,1
R	MILANO	1	3,1
S	TRENTO	1	3,1

Provincia in cui presti servizio

32 risposte



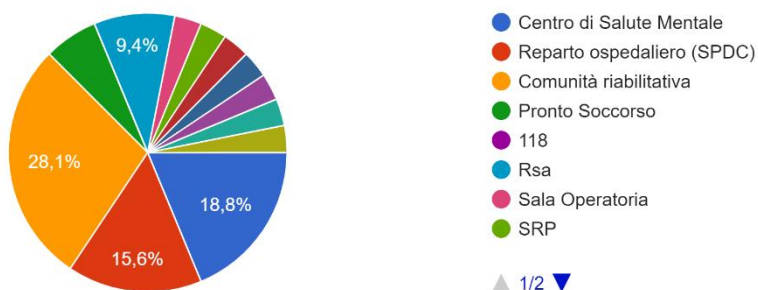
Questa domanda è strettamente legata alla precedente. La provincia prevalentemente rappresentata è Ancona (46,5%).

5. Dove presti servizio?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	CENTRO DI SALUTE MENTALE	6	18,8
B	REPARTO OSPEDALIERO (SPDC)	5	15,6
C	COMUNITA' RIABILITATIVA	9	28,1
D	PRONTO SOCCORSO	2	6,3
E	118	0	0
F	RSA	3	9,4
G	SRP	1	3,1
H	SALA OPERATORIA	1	3,1
I	RIANIMAZIONE	1	3,1
L	ALTRO REPARTO (NON SPECIFICATO)	1	3,1
M	SERVIZIO SANITARIO MILITARE	1	3,1
N	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	1	3,1
O	DIREZIONE SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE AREA SALUTE MENTALE	1	3,1

Dove presti servizio?

32 risposte



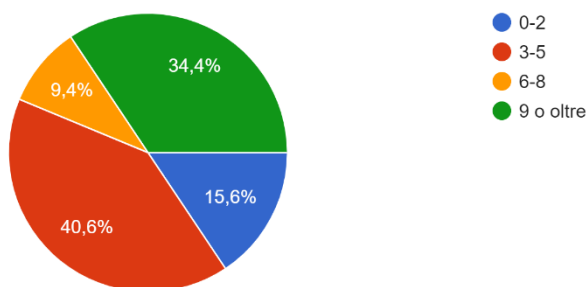
Alla domanda n. 5 il 28,1% del personale riferisce di prestare servizio presso Comunità riabilitative, il 18,1% presso CSM, il 15,6% presso reparto ospedaliero (SPDC), il 9,4% presso l’RSA, il 6,3% al Pronto Soccorso e il 3,1% presso Strutture residenziali Protette (SRP), Sala operatoria, Rianimazione, Servizio Sanitario Militare, Centro Diurno Psichiatrico, Direzione Servizio Professioni Sanitarie Area Salute Mentale e altro reparto non specificato. Da queste risposte risulta che l’81,2% del personale lavora in ambito della Salute Mentale.

6. Quanti operatori (altri psichiatri, infermieri, operatori socio sanitari) sono presenti sul luogo di lavoro durante la maggior parte del tuo tempo lavorativo?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	0-2	5	15,6
B	3-5	13	40,6
C	6-8	3	9,4
D	9 O OLTRE	11	34,4

Quanti operatori (altri psichiatri, infermieri, operatori socio sanitari) sono presenti sul luogo di lavoro durante la maggior parte del tuo tempo lavorativo?

32 risposte



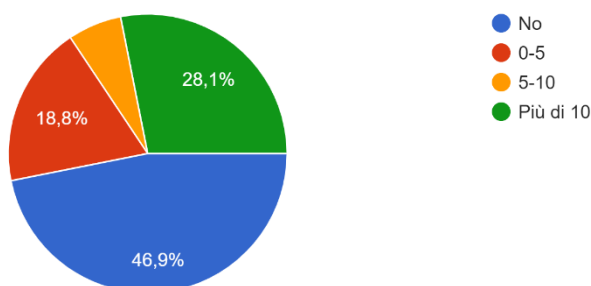
Dalla domanda n. 6 si evince che per il 34,4% nei luoghi di lavoro sono presenti rispettivamente 9 o più professionisti sanitari, per il 40,6% 3-5 operatori, per il 15,6% sono presenti 0-2 operatori, mentre per il 9,4% sono presenti 6-8 operatori.

7. Hai mai lavorato in ambito psichiatrico?

	RISPOSTE (ANNI)	N. utenti che hanno partecipato	%
A	NO	15	46,9
B	0-5	6	18,8
C	5-10	2	6,3
D	PIU' DI 10	9	28,1

Hai mai lavorato in ambito psichiatrico?

32 risposte



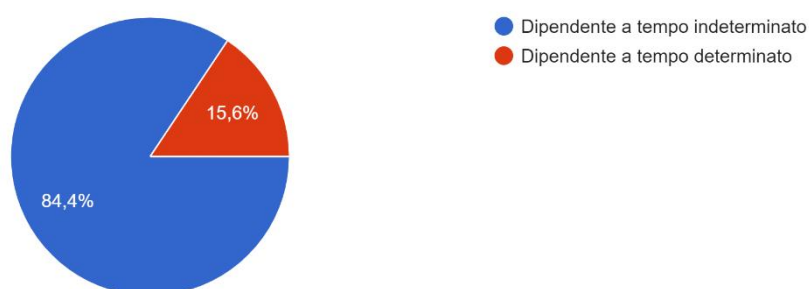
Alla domanda n. 7 il 46,9 % del personale risponde che non mai lavorato in ambito psichiatrico, il 18,8% ha lavorato 0-5 anni, il 28,1% ha lavorato più di 10 anni mentre il 6,3% 5-10 anni.

8. Qual è il tuo inquadramento contrattuale?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	27	84,4
B	DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	5	15,6

Qual è il tuo inquadramento contrattuale?

32 risposte



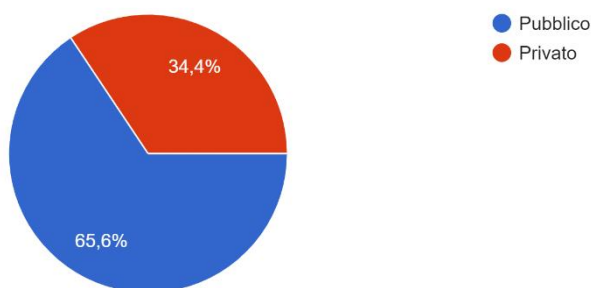
Dalla domanda n. 8 si nota che l'84,4% ha un contratto a tempo indeterminato, il restante personale ha un contratto a tempo determinato.

9. In che ambiente lavori?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	PUBBLICO	21	65,6
B	PRIVATO	11	34,4

In che ambiente lavori?

32 risposte



La domanda n. 9 ci dice che il 65,6% lavora nel pubblico mentre il 34,4% nel privato.

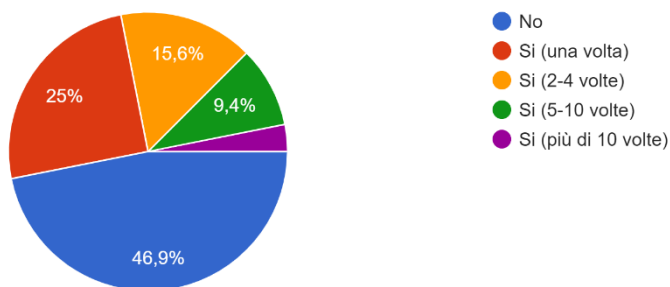
10. Sei mai stato vittima di aggressione /violenza fisica sul luogo di lavoro da parte dei pazienti?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	NO	15	46,9
B	SI (UNA VOLTA)	8	25,0
C	SI (2-4 VOLTE)	5	15,6

D	SI (5-10 VOLTE)	3	9,4
E	SI (PIU' DI 10 VOLTE)	1	3,1

Sei mai stato vittima di aggressione/violenza fisica sul luogo di lavoro da parte dei pazienti?

32 risposte



Alla domanda n. 10 il 46,9% degli intervistati ha risposto di non essere mai stata vittima di aggressione/violenza fisica, il 25,0% una sola volta, il 15,6% 2-4 volte, il 9,4 % tra 5-10 volte, mentre il 3,1% più di 10 volte.

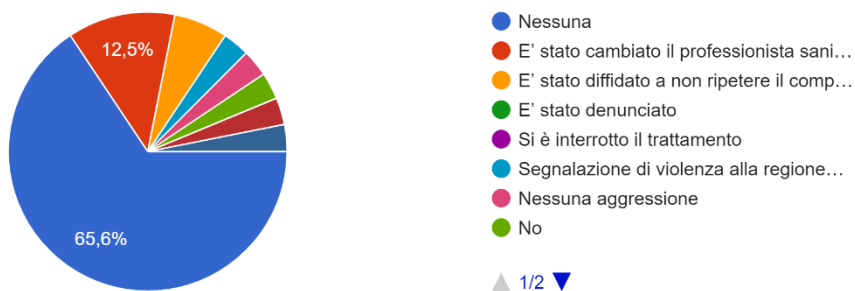
11. Se SI, quali conseguenze vi sono state nella relazione terapeutica?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	NESSUNA	24	74,9

B	E' STATO CAMBIATO IL PROFESSIONISTA SANITARIO PER L'ASSISTENZA	4	12,5
C	E' STATO DIFFIDATO A NON RIPETERE IL COMPORTAMENTO, PENA UNA DENUNCIA	2	6,3
D	È STATO DENUNCIATO	0	0
E	SI E' INTERROTTO IL TRATTAMENTO	0	0
F	SEGNALAZIONE DI VIOLENZA ALLA REGIONE VENETO	1	3,1
G	DIVERSI INTERVENTI PER OGNI SITUAZIONE	1	3,1

Se SI, quali conseguenze vi sono state nella relazione terapeutica?

32 risposte



Alla domanda n. 11 il 74,9% degli intervistati ha risposto che non è stato preso nessun tipo di provvedimento, il 12,5% ha riferito che è stato cambiato il professionista sanitario, per il 6,3% il paziente è stato diffidato a non ripetere quei comportamenti previa denuncia,

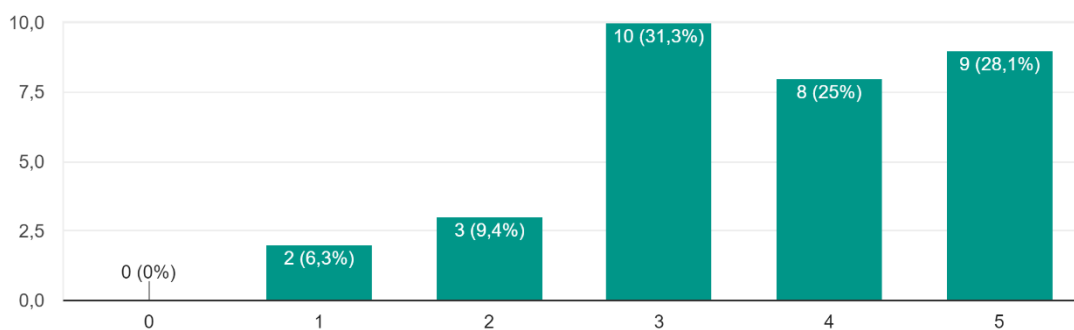
per il 3,1% è stata fatta la segnalazione di violenza e diversi interventi per ogni situazione, mentre risulta che non vi è stata nessuna denuncia o interruzione del trattamento terapeutico.

12. Sei soddisfatto del tuo lavoro?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	0	0
B	1	2	6,3
C	2	3	9,4
D	3	10	31,3
E	4	8	25,0
F	5	9	28,1

Sei soddisfatto del tuo lavoro?

32 risposte



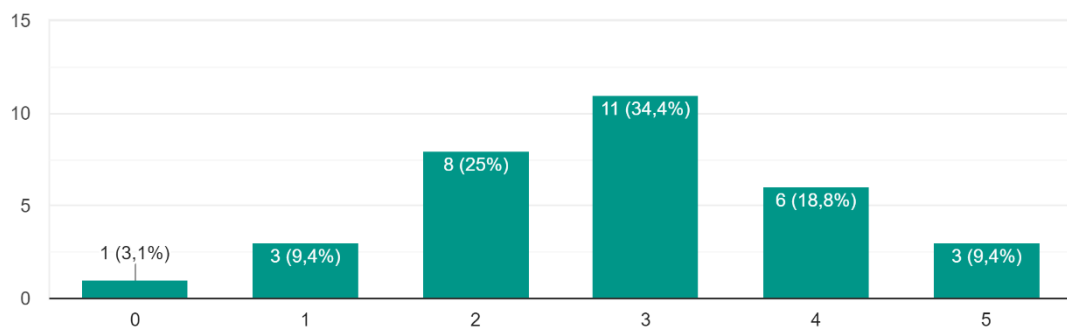
Nella domanda n. 12 il 28,1% degli intervistati sono molto soddisfatti del proprio lavoro, il 25% sono abbastanza soddisfatti, il 31,3% sono soddisfatti, il 9,4% degli infermieri mantengono una posizione neutra cioè né soddisfatti né insoddisfatti, il 6,3% risulta poco soddisfatto mentre non c'è nessun insoddisfatto.

13. In ambito psichiatrico, ritieni che la tua formazione professionale sia adeguata?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	1	3,1
B	1	3	9,4
C	2	8	25,0
D	3	11	34,4
E	4	6	18,8
F	5	3	9,4

In ambito psichiatrico, ritieni che la tua formazione professionale sia adeguata?

32 risposte



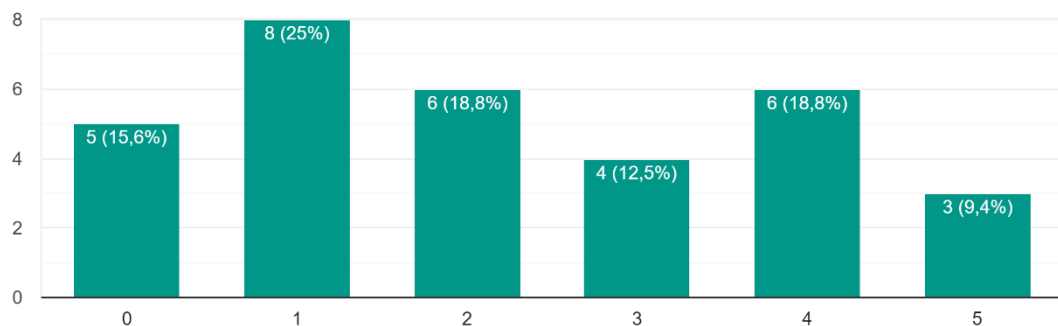
La domanda n. 13 ci dice che una parte degli infermieri ha una formazione non adeguata (12,5%) o poco adeguata (25,0%), per il 34,4% è adeguata mentre per il restante personale è abbastanza/molto adeguata.

14. Sei stato formato per la gestione del paziente psichiatrico tramite protocolli, procedure?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	5	15,6
B	1	8	25,0
C	2	6	18,8
D	3	4	12,5
E	4	6	18,8
F	5	3	9,4

Sei stato formato per la gestione del paziente psichiatrico tramite protocolli, procedure?

32 risposte



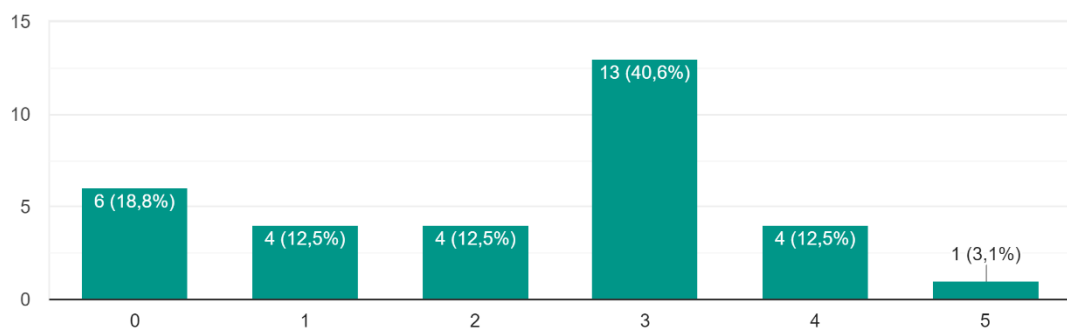
La domanda n. 14 ci fa notare che la formazione tramite protocolli per la gestione del paziente psichiatrico circa il 50% degli intervistati non l'ha ricevuta o è stata insufficiente, mentre per il restante 50% riferiscono di avere una buona/ottima conoscenza dei protocolli.

15. In caso contrario, la tua non formazione ti ha portato ad un livello di stress più elevato (burnout)?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	6	18,8
B	1	4	12,5
C	2	4	12,5
D	3	13	40,6
E	4	4	12,5
F	5	1	3,1

In caso contrario, la tua non formazione ti ha portato ad un livello di stress più elevato (burnout) ?

32 risposte



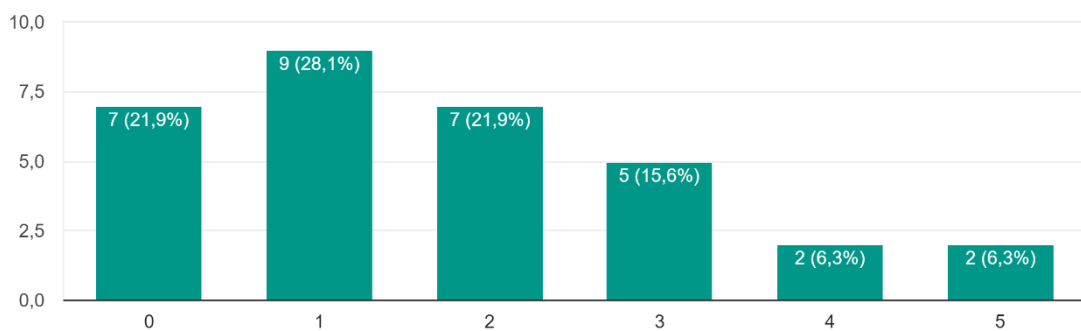
La domanda 15 è strettamente legata alla precedente, in cui si nota che per il 40,6% gli intervistati hanno segnalato un aumento di stress (burnout).

16. Il paziente psichiatrico è considerato da sempre come una persona da allontanare (stigma), da escludere perché ritenuto potenzialmente pericoloso o potenzialmente aggressivo e per questo da contenere. Hai mai avuto qualche forma di pregiudizio nei confronti di questi pazienti?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	7	21,9
B	1	9	28,1
C	2	7	21,9
D	3	5	15,6
E	4	2	6,3
F	5	2	6,3

Il paziente psichiatrico è considerato da sempre come una persona da allontanare (stigma), da escludere perché ritenuto potenzialmente pericoloso...a di pregiudizio nei confronti di questi pazienti?

32 risposte



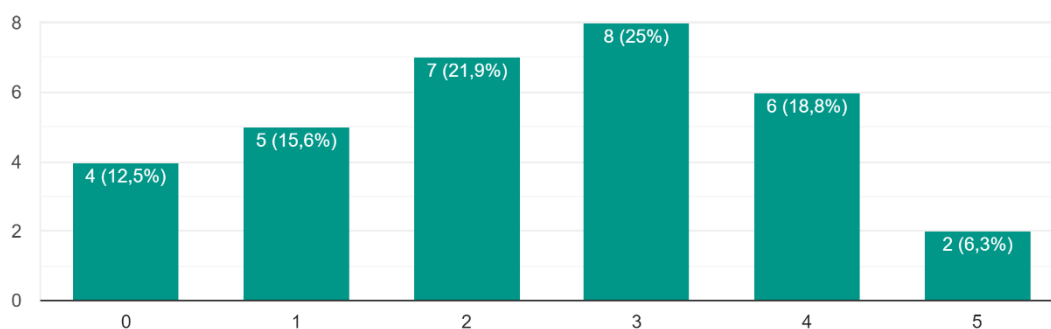
Alla domanda n. 16 solo il 6,3 % degli intervistati risponde di avere dei pregiudizi nei confronti di questi pazienti.

17. Ti sei mai soffermato a riflettere o ritieni di non avere tempo di ascoltare le problematiche del paziente?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	4	12,5
B	1	5	15,6
C	2	7	21,9
D	3	8	25,0
E	4	6	18,8
F	5	2	6,3

Ti sei mai soffermato a riflettere o ritieni di non avere tempo di ascoltare le problematiche del paziente?

32 risposte



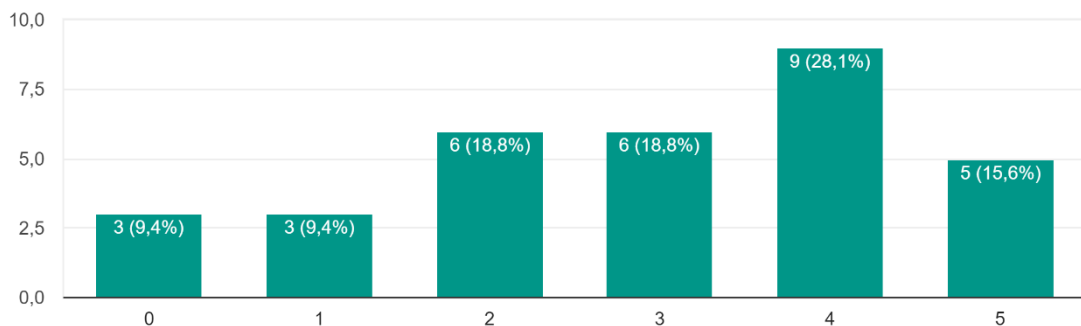
Alla domanda n. 17 gli intervistati si dividono al 50% tra quelli che ascoltano e quelli che non ascoltano le problematiche dei pazienti.

18. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario. Come hai vissuto questa esperienza, ti ha mai fatto sentire in colpa?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	3	9,4
B	1	3	9,4
C	2	6	18,8
D	3	6	18,8
E	4	9	28,1
F	5	5	15,6

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario. Come hai vissuto questa esperienza, ti ha mai fatto sentire in colpa?

32 risposte



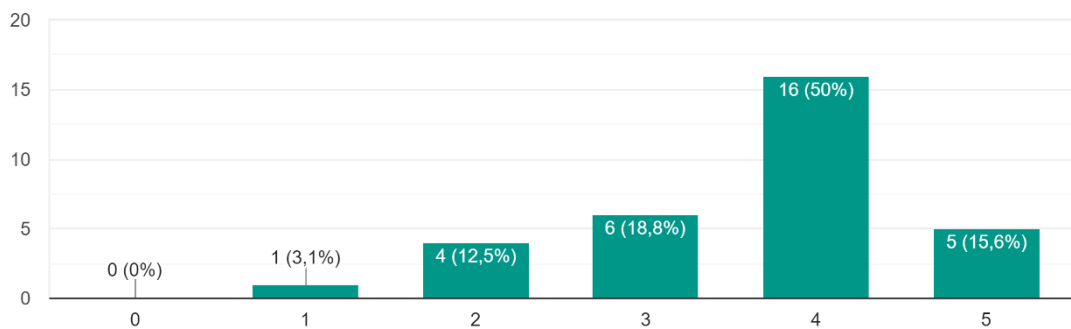
Alla domanda n. 18 circa l'82 % degli infermieri si adopera affinché la contenzione sia un evento straordinario e hanno avuto anche un senso di colpa.

19. I corsi di formazione (E-training) per le procedure contenitive sono importanti. Ritieni che queste debbano essere svolte con maggiore frequenza?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	0	0
B	1	1	3,1
C	2	4	12,5
D	3	6	18,8
E	4	16	50,0
F	5	5	15,6

I corsi di formazione (E-training) per le procedure contenitive sono importanti. Ritieni che queste debbano essere svolte con maggiore frequenza?

32 risposte



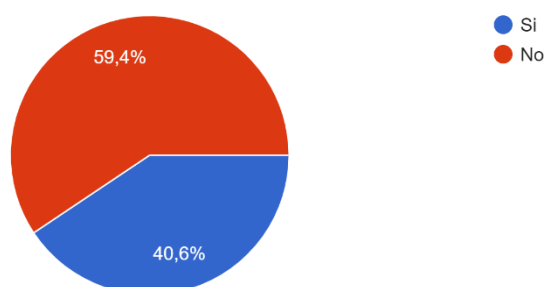
Anche alla domanda n. 19 circa l'85% degli intervistati ritiene che i corsi di formazione (E-training) devono essere svolti con maggior frequenza.

20. Nel tuo ambiente lavorativo, vengono svolte riunioni di debriefing dopo che si verificano episodi di aggressioni o TSO che hanno portato a contenzione meccanica e farmacologica prolungata?

	RISPOSTE	N. utenti che hanno risposto	%
A	SI	13	40,6%
B	NO	19	59,4%

Nel tuo ambiente lavorativo, vengono svolte riunioni di debriefing dopo che si verificano episodi di aggressioni o TSO che hanno portato a contenzione meccanica e farmacologica prolungata?

32 risposte



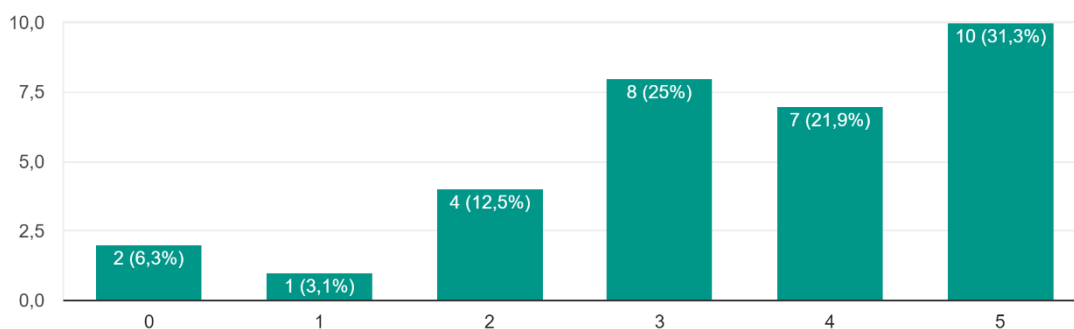
Alla domanda n. 20 il 59,4% degli infermieri risponde che non vengono svolte riunioni di debriefing dopo episodi di aggressioni e/o T.S.O.

21. Se NO, vorresti venissero organizzate riunioni multidisciplinari per discutere sull'evento avvenuto?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	2	6,3
B	1	1	3,1
C	2	4	12,5
D	3	8	25,0
E	4	7	21,9
F	5	10	31,3

Se NO, vorresti venissero organizzate riunioni multidisciplinari per discutere sull'evento avvenuto?

32 risposte



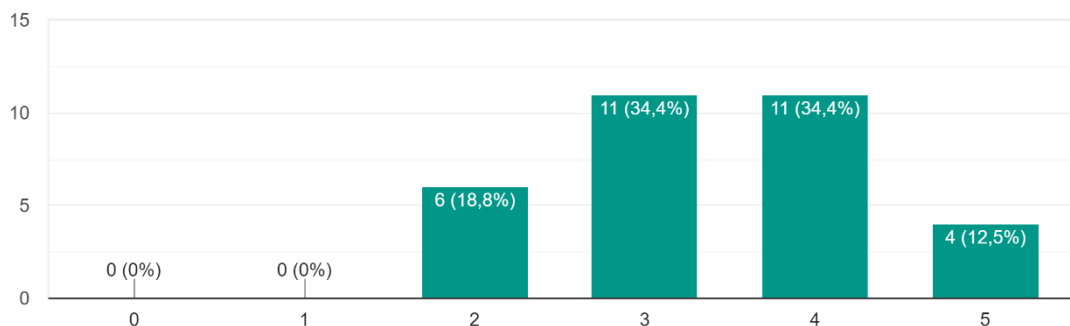
Anche la domanda n. 21 è strettamente legata alla precedente. Le risposte date evidenziano che circa il 90% degli operatori vorrebbero venissero organizzate riunioni multidisciplinari.

22. Durante la pandemia sono aumentati i casi con problematiche psichiatriche. Ritieni che questo incremento abbia portato un aumento della compassion fatigue?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	0	0
B	1	0	0
C	2	6	18,8
D	3	11	34,4
E	4	11	34,4
F	5	4	12,5

Durante la pandemia sono aumentati i casi con problematiche psichiatriche. Ritieni che questo incremento abbia portato un aumento della compassion fatigue?

32 risposte



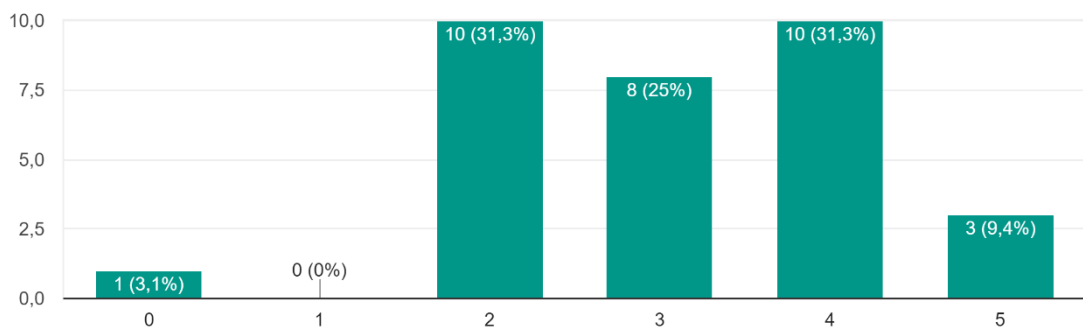
La domanda n. 22 ci fa notare che per circa l'80% degli infermieri vi è un incremento della compassion fatigue.

23. Hai notato un aumento di tali episodi psichiatrici?

	RISPOSTE (secondo scala Likert)	N. utenti che hanno risposto	%
A	0	1	3,1
B	1	0	0
C	2	10	31,3
D	3	8	25,0
E	4	10	31,3
F	5	3	9,4

Hai notato un aumento di tali episodi psichiatrici?

32 risposte



Alla domanda n. 23 solo per il 3,1% degli intervistati non sono aumentati i casi con problematiche psichiatriche invece si deduce dalle risposte date che c'è stato un considerevole aumento (97,0%).

3.4 Discussione

Analizzando le risposte fornite dagli intervistati, si delinea un quadro abbastanza chiaro: il campione analizzato ha un'età media di 42,3 anni e risultano mediamente in servizio da 18,4 anni.

Risulta spesso a contatto con le tematiche del "TSO e ASO". Oltre il 60% degli infermieri ha ammesso di aver fatto ricorso alla contenzione nel corso della propria attività professionale e che questa esperienza vissuta, li ha fatti sentire in colpa.

È chiaro che, di fronte a tali procedure, è impossibile restare indifferenti ed anche da questo studio emerge come, in tali momenti, gli infermieri si ritrovino a provare sentimenti particolari e, in alcuni casi, si rendano conto di non aver strumenti e conoscenze per far fronte a tutte le necessità degli assistiti.

Gli intervistati si sono dimostrati consapevoli di non essere completamente preparati, questo può essere dovuto alla carenza di informazioni specifiche fornite dai corsi frequentati sporadicamente o con modalità non standardizzate e comunque vorrebbero che gli fossero impartiti con più frequenza corsi di formazione (E-training) e riunioni multidisciplinari per discutere le problematiche emerse nei trattamenti terapeutici.

È infine necessario sottolineare come la diversità delle risposte fornite in merito a: protocolli / procedure standardizzate presenti in reparto lasci pensare ad una conoscenza non approfondita delle modalità di gestione della contenzione fisica.

Limiti dello studio

Per questo studio sono stati identificati due limiti che vengono riportati di seguito:

- la limitata numerosità del campione;

- la possibile diversa interpretazione di alcune domande da parte dei professionisti intervistati.

CAPITOLO 4: Conclusioni

Attraverso questo lavoro ho inteso informare ed arricchire le persone rispetto il ruolo che svolge l'infermiere nell'assistenza al paziente psichiatrico che va dalla presa a carico fino al loro percorso di guarigione in quanto, essendo un soggetto maggiormente bisognoso di cure è fondamentale che l'assistenza nei suoi confronti venga erogata nel migliore dei modi.

È inoltre un prezioso strumento che potrebbe aiutare ad eliminare stigma e pregiudizi ancora presenti purtroppo nella società. La malattia mentale è una tematica poco affrontata, in quanto le persone affette da questo tipo di malattie, creano paura e trasmettono un senso di violenza nella società considerata “normale”. La relazione interpersonale tra infermiere e paziente in ambito psichiatrico riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri, in quanto non è un evento istintivo ma richiede grande abilità e competenze specializzate per sviluppare e mantenere relazioni efficaci.

Il lavoro quotidiano richiede che gli infermieri abbiano la capacità di gestire esperienze continuamente nuove e imprevedibili e sempre attraverso cure di alta qualità.

Dopo aver analizzato i dati e le informazioni ottenute con questo studio è possibile trarre alcune conclusioni:

- L'isolamento e la contenzione meccanica sono i provvedimenti più comunemente usati per la gestione del comportamento aggressivo e violento e sono considerati “sostanzialmente efficaci nel ridurre l'agitazione e prevenire lesioni”;

- Si evidenzia un grado di insoddisfazione che nutrono nei confronti delle nozioni ricevute in materia sia nel periodo formativo e sia nel periodo lavorativo;
- I professionisti sanitari siano adeguatamente preparati e rispettosi della dignità della persona in quanto applicano pratiche coercitive ed in particolare la contenzione meccanica;
- Sarebbe interessante applicare strategie e programmi per determinare quando e come questi interventi devono essere usati ed evitare un uso inappropriato della contenzione/isolamento.

Concludo la ricerca con una citazione di Franco Basaglia” Continuare ad accettare la psichiatria e la definizione di malattia mentale significa accettare che il mondo disumanato in cui viviamo sia l’unico mondo umano, naturale, imm modificabile, contro il quale gli uomini sono disarmati”.

ALLEGATO

Salve, mi chiamo Gabriele Colaci e sono uno studente del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche. Sto ricercando dati per la mia tesi universitaria.

Il questionario sarà in forma ANONIMA e verrà analizzato secondo la scala Likert seguente:

0= per nulla d'accordo

1= poco d'accordo

2= incerto

3= d'accordo

4= molto d'accordo

5= completamente d'accordo

Non mi resta che ringraziarvi anticipatamente ed augurarvi una buona compilazione.

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

- Sesso
- Età

STATUS LAVORATIVO

- Regione in cui presti servizio
- Provincia in cui presti servizio
- Dove presti servizio?
- Quanti operatori (altri psichiatri, infermieri, operatori socio sanitari) sono presenti sul luogo di lavoro durante la maggior parte del tuo tempo lavorativo?
- Hai mai lavorato in ambito psichiatrico?
- Qual è il tuo inquadramento contrattuale?
- In che ambiente lavori?

ESPERIENZE SUL LUOGO DI LAVORO

- Sei mai stato vittima di aggressione/violenza fisica sul luogo di lavoro da parte dei pazienti?
- Se SI, quali conseguenze vi sono state nella relazione terapeutica?
- Sei soddisfatto del tuo lavoro?
- In ambito psichiatrico, ritieni che la tua formazione professionale sia adeguata?
- Sei stato formato per la gestione del paziente psichiatrico tramite protocolli, procedure?
- In caso contrario, la tua non formazione ti ha portato ad un livello di stress più elevato (burnout)?
- Il paziente psichiatrico è considerato da sempre come una persona da allontanare (stigma), da escludere perché ritenuto potenzialmente pericoloso o potenzialmente aggressivo e per questo da contenere. Hai mai avuto qualche forma di pregiudizio nei confronti di questi pazienti?
- Ti sei mai soffermato a riflettere o ritieni di non avere tempo di ascoltare le problematiche del paziente?

- L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario. Come hai vissuto questa esperienza, ti ha mai fatto sentire in colpa?
- I corsi di formazione (E-training) per le procedure contenitive sono importanti. Ritieni che queste debbano essere svolte con maggiore frequenza?
- Nel tuo ambiente lavorativo, vengono svolte riunioni di debriefing dopo che si verificano episodi di aggressioni o TSO che hanno portato a contenzione meccanica e farmacologica prolungata?
- Se NO, vorresti venissero organizzate riunioni multidisciplinari per discutere sull'evento avvenuto?
- Durante la pandemia sono aumentati i casi con problematiche psichiatriche. Ritieni che questo incremento abbia portato un aumento della compassion fatigue?
- Hai notato un aumento di tali episodi psichiatrici?

ACRONIMI

- TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio
- ASO: Accertamento Sanitario Obbligatorio
- COVID-19: Corona Virus Disease 2019
- DPCM.: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- OP: Ospedali Psichiatrici
- SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- CSM: Centro di Salute Mentale
- DSM: Dipartimento di Salute Mentale
- USL: Unità Sanitaria Locale
- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- TSV: Trattamento Sanitario Volontario

- MSC: Movimento, Sensibilità, Calore
- ASUR: Azienda Sanitaria Unica Regionale
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale

BIBLIOGRAFIA

1. Quinn, J., Haig, M., Catalano, G., Flori, J., Luti, G., Kuzniar, M. A., Colfer, C., Martin, G. R. R., A., Martini, E., de Fontbrune, J., Heder, S., Scott, R., Bros., M., S., Ruggeri, E., M., L., H., . . . Clemente, C. (2020). *La salute prima di tutto. Art. 32 della Costituzione italiana: testo integrale del dibattito costituente e attualità di un'analisi sociologica - Carmine Clemente - Libro - Franco Angeli - Benessere tecnologia società*. IBS. <https://www.ibs.it/salute-prima-di-tutto-art-libro-carmine-clemente/e/97888835106340>
2. Santoro, D. (2018). *La custodia cautelare rispetto all'art. 13 della Costituzione*. Youcanprint.
3. R. (2018, May 8). *Padiglione 25, in un film la rivolta degli infermieri*. Nurse24.it.
4. Basaglia, F. (1997). *Che cos'è la psichiatria?* Dalai Editore.
5. Betti, M., di Fiorino, M., & di Fiorino, M. (1997). *Psichiatria e igiene mentale. Ruolo e funzioni dell'infermiere*. McGraw-Hill Education.
6. Sossanita, R. (2019, March 15). *Legare si può! (?) Le linee di indirizzo dell'ASUR Marche sulla contenzione meccanica. di Luigi Benevelli*. sossanita.

7. Fisher W. A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 151(11), 1584–1591.
8. Alty, A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 786–793.
9. Andrade, C. (2007). Rapid tranquillisation in emergency psychiatric settings. *BMJ*, 335(7625), 835–836.
10. Ducci, G. (2010). *Buone pratiche in SPDC. La costruzione di linee guida nei SPDC del Lazio*. Alpes Italia.

SITOGRAFIA

Accesso ai dati dal Dicembre 2021 al Marzo 2022:

- ❖ www.salute.gov.it
URL: <http://www.salute.gov.it>
- ❖ www.nurse24.it
URL: <http://www.nurse24.it>
- ❖ www.laleggepertutti.it
URL: <http://www.laleggepertutti.it>
- ❖ www.sunhope.it
URL: <http://www.sunhope.it>
- ❖ www.ccd.uo.it/tso/trattamento-sanitario-obbligatorio.it
URL: <https://www.ccd.uo.it/tso/trattamento-sanitario-obbligatorio.it>
- ❖ www.dirittierisposte.it
URL: <http://www.dirittierisposte.it>

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia gratitudine a tutte le persone e ai professionisti che mi hanno formato, aiutato e supportato durante il corso di laurea e nello svolgimento della tesi.

In primis un ringraziamento speciale al Direttore del corso di laurea in Infermieristica Maurizio Mercuri per i suoi indispensabili consigli e per le conoscenze trasmesse durante tutto il mio percorso.

Grazie alle tutor, Dott.ssa Mara Marchetti, Dott.ssa Anna Rita Lampisti, Dott.ssa Sabina Strologo, che nonostante l'emergenza sanitaria COVID-19 mi hanno seguito costantemente dimostrandomi oltre le doti professionali già risapute anche e soprattutto le qualità umane.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa Silvia Giacomelli, relatore della tesi, per il suo supporto costante ed infinita disponibilità nel fornirmi indicazioni per la realizzazione del mio elaborato.

Infine, e per un doveroso ringraziamento di cuore, alla mia famiglia e alle persone a me più care. La loro vicinanza e il loro sostegno sono ciò che mi hanno permesso di diventare la persona che sono.