



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

PROFILO ASSISTENZIALE ALLA
PERSONA CON DISAGIO PSICHICO
AUTORE DI REATI GRAVI

Relatore: Chiar.mo
ERCOLANI MAURIZIO

Tesi di Laurea di:
CARBONI NICOL

A.A. 2019/2020

“In ogni persona c’è un lato «oscuro». L’uomo ha istinti aggressivi e passioni primitive che portano allo stupro, all’incesto, all’omicidio; sono tenuti a freno, in modo imperfetto, dalle istituzioni sociali e dai sensi di colpa.”

-Sigmund Freud-

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. IL SOGGETTO OMICIDA CON DISAGIO PSICHICO | 5 |
| 1.1 Che cos'è il disagio psichico? | 5 |
| 1.2 Cosa spinge il soggetto con disagio psichico ad essere autore di omicidio? | 6 |
| 1.3 Ci sono dei fattori predisponenti che aumentano il rischio di diventare autore di reati gravi? | 8 |
| 2. PERCORSO ASSISTENZIALE AI SOGGETTI AUTORI DI REATO CON DISAGIO PSICHICO | 9 |
| 2.1 Dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alle REMS... .. | 9 |
| 2.2 Ma...cosa sono le R.E.M.S.? | 11 |
| 2.3 Requisiti minimi strutturali e organizzativi delle REMS nelle Marche | 12 |
| 2.4 PDTA all'interno delle R.E.M.S. | 21 |
| 3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL SOGGETTO AUTORE DI REATO GRAVE NELLE REMS | 28 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 34 |
| SITOGRAFIA | 34 |
| RINGRAZIAMENTI..... | 39 |

INTRODUZIONE

L'argomento "omicidio" ha da sempre evocato paura ma allo stesso tempo fascino per la psiche umana, curiosità per scoprire realmente cosa c'è nella mente dell'uomo, e ci si pone delle domande al riguardo: perché si uccide? Qual è il suo scopo? Perché ha deciso di agire in quel momento? Cosa lo ha spinto ad essere così violento? Nei casi in cui il soggetto non è in grado di intendere quale percorso è indicato?

Sono state proprio queste domande la base per la stesura della mia tesi, e non tanto per dare spiegazioni sul perché, questi soggetti compiono queste azioni, ma cosa li spinge a farlo, partendo dal disagio psichico presente nel soggetto autore di omicidio e il ruolo principale dell'assistenza infermieristica per questa tipologia di persone, spiegando, il percorso terapeutico e il tipo di approccio che la figura infermieristica ha con l'assistito all'interno delle REMS(residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza).

1. IL SOGGETTO OMICIDA CON DISAGIO PSICHICO

1.1 Che cos'è il disagio psichico?

È la condizione in cui si vive uno stato di sofferenza, di fragilità e di incapacità nel gestire le emozioni, che rende difficoltoso l'adattamento e l'inserimento del soggetto nel contesto sociale, lavorativo ecc., il che lo rende vulnerabile e più propenso ad avere delle ricadute psicologiche. Tensione, frustrazione, aggressività e/o tristezza caratterizzano lo stato di disagio. Se il soggetto poi vive non trovando una risoluzione alla sofferenza, ovvero al malessere psichico, quando raggiunge livelli di intensità elevata, si passa dal disagio psichico al disturbo mentale che è il risultato di una significativa sofferenza psichica prolungata in cui si accompagnano anche stati di alterazione mentale o comportamentale, sfociando poi in veri e propri disturbi. Diverrà "clinicizzato" perché accompagnato da sintomi psichiatrici specifici come deliri, allucinazioni, ossessioni, ecc. che se individuati precocemente possono essere trattati con efficacia.

La versione più recente del DSM (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) contiene questa definizione di disturbo:

“un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.”

Quindi in sintesi, disfunzione, disabilità e disagio sono le componenti fondamentali del disturbo mentale, quest'ultimo si identifica con delle sindromi quindi vale a dire dei segni e sintomi clinicamente significativi che siano causate da disfunzioni di vario tipo.

Una volta che abbiamo definito il disagio psichico, possiamo parlare generalmente delle manifestazioni che il soggetto sviluppa e che porterebbero appunto a commettere reati gravi come:

- Stati d'animo, ad esempio la depressione suscita insoddisfazione, frustrazione, visione pessimistica della vita, compassione verso il mondo e verso sé stessi;
- Eccitazione eccessiva dell'attività mentale e del comportamento, euforia esagerata, reagisce in modo sproporzionato agli stimoli esterni;
- Fantasie e ossessioni che "schiavizzano" il soggetto con dei pensieri e azioni ripetitivi e obbligati;
- Disconnessione o isolamento tra realtà e l'immaginario;
- Deliri che si manifesta con forte convinzione che un certo fatto esista e il soggetto non accetta dubbi o incertezze sulla sua verità;
- Allucinazioni con alterazione della percezione;
- Instabilità emotiva con comportamento strano e incoerente;
- Paranoia, con conseguente isolamento sociale: il soggetto si ritrova in uno stato di allerta, di pericolo, si sente perseguitato da "nemici" inesistenti;
- Confusione mentale che comporta nella persona la perdita della capacità di orientarsi nel tempo e nello spazio, nel riconoscere le persone vicine o di riferimento (ad es. nell'intossicazione alcolica);
- Irritabilità e aggressività;
- Mancanza di rimorso
- Freddezza emotiva
- Egocentrismo.

1.2 Cosa spinge il soggetto con disagio psichico ad essere autore di omicidio?

Il soggetto in questione può essere affetto da uno o più disturbi della sfera psicologica, come visto in precedenza, questo può essere motivo per cui vengono spesso commessi dei reati gravi, quindi descriviamo cosa accade nel momento in cui la persona subisce dei

cambiamenti nei tratti della personalità da renderlo incapace di intendere e di volere a tal punto da commettere un omicidio. Riporto alcuni esempi di reati associati ad essi:

-schizofrenia: aggressione e omicidio durante deliri a tematica persecutoria/gelosia o allucinazioni o tentativo di risolvere determinate situazioni di pericolo da cui si sente minacciato. Di solito le vittime sono membri della famiglia o persone di riferimento.

-disturbo borderline: crimini connessi all'impulsività e alla instabilità emotiva o alla ricerca di un'identità attraverso l'identificazione con un'identità negativa, oppure ancora, la paura dell'abbandono che può essere talmente forte nel soggetto da giustificare l'omicidio.

-depressione maggiore: omicidio/suicidio, strage familiare e filicidio che nella maggior parte delle volte sono l'attualizzazione di deliri di morte o di distruzione, in cui il soggetto porta con sé le persone più care nella visione pessimistica della vita.

-disturbo antisociale: dato dal fattore impulsivo, instabile e irresponsabile, narcisista, manipolatore e con appiattimento emotivo. Compie gli omicidi (su commissione) senza rimorso, apatia.

-disturbo sadico di personalità: con l'atteggiamento emotivo molto freddo, rende possibile la crudeltà, l'aggressività e l'umiliazione subita dalla vittima prima o dopo aver commesso l'omicidio. Potrebbe portare ad esempio (cosa non rara) tra i serial killer, un comportamento di cannibalismo e vampirismo per uno stato di allucinazione così forte da autoconvincersi di essere un predatore, un animale che possiede un altro animale raggiungendo così la gratificazione sadica o un appagamento dell'impulso omicidiario.

-disturbo paranoide: diffidenza, sfiducia nei confronti delle persone che lo circondano, il tratto prevalente è di sospettosità nelle relazioni sociali, ovvero sospetto che gli altri complottino sempre contro di lui o pensare che sia stato ingannato, sfruttato, usato in qualche modo e quindi scatena la reazione violenta.

-disturbi da sostanze: droghe o farmaci psicotropi che scatenano allucinazioni, deliri, sente voci inesistenti, vede figure che non esistono o sente dire cose da altre persone (come ad esempio insulti) che non sono mai stati pronunciati e quindi scatena rabbia e aggressività incontrollata che si trasforma tragicamente in omicidio.

1.3 Ci sono dei fattori predisponenti che aumentano il rischio di diventare autore di reati gravi?

Non ci sono dei veri e propri fattori che “causano” nel soggetto determinati comportamenti che lo portano ad essere autore di omicidio, bensì parliamo di fattori che scatenano o facilitano il crearsi della condizione in cui il soggetto può sviluppare con più facilità questa propensione a compiere determinate azioni, rispetto ad altri che non sono esposti a queste situazioni e condizioni di vita quotidiana come, fattori individuali (iperattività, deficit di concentrazione, irrequietezza, impulsività non controllata, aggressività, comportamento antisociale), familiari (criminalità genitoriale, psicopatologia dei genitori, maltrattamenti infantili, assenza o scarsa disponibilità e affettività nella famiglia, genitori favorevoli all’uso di sostanze e al ricorso alla violenza), scolastici (fallimento scolastico, frequenti cambi di istituto), legati all’ambiente economico-sociale (povertà, disponibilità di droghe e armi, esposizione alla violenza e al pregiudizio razziale) e correlato anche al gruppo dei pari (delinquenza tra coetanei, appartenenza a gang). Ovviamente non sono fattori sicuri e sufficienti a determinare o prevedere uno sviluppo del comportamento delittuoso nel soggetto, tuttavia ce ne sono altri che sono stati analizzati, comparati con vari profili e effettivamente coincidono per la maggior parte di essi, a determinate esperienze e fatti della vita passata che hanno vissuto come traumi di tipo fisico (violazione sessuale, maltrattamenti) e psicologico (umiliazioni, isolamento, deprivazione affettiva, incuria...) già sin dall’infanzia che in qualche modo comunque modifica il loro percorso di crescita normale e ne determina col passare degli anni una problematica psicopatologica che porterà poi a avere comportamenti devianti e criminosi. Il soggetto vivendo determinate situazioni e non risolvendo il conflitto interiore non riesce poi ad affrontare alcune dinamiche sociali che gli si presenta e quindi è qui che sviluppa il disagio mentale con conseguente frustrazione, rabbia e incapacità ad instaurare una relazione duratura e stabile nel tempo con gli altri. Da allora questo insieme di fattori, una volta che raggiunge una determinata soglia critica nel disagio psichico potrebbe benissimo innescare e favorire il comportamento omicidiario nel soggetto. Anche se, si ribadisce il fatto che, solo alcune persone, affette da disagio mentale o psicopatologie, potrebbero sviluppare la tendenza a diventare autori di omicidi e di condurre una vita criminosa.

2. PERCORSO ASSISTENZIALE AI SOGGETTI AUTORI DI REATO CON DISAGIO PSICHICO

Ad oggi le persone con disagio psichico che sono autori di gravi reati come, l'omicidio, affrontano un percorso diverso rispetto a chi magari non è stato giudicato infermo e/o socialmente pericoloso, quindi sono soggetti che hanno bisogno soprattutto di un trattamento sanitario piuttosto che "punitivo" per il reato commesso.

art.88 del codice penale:

- Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere –

In questi casi, non basta solo l'accertamento della malattia mentale, ma si deve comprovare che la patologia in sé può provocare l'azzeramento completo della capacità di intendere e di volere al momento del delitto. Tutti i vari accertamenti psicologici eseguiti da figure professionali specifiche per la perizia, sono per appunto definire lo stato psicopatologico della persona, da questo, si arriva ad una conclusione, cioè imputabile perché capace di intendere e di volere, quindi sconta la pena in un carcere civile secondo la gravità, oppure, se non imputabile, come accennato in precedenza, indirizzarlo verso un percorso di: libertà vigilata in regime ambulatoriale con la prescrizione della frequenza del servizio di salute mentale nel territorio o, la libertà vigilata residenziale quindi con prescrizione di dimora presso una struttura riabilitativa psichiatrica oppure ancora, l'inserimento in REMS: residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, uno dei temi principali che approfondiremo in seguito.

2.1 Dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alle REMS...

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, istituiti a partire dal 1975 con il nuovo ordinamento penitenziario, all'epoca, chiamati manicomi giudiziari, vengono rinominati in OPG, con questa norma cambia la visione della struttura penitenziaria psichiatrica, si tratta di soggetti ritenuti, incapaci di intendere e di volere e per questo motivo prosciolti, anche perché da una "mentalità" del punire gli internati per il reato commesso si passa come aspetto principale cioè il curare la persona, da qui prende anche il nome di "ospedale" e funzione di custodia quindi protezione sociale. Viene ridefinito anche il percorso

assistenziale alla persona autore di reato cioè puntare sull'educazione e sul reinserimento sociale, oltre che alla cura della patologia. Ma ben presto questa visione del soggetto internato nelle OPG, muta perché non soddisfaceva più le condizioni iniziali, nel 2008, il Comitato Europeo per la prevenzione della tortura (CTP), denunciò le scandalose condizioni di vita in cui versava l'OPG di Aversa. Si parlava di reparti in cui le condizioni igieniche erano pessime, scarse dotazioni sanitarie, stanze e reparti senza mobilio, condizioni disumane, detenuti allettati o incontinenti tenuti in isolamento e con mezzi di costrizione inaccettabili, persone tenute legate al letto per giorni e giorni, sedati e senza un'assistenza medica e sanitaria presente. Presa consapevolezza di questa situazione, si inizia un percorso di cambiamento, con il dpcm del 1° aprile 2008, ci fu il primo step con cui si superò gli OPG con il trasferimento delle competenze in materia di medicina penitenziaria alla Sanità Regionale, poi successivamente a questo, ci fu uno dei passaggi più importanti, l'introduzione delle R.E.M.S. (residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) con la legge del 17 febbraio 2012, n.9, che ha previsto la chiusura degli OPG per il 2013 con conseguente risposta adeguata alle esigenze citate in precedenza, ossia, quella di curare, quindi a gestione sanitaria. Il decreto fu adottato con i seguenti criteri:

- a) Esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) Attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) Destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime;

Il termine contenuto nella legge sopra citata entro il quale gli OPG dovevano chiudere (2013) non si è potuto attuare per una serie di problematiche legate alle tempistiche così ravvicinate, perciò il termine è stato prorogato con la legge 30 maggio 2014, n. 81, posticipando al 31 marzo 2015 la chiusura definitiva delle OPG. Con questo, si è chiuso il cerchio, poiché una volta entrata in funzione le REMS, si è messo fine anche agli "ergastoli bianchi" cioè la possibilità di stare rinchiusi per un tempo non determinato, continuamente rinnovabile. Oggi, la detenzione per le misure di sicurezza dei soggetti non può superare la pena detentiva massima attribuita per il reato grave. Quest'ultima legge ha previsto anche l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G. solo in via sussidiaria o residuale qualora risulti non idonea qualsiasi altra misura. Nel

decreto inoltre si parla anche dell'ambito della presa in carico dei singoli soggetti da parte dei vari dipartimenti di salute mentale, con l'obbligo di elaborare un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) per ogni assistito in dimissione. Inoltre sempre nella legge 81/2014 prevede un altro aspetto, cioè far in modo che la misura di sicurezza sia il meno prioritario tra tutte le opzioni, e quindi di favorire il più possibile nel soggetto autore di reato grave, la possibilità di affidarlo alla rete dei servizi di salute mentale dove, in caso contrario si assegna alle misure di sicurezza nelle REMS di competenza territoriale, si avrà la nascita di nuove strutture di cura intermedie per persone con disagio psichico autore di reato grave.

2.2 Ma...cosa sono le R.E.M.S.?

Sono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, in acronimo REMS appunto, indirizzato per gli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi dichiarati incapaci di intendere e di volere, quindi non imputabili su decisione del giudice. Sono strutture di tipo sanitario create dalle regioni in cui si accoglieranno i soggetti che erano detenuti nelle OPG con lo scopo di garantire un percorso di cura specializzato, promuovendo in particolare la salute mentale e il reinserimento sociale per il periodo post detenzione. A fine 2019, è stata rilevata la presenza di 30 REMS funzionanti Italia che ospitavano circa 601 persone. La modalità di accesso come già detto viene disposta dalla Magistratura, il soggetto che necessita di internamento nelle REMS ha delle caratteristiche precise che stanno a indicare la necessità della permanenza in essa, e sono: persistenza dei disturbi psicotici o presenza di depressione maggiore, disturbi di personalità grave, disturbi del neuro sviluppo o neuro cognitivo che creano scempenso al livello di autonomia-funzionale in concomitanza di un abuso di sostanze stupefacenti o a disturbi psichici, mancanza di compliance, assenza di insight, esplosioni di rabbia incontrollata che comportano un auto e/o etero lesionistici, presenza di disorganizzazione cognitiva. La durata della permanenza in struttura è data dalle disposizioni della Magistratura sulla base del Piano Terapeutico Individualizzato (PTRI) condiviso con il centro di Salute mentale di competenza, che si approfondirà di seguito nel paragrafo 2.4

Esistono 3 tipi di REMS: 1) di carattere intensivo: vengono accolti per la maggior parte soggetti che hanno bisogno di un'alta assistenza riabilitativa, solitamente si presentano gravi compromissioni a livello personale e sociale; 2) a carattere estensivo: i soggetti, possono avere delle gravi o moderate compromissioni personali e sociali ma, persistenti e quindi invalidanti, l'assistenza riabilitativa sarà di grado moderato; 3) per interventi socio-riabilitativi: le condizioni della persona sono stabili ma hanno comunque bisogno di una assistenza riabilitativa continua, quindi duratura nel tempo.

La peculiarità di queste strutture sono l'attenzione primaria alla cura della patologia psichiatrica e all'individuazione dei bisogni del soggetto con disagio psichico con la successiva riabilitazione al contesto sociale anziché "punire" il soggetto per il reato grave commesso.

Oltre al trattamento sanitario, sono previste attività socializzanti per il soggetto, come: colloqui, visite individuali familiari, progetti terapeutici riabilitativi (es. il teatro, attività lavorative, la pittura, musica, corsi di formazione ecc...), percorsi integrati con i servizi territoriali per il reinserimento socio-lavorativo o avviamento professionale del soggetto, sostegno a gruppi familiari in relazione al percorso di cura del loro congiunto.

2.3 Requisiti minimi strutturali e organizzativi delle REMS nelle Marche

Nel decreto 1 Ottobre 2012 pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.270 in data 19 novembre 2012 in cui elenca i requisiti minimi, necessari per l'esercizio delle funzioni sanitarie, indispensabili per il funzionamento delle strutture e per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione ad esse assegnati, tramite l'adozione di programmi terapeutico-riabilitativi e di inclusione sociale dettate da prove di efficacia. La Regione Marche con DGR del 17 dicembre 2018 delibera 1718, ha recepito i requisiti nazionali declinandoli in questo modo:

- Requisiti strutturali:

Restano le prescrizioni vigenti in materia di protezione antisismica, antincendio, sicurezza e continuità elettrica, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, alle caratteristiche e all'organizzazione degli ambienti e dei locali tenendo conto delle necessità assistenziali, di riabilitazione psicosociale e di sicurezza. La struttura deve avere uno spazio verde dedicato ai soggetti ospitati nella residenza, che risponda alle necessarie esigenze di sicurezza.

1. Area abitativa:

L'area abitativa, con un numero massimo di 20 posti letto, si configura:

- camere destinate a una o due persone e comunque fino a un massimo di quattro ospiti in casi particolari e di esigenze strutturali;

- è presente almeno un bagno in camera con doccia, separato dallo spazio dedicato al pernottamento, ogni 2 ospiti o comunque fino a un massimo di 4;

- le camere da letto devono avere struttura, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort;

- è presente almeno un bagno per soggetti con disabilità motoria.

2. Locali di servizio comune:

- un locale cucina/dispensa;

- un locale lavanderia e guardaroba;

- locale soggiorno/pranzo;

- locali per attività lavorative;

- locale per deposito materiale pulito;

- locale per deposito materiale sporco e materiale di pulizia;

- spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità;

- locale di servizio per il personale;
- spogliatoio per il personale;
- servizi igienici per il personale;
- locale attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia;
- locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati;
- un'area in cui è possibile fumare.

3. Locali per le attività sanitarie:

- locale per le visite mediche;
- studio medico o locali per le riunioni di equipe;
- locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste;
- locali per colloqui di tipo psicologico/psichiatriche;
- locale per la gestione degli aspetti giuridico-amministrativi.

- Requisiti tecnologici:

riguarda le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie, ma anche alle attrezzature per garantire la sicurezza del soggetto e della struttura.

- carrello di emergenza completo di farmaci, defibrillatore e unità di ventilazione manuale;
- attrezzatura per la movimentazione dell'ospite e disponibilità di almeno una carrozzina per disabili motori;
- disponibilità di scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicopedagogiche e la rilevazione dei bisogni assistenziali;
- presenza di apposite attrezzature, strumentazioni e arredi, che facilitino lo svolgimento di attività di tempo libero, educativo e riabilitativo;

-disponibilità di sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale.

- Requisiti minimi organizzativi:

si riferisce al numero e al tipo di operatori sanitari impegnati nella struttura, e all'organizzazione del lavoro sulla base dei criteri di efficienza ed efficacia per una buona pratica clinica, tenendo anche presenti le restrizioni della libertà degli ospiti, in quanto sottoposti a provvedimento giudiziario.

1. Personale:

è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS. Per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 assistiti, è necessaria la seguente dotazione di personale:

-12 infermieri a tempo pieno;

-6 OSS a tempo pieno;

-2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità notturna e festiva;

-1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno;

-1 psicologo a tempo pieno;

-1 assistente sociale per fasce orarie programmate;

-1 amministrativo a fasce orarie programmate.

Nelle ore notturne è garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS. La responsabilità all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra con esperienza di psichiatria forense. Il coordinatore è un infermiere, o altro personale sanitario laureato, con master di coordinamento o laurea magistrale ed esperienza nel settore, almeno triennale.

2. Organizzazione del lavoro:

l'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati. Le strutture residenziali, nell'ambito delle direttive dei Dipartimenti di salute mentale, adottano linee guide e procedure scritte di consenso professionale. Le procedure scritte si riferiscono almeno alle seguenti tematiche:

- Definizione dei compiti di ciascuna figura professionale;
- Modalità d'accoglienza del soggetto;
- Valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale;
- Definizione del programma individualizzato;
- Criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi;
- Gestione delle urgenze/emergenze;
- Modalità di raccordo col Dipartimento Cure Primarie per garantire l'assistenza di base ai soggetti ricoverati nella struttura;
- Modalità e criteri di raccordo con gli altri servizi del Dipartimento di salute mentale, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari, i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero e di inclusione sociale degli assistiti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva;
- Modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.

Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali, mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato.

All'interno delle REMS inoltre, ci sono delle norme di regolamento ben precisi che gli ospiti devono rispettare, di seguito l'elenco generale:

1. Disciplina generale:

- Gli ospiti hanno l'obbligo di tenere una condotta diretta al rispetto del personale della REMS, degli altri ospiti, dei loro familiari e di ciascun altro visitatore;
- Quando si verificano violazioni delle norme di comportamento, l'autorità giudiziaria è informata senza ritardo nei seguenti casi: condotte aggressive o violente dell'ospite, quelle che comportano rilevanza penale o determinano forme di controllo amministrativo(es. detenzione di sostanze stupefacenti) e i comportamenti che assumono significato di pericolosità psichiatrica condotte tenute da visitatori che accrescono i rischi per la salute e l'incolumità dell'ospite o che influiscono negativamente sul percorso o sul rapporto terapeutico-riabilitativo; ripetuta inosservanza delle norme di comportamento;
- Agli ospiti è consentito il consumo quotidiano di 3 caffè in base alla situazione attuale dell'assistito;
- Le attività esterne a scopo terapeutico-riabilitativo, individuali o di gruppo, richiedono la preventiva autorizzazione dell'autorità giudiziaria e sono realizzate nei limiti stabiliti da quest'ultima;
- L'accesso agli spazi comuni sono consentiti da orari prestabiliti e la permanenza presso quest'ultimi sono consentiti in presenza di almeno un operatore e durante l'orario diurno, sulla base dell'organizzazione della struttura;
- Le stanze attribuite agli ospiti sono sottoposte a verifiche quando vi siano motivi per, ritenere che vi siano collocati oggetti vietati o, comunque, vi si compia un'attività non consentita. Se esistono motivi per ritenere che gli oggetti vietati o altri strumenti pericolosi per l'incolumità personale, si scoprono solo a seguito di una perquisizione locale o personale, l'ospite è invitato a consegnarli; in caso di mancata consegna, è chiesto l'intervento delle forze dell'ordine, dando contestuale avviso all'autorità giudiziaria. Allo stesso modo si procede se tali oggetti, pur visibili all'operatore, siano nella disponibilità dell'ospite e non siano da questo consegnati malgrado l'invito;

- All'autorità giudiziaria è richiesto un controllo sui contenuti della corrispondenza se esistono esigenze del trattamento terapeutico segnalato dai dirigenti medici;
- Gli ospiti che intendano utilizzare le comunicazioni telefoniche devono farne richiesta al direttore della REMS, indicando i destinatari e l'utenza telefonica da contattare;
- Salvo diversa prescrizione dell'autorità giudiziaria, sono consentite le comunicazioni telefoniche con i prossimi congiunti perlomeno una volta a settimana, per la durata di 10 minuti ciascuna; è permessa altresì, la conversazione telefonica con persone diverse dai congiunti se esistono ragioni plausibili e non ostino motivi di sicurezza;
- Gli apparecchi telefonici sono messi a disposizione a cura della struttura sanitaria e i costi sono a carico dell'ospite, salvo che questi non abbia disponibilità economiche;
- Gli ospiti e i visitatori non possono detenere o usare telefoni cellulari;
- L'ospite non può detenere denaro e gestirlo autonomamente durante il ricovero in struttura;
- È consentito all'ospite depositare presso gli uffici della REMS, anche tramite dazione diretta da parte dei prossimi congiunti o tutore, la somma massima di euro al mese stabilito dalla dirigenza;
- Nei casi di assenza di congiunti o figure di tutela, l'ospite può effettuare il prelievo della somma mensile presso uno sportello postale o bancario durante lo svolgimento di attività esterne autorizzate sempre in presenza di un operatore sanitario. In caso di mancata autorizzazione provvede l'autorità giudiziaria su richiesta;
- Gli assistenti sociali custodiscono il denaro e indicano su un registro, per ciascun ospite, le somme in entrata e in uscita annotando anche la causale;
- È generalmente vietato l'acquisto di pasti provenienti dall'estero, salvo motivate ragioni dipendenti dalla particolare condizione dell'ospite;
- L'acquisto di generi di conforto e di effetti personali è subordinato alla tutela della salute psicofisica, alle attività della REMS e al progetto dell'ospite;
- Non è autorizzato il prestito di denaro tra ospiti o tra questi e i dipendenti;

- Il vitto è somministrato esclusivamente nel locale adibito a mensa tramite gli operatori sociosanitari e qualora sia previsto nel progetto terapeutico individuale, gli ospiti possono collaborare, secondo turni, alla predisposizione del vitto;
- Rispettare le regole di vita e gli orari stabilite dalla struttura;
- Avere cura dei locali e degli arredi della REMS; eventuali danni provocati dagli ospiti saranno oggetto di richieste risarcitorie;
- Riordinare le proprie camere, in collaborazione con gli operatori se necessario e mantenere il dovuto decoro;
- Tenere l'igiene personale rigorosa e avere cura di sé stessi e della propria sicurezza;
- Segnalare eventuali patologie fisiche;
- Fumare negli appositi spazi e le sigarette hanno un limite giornaliero oltre che custodite e distribuite dal personale. Sono proibiti accendini e fiammiferi; ci sarà a disposizione un accendino di uso comune negli spazi appositi;

2. Oggetti proibiti:

- È vietato introdurre o detenere oggetti contundenti, taglienti o appuntiti;
- È vietato introdurre e detenere: vetro, lattine, materiali infiammabili, solventi, specchi, appendiabiti in legno o ferro, ombrelli, solventi, colla, cellulari, televisori, macchine fotografiche e qualsiasi altro dispositivo con connessione internet, sostanze stupefacenti, alcolici, energy drink, integratori alimentari e, in generale, altri oggetti ritenuti pericolosi per l'incolumità fisica o psichica dell'ospite o di terzi;
- Non è comunque consentito l'uso e la detenzione di cinture di cuoio o altro materiale non elastico;
- Devono essere consegnati al personale della REMS: forbicine, lamette, rasoi, tronchesi, asciugacapelli, detersivi, accendini, personal computer, lettori dvd, console giochi, denaro, farmaci, oggetti per la cura della persona in vetro o alluminio;

3. Oggetti ammessi:

-l'uso di propri capi d'abbigliamento, biancheria, asciugamano, prodotti per l'igiene personale (sapone, detersivi, dentifricio, spazzolino, deodorante non spray);

-sono ammessi libri e riviste, radio senza funzione di registrazione, lettori mp3;

-è tuttavia consentito, previa autorizzazione e salvo specifiche prescrizioni dell'autorità giudiziaria, l'uso di personal computer sprovvisti di connessione internet, lettori dvd o simili, nei tempi e modi che verranno indicati dagli operatori sanitari sulla base dell'esigenza trattamentale dell'ospite;

- il dirigente medico può tuttavia autorizzare l'introduzione o l'uso di oggetti non presenti sulla lista se utile a scopi sanitari, di igiene o del trattamento terapeutico-riabilitativo dell'ospite.

4. Regole di sicurezza:

-Al fine di tutelare l'incolumità degli assistiti e del personale presso le REMS si ricorre agli addetti alla vigilanza interna, tramite chiamata orale o tramite i sistemi di allarme individuali. In caso di violazione o di rischio della sicurezza, gli addetti al servizio di vigilanza interna provvedono a darne immediata comunicazione alle forze dell'ordine;

-Tutti coloro che accedono alla struttura, ivi compreso il personale operante, è sottoposto a controllo mediante metal detector e dispositivi x-scan;

-Le forze dell'ordine garantiscono la sicurezza perimetrale della REMS e ne assicurano la vigilanza esterna;

- È disponibile un collegamento di emergenza con commutatore telefonico fra singola REMS e numero unico per le emergenze 112.

2.4 PDTA all'interno delle R.E.M.S.

Per definizione il PDTA ovvero il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale è la trasposizione delle raccomandazioni delle linee guida di riferimento nazionali e regionali con gli elementi del contesto locale, si tratta di applicare degli standard assistenziali di cura e continuità assistenziale, è un percorso che viene seguito appunto attraverso raccomandazioni che servono a erogare un servizio sempre a livelli standard per tutti. Nelle REMS, è di fondamentale importanza poter applicare il PDTA per offrire in tutti gli istituti la stessa assistenza, purché sia conforme alle normative e alle esigenze locali. Il PTI è concordato tra CSM competente e le distinte professionalità presenti nella REMS, è inserito nella cartella clinica personale e assume il nome di progetto terapeutico-riabilitativo integrato (PTRI). Per poter strutturare il percorso di cura vengono valutate le caratteristiche della personalità, della patologia e i bisogni di salute, sociali e relazionali. I provvedimenti terapeutici vengono attuati in ottica evolutiva per ottenere la guarigione clinica, un miglioramento funzionale e del livello di qualità di vita secondo i principi della recovery e permettere ai soggetti di superare o attenuare la condizione d'infermità mentale alla quale è stata associata la pericolosità sociale. Nella realizzazione del processo di cura, la priorità è creare e mantenere il consenso al fine di migliorare la collaborazione del soggetto, perché se da una parte la misura di sicurezza è imposta, dall'altra in psichiatria non può esservi riabilitazione senza consenso e senza un'attiva collaborazione dell'assistito.

Ci sono diverse fasi che costituiscono il PDTA nel contesto delle misure di sicurezza, che essendo comunque rivolto a soggetti in stato di detenzione rende più complessa la presa in carico e la gestione delle condizioni di disagio mentale, oltre al fatto che le linee guida devono contenere anche i requisiti per la sicurezza, indispensabile per gli operatori che potrebbero essere esposti a rischi individuali e di gruppo e conoscere come comportarsi nei diversi casi delle misure di sicurezza della persona. Descriviamo in seguito le fasi principali che riguardano il percorso assistenziale al soggetto autore di reato grave:

- 1) Accoglienza e identificazione dei soggetti: lo scopo è quello di accogliere il nuovo internato, questa prima fase è molto delicata, perché il compito dell'intera equipe è quello di cercare di guadagnarsi la fiducia del soggetto al fine

d'instaurare un rapporto basato sul dialogo e di conseguenza la condivisione della sua sofferenza, cercando di essere non giudicanti ma, allo stesso tempo, autorevoli, adoperandosi insieme alla persona nel creare le migliori condizioni ambientali e relazionali.

Poi successivamente, si procede ad effettuare una prima valutazione globale da parte del personale, le figure che possono parteciparvi sono: ufficio matricola, Medico psichiatra della struttura, Infermiere, Mediatore linguistico (ove necessario). In un primo momento, si effettua l'immatricolazione del nuovo internato e si ha l'apertura della cartella clinica con la raccolta dei dati generali del soggetto con eventuale cartelle precedenti o altra documentazione sanitaria disponibile per verificare la condizione generale di salute. Si continua, effettuando una sorta di triage medico-infermieristico per una valutazione iniziale con la prima visita volta anche ad identificare gli assistiti con evidenti o sospetti sintomi per rischio autolesivo o suicidario. Si compila la cartella clinica con raccolta anamnestica, esame obiettivo generale, segnalazione eventuali fattori di rischio per malessere psico-fisico, misurazione dei parametri vitali di base e si esegue un eventuale screening di laboratorio in base alle necessità del soggetto e al tipo di protocollo. Passaggio molto importante, è quello di somministrare il test di valutazione del rischio suicidario e scale varie, utilizzando anche altri strumenti ritenuti utili, questo screening fatto sin dall'inizio, è fondamentale nel lavoro sanitario, perché permette di adottare procedure di accoglienza e di integrazione per i nuovi internati che si trovano ad iniziare un percorso detentivo e serve a prevenire o limitare al minimo, gli effetti dati dalla privazione della libertà che aumenta le probabilità di suicidio rispetto alla restante popolazione. Importante è la partecipazione dell'infermiere con esperienza in salute mentale in modo che possa individuare precocemente i bisogni assistenziali, psicologici e sociali del soggetto. Una volta effettuata la prima parte che riguarda l'analisi generale dell'assistito, si imposterà qualora il medico lo ritenga necessario la terapia farmacologica, l'indicazione al sostegno psicologico e un eventuale misura di sorveglianza particolare nel caso in cui è emerso un importante rischio suicidario per la persona.

2) Valutazione psicologica: interviene lo psicologo e ove necessario anche il mediatore linguistico-culturale. Si otterrà in questa valutazione l'inquadramento psicologico, l'assistito eseguirà un colloquio conoscitivo, con eventuale somministrazione di scale diagnostiche, si imposta il progetto di intervento psicologico con il medico psichiatra e con altre figure professionali sanitarie. Successivamente, sempre in questa fase ci sarà la visita psichiatrica a cui parteciperà anche l'infermiere poiché per poter impostare il programma di cura e riabilitazione sarà indispensabile il lavoro di equipe con psichiatra, infermiere, psicologo e altre figure professionali come ad esempio l'educatore. Per poter mettere in pratica il percorso, lo psichiatra può disporre delle misure di sorveglianza particolare se determina che alcuni soggetti possono essere a rischio. Una volta fatta la valutazione psicopatologica alla persona si potrà definire un PTRI-R, acronimo di, Percorso Terapeutico Individuale Riabilitativo Individualizzato Residenziale per il singolo assistito, quindi si sceglie il modello clinico-assistenziale più idoneo in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale di competenza, dopo aver valutato i bisogni di salute, nell'area della cura del sé e ambientale, competenze relazionali, gestione economica e abilità sociali nella persona internata. Si susseguiranno poi, ulteriori accertamenti e visite psichiatriche successive alla prima valutazione sia con lo psichiatra che con lo psicologo e anche in questa fase l'infermiere svolge un ruolo fondamentale che richiede una partecipazione attiva nei confronti dell'aderenza e compliance dell'assistito al piano terapeutico prescritto e in particolare nella rilevazione dei bisogni della persona, anche se è sempre opportuno informare il medico delle condizioni cliniche del soggetto se si tratta di un aggravamento significativo o riguardante il programma di cura.

Il percorso terapeutico individualizzato per ciascun assistito risulta fondamentale non solo per individuare i bisogni, ma viene fatto anche per una questione di complessità, considerando che i soggetti all'interno delle REMS risultano con un quadro di disagio psichico tutt'altro che uniforme ad esempio ci sono soggetti che sono affetti da disturbo di personalità e ritardo mentale in cui molto frequentemente accompagnato da un abuso di sostanze stupefacenti e alcol, quindi stiamo parlando di una persona con bisogni complessi, indicato in passato con il

termine di “doppia diagnosi”, tale da richiedere un’assistenza costante e impegnativa per il personale all’interno degli istituti.

- 3) Presa in carico: si dettaglia ulteriormente il progetto di cura per l’avvio definitivo, le figure presenti sono i medesimi professionisti sopraelencati comprese altre figure coinvolte nel percorso riabilitativo, come l’assistente sociale, l’educatore professionale, il tecnico della riabilitazione psichiatrica. Ci sarà la conferma della patologia mentale presente, cioè si andrà a verificare se, la malattia era già insorta da tempo e quindi sottoposto in passato a controlli e visite psichiatriche con assunzione di una terapia farmacologica, oppure se al momento in cui commetteva il delitto coincideva con l’esordio della patologia e quindi nessuna terapia farmacologica era mai stata assunta in precedenza. Si stabilisce il piano terapeutico, impostando una terapia farmacologica e si valuta se e come utilizzare quella non farmacologica (la psicoeducazione, la psicoterapia...), si individuano i bisogni psicosociali con lo scopo di creare un PTI completo, si stabilisce una relazione di fiducia con l’assistito per avere maggiore riscontro positivo sull’aderenza e collaborazione al trattamento, si monitora l’andamento nel tempo delle condizioni generali fisiche per valutare i possibili effetti collaterali causati dalla terapia farmacologica (esami ematici specifici e non, rilevazione frequente pressione arteriosa, frequenza cardiaca, livelli plasmatici di farmaco, ECG, eventi avversi, ecc...) e psichiche del soggetto per valutare l’efficacia della terapia (somministrazione di scale). Parte attiva di questa fase è l’infermiere, sia nel monitoraggio della risposta alle terapie farmacologiche e psicologiche che per verificare le misure atte a ridurre il rischio autolesivo, come già accennato in precedenza.

In queste fasi è molto importante sottolineare che le riunioni e il lavoro di equipe sono fondamentali per verificare l’andamento del percorso di cura quindi, in caso confermare o modificare il piano riabilitativo. Durante gli incontri di equipe si discute se l’assistito risponde alla terapia, si evidenzia e si espongono le aree problematiche, si programma e si verifica periodicamente il PTI.

Le attività svolte all'interno delle REMS sono sia interne alla struttura come la lettura dei libri, quotidiani, corsi di inglese, corsi di musica, educazione alimentare, gruppi dell'area prevenzione (campagna antifumo), gruppi di attività come il ping-pong, attività di cucina, e sia all'esterno alla struttura come il calcetto, il nuoto, trekking urbano, teatro, onoterapia (allevamento di asini), giardinaggio, attività agricole ecc... lo scopo principale delle attività è quello di avviare il recupero dell'autonomia con la ripresa del controllo della propria vita e favorendo il reinserimento socio-riabilitativo. Per ogni assistito è definito un progetto terapeutico-riabilitativo integrato che tiene conto delle sue caratteristiche personali, dei limiti derivanti della misura di sicurezza detentiva e delle prescrizioni imposte dall'autorità giudiziaria.

Nel percorso che l'assistito dovrà affrontare all'interno delle REMS, è bene che ci sia la stretta collaborazione e buona comunicazione nell'equipe multiprofessionale che andrà a favorire poi un esito positivo sul monitoraggio e adesione al percorso per il soggetto.

- 4) Continuità assistenziale in caso di dimissione o trasferimento in un altro istituto: il soggetto una volta che ha concluso il periodo di internamento in REMS prestabilito inizialmente dal reato commesso o la persona che deve essere trasferita, richiede l'attivazione della rete territoriale e/o della struttura di destinazione per la continuità assistenziale, per far sì che il soggetto continui ad essere seguito da un team di professionisti, per appunto proseguire il percorso di cura fino ad ora applicato e se riscontrato, con buoni risultati da parte dell'assistito. Questi soggetti hanno bisogno di continuità nel percorso stabilito per poter dare esiti positivi a lungo termine e acquisire autonomia propria nell'ambito sociale che è di fatti l'obiettivo principale della REMS una volta che l'assistito viene dimesso. Gli operatori delle REMS quindi, dovranno elaborare un piano preliminare di dimissione che tenga conto della situazione generale psicopatologica del soggetto e della situazione giuridica in corso.

5) Casi di emergenza/urgenza:

La Prefettura dispone un protocollo generale recante le “procedure operative di collaborazione fra il personale sanitario e il personale delle forze dell’ordine in caso di situazioni critiche all’interno delle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza”:

Nel momento in cui emergono nell’assistito chiari segnali di agitazione psicomotoria il personale sanitario presente in quel momento in struttura dovrà mettere in atto particolari strategie nel tentativo di contenere il fenomeno sul nascere. In particolare dovrà:

1.

-confrontarsi con i dirigenti presenti in struttura che collaboreranno alla risoluzione dell’evento, all’individuazione e rimozione di eventuali fattori scatenanti. In caso di assenza consultare prontamente il reperibile e richiedere la sua presenza in struttura;

-distribuire strategicamente il personale all’interno della struttura;

-al fine di tutelare la propria incolumità ricorrere al personale di vigilanza interna, tramite chiamata verbale o tramite sistemi di allarme individuali;

2.

Il personale sanitario e di vigilanza della struttura, preso atto dell’impossibilità di risolvere la crisi mediante intervento sanitario di tipo farmacologico, valutati l’aggravarsi della situazione e il concreto rischio che il contesto degeneri, può, al fine di tutelare la propria incolumità, trovare rifugio in uno degli spazi dotati di porta antisfondamento. Giunti sul posto di crisi, o comunque quando ritenuto indispensabile il responsabile o gli operatori della struttura potranno allertare le Forze di Polizia mediante pulsante di allarme o mediante comunicazione telefonica. Il personale intervenuto, dopo aver preliminarmente preso contatto con il responsabile della struttura deve in primo luogo:

-isolare l’area di intervento, adottando ogni altra iniziativa idonea a ridurre i rischi connessi con la particolare situazione operativa;

-acquisire ulteriori informazioni sul conto del soggetto, al fine di individuare le cause scatenanti dello stato di agitazione o delle anomalie comportamentali;

3.

Deve essere valutata l'opportunità di attendere, fin a quando possibile, il naturale attenuarsi dello stato di agitazione. In tale circostanza il personale delle Forze di Polizia, supportando il personale sanitario, dovrà cercare di contenere il soggetto in crisi, attuando ogni accorgimento per preservarne l'integrità psico-fisica del soggetto. A questo punto potrebbero configurarsi i seguenti scenari:

- A) Il soggetto viene messo in sicurezza, quindi il medico presente in struttura valuterà gli interventi sanitari più idonei;
- B) Persistono le condizioni di urgenza psicopatologica e tali condizioni non si ritengono risolvibili all'interno delle REMS, quindi il soggetto potrà essere trasferito, non escludendo il ricorso al TSO (trattamento sanitario obbligatorio) ospedaliero, al più vicino SPDC.

Quest'ultimo scenario si prende in considerazione quando vi è una situazione di pericolo di vita o estrema urgenza di cui si dispone direttamente il trasferimento dell'assistito in ospedale, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità Giudiziaria competente per ulteriori disposizioni al riguardo. Il trasferimento avverrà in autoambulanza appositamente allertata e prevede la presenza sul mezzo medesimo di un operatore della Residenza. Quando si rende necessario applicare un T.S.O. ospedaliero, il medico intervenuto segnalerà nel più breve tempo possibile al Magistrato competente il trasferimento dell'assistito, concordando come detto in precedenza, l'eventuale piantonamento in SPDC con l'accompagnamento della Polizia Municipale e in caso di indisponibilità di quest'ultima si richiederà l'intervento dei Carabinieri locali.

3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL SOGGETTO AUTORE DI REATO GRAVE NELLE REMS

In realtà, l'infermiere non riveste un ruolo unico e singolare in questi contesti come è stato accennato in precedenza nel capitolo in cui si faceva la descrizione del PTI per l'assistito all'interno delle REMS, perché comunque quando si tratta di occuparsi di soggetti ad alta intensità assistenziale, come nel caso appunto di una persona con disagio psichico e altre problematiche legate alla sfera relazionale, si opera sempre in team quindi si agisce con un approccio multiprofessionale composto da varie figure che serviranno poi ad avere un risultato completo in tutti gli aspetti nel percorso di cura del soggetto.

Art. 12 del Codice Deontologico (2019): "l'infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale".

L'infermiere quindi, ha un suo ruolo fondamentale all'interno dell'equipe, si occupa dell'assistenza infermieristica, della salute mentale della persona e si interfaccia anche con il sistema giudiziario. In Italia, l'infermiere all'interno di questi contesti veniva fino a pochi anni fa, visto come "semplice" infermiere che ha eseguito un corso adeguato di formazione organizzato dalle Regioni prima di accedervi, mentre invece nella letteratura internazionale si riconosce proprio la figura dell'infermiere che hanno seguito un corso specifico per poter lavorare in questi contesti, specializzandosi come infermiere psichiatrico forense. Negli ultimi anni invece, l'infermieristica ha trovato un punto di svolta, grazie alla consapevolezza, coscienza e da un'incrementata sensibilità del settore (progetto Cost in Europa nel 2014), si mette in luce dei cambiamenti che interessa l'infermieristica forense psichiatrica europea, di fatti nella nuova infermieristica forense si basa su principi di interventi relazionale, terapeutici e di riabilitazione oltre che provvedere al fornire un'assistenza individualizzata e centrata sul soggetto, sulla promozione della salute, quindi una visione centrata più sull'olistica rispetto a quella precedente.

A parte la formazione, che è una piccola ma grande parentesi, gli infermieri possono dare tanto del loro contributo, ma la realtà delle REMS è ad oggi quello che ostacola un po' la visione di queste strutture, e sono date dal pregiudizio, le etichette e dalla "macchia" che

gli attribuisce la società sentendo parlare magari del tipo di soggetti che vi risiedono all'interno, l'idea di pensare a queste strutture con cancelli che delimitano l'area, dà un'idea sbagliata delle misure per la sicurezza. Anzi, si è visto che anche nei contesti sanitari gli operatori sono influenzati da questi pre-giudizi, al punto che non riescono ad erogare un'adeguata assistenza o ad attuare il piano e a concentrarsi sui bisogni reali del soggetto internato. Ma tutto questo, ad un infermiere correttamente formato e con un'etica corretta, dimostrerà rispetto verso l'umanità del soggetto, trascurando e lasciandosi alle spalle le azioni passate compiute dalla persona.

Come recita il comma 2 dell'Articolo 1 del DM 739/94 nel profilo professionale dell'infermiere afferma:

“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale e educativa”.

Si può notare come nel comma 2 si evidenzia la parte relazionale che in questo contesto è fondamentale la relazione infermiere/assistito, per il recupero della persona con disagio psichico grave. Nell'assistenza al soggetto psichiatrico, la natura tecnica è data dalle competenze infermieristiche di base e tecniche di intervento psicologico e sociale; la natura educativa in questo ambito trova spazio nel reinserimento sociale partecipando attivamente al percorso di cura con altre figure professionali e non solo, anche nella parte che riguarda la cura del sé, quindi l'igiene della persona, far acquisire autonomia nella pratica quotidiana riguardante il self care; di natura relazionale, qui si parla dell'infermiere stesso e di come si approccia con la persona assistita, più l'infermiere ha capacità ed ha una predisposizione maggiore a stabilire una relazione con il soggetto, più il percorso di cura si facilita sia per un supporto nei momenti di difficoltà sia, facilitare la comunicazione anche con i familiari.

La relazione infermiere/assistito in questo contesto, è la cosa più importante per promuovere il percorso di cura, stabilire un rapporto di fiducia e inoltre, sostenerlo nei momenti di crisi, come ci ricorda l'articolo 4, capo I del Codice Deontologico (2019):

“Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in

abbandono coinvolgendolo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura”.

Questo articolo ci sta a precisare che il tempo in cui si stabilisce una relazione con la persona è comunque un inizio della cura, il piccolo pezzo che alla fine comporrà il grande puzzle a fine percorso. L'infermiere infatti è la figura di maggiore riferimento nel contesto del soggetto con disagio psichico perché comunque è la persona con cui può esprimere apertamente appunto il proprio disagio, bisogno o anche solamente il raccontare se stessi.

I soggetti con disagio psichico autori di reato, costituiscono una popolazione dalle caratteristiche particolari rispetto magari a un assistito seguito in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in relazione in primis all'interfacciarsi direttamente con l'ambito giuridico penale, oltre, alle aree psicologiche, cura del sé, alla gestione ambientale e alle abilità sociali di cui se ne prende carico direttamente la figura infermieristica che sopperisce ad aiutare, promuovere o sostituire l'assistito nel compiere le azioni quotidiane ormai trascurate, facendo sì che riacquisti la propria autonomia. Questa è una piccola parte che costituisce il PTI, che come detto in precedenza, per l'attuazione di un proficuo processo riabilitativo è fondamentale adottare, un approccio multiprofessionale, che si avvale di competenze e conoscenze individuali di ogni professione che ottimizza il processo dinamico della valutazione, formulazione, attuazione e valutazione del trattamento e dell'assistenza.

Il reinserimento sociale è un obiettivo che viene raggiunto anche attraverso una serie di attività che vengono praticate dagli utenti all'interno della REMS, come:

- Gruppo Parola: per l'espressione dei propri vissuti con la finalità di migliorare la comunicazione dei contenuti emotivi, stimolare empatia e mentalizzazione, contribuire ad affrontare costruttivamente eventuali conflittualità e qui è sollecitata la partecipazione di tutti gli ospiti;
- Social skills training: attività di gruppo condotta da tecnici della riabilitazione psichiatrica con il supporto degli membri dell'equipe;
- Attività della quotidianità: le normali mansioni della vita quotidiana come tenere in ordine il proprio spazio abitativo, l'igiene della persona e degli indumenti, contribuire alla preparazione della sala da pranzo in occasione dei pasti che vengono sollecitate

secondo le capacità individuali, al fine di migliorare sempre più le autonomie. Inoltre i soggetti possono accordarsi fra loro e con gli operatori per cucinare individualmente o in piccoli gruppi;

- Attività di teatro: aperto a tutti su base strettamente volontaria, oltre all'ovvio fine ricreativo stimola la comunicazione, il decentramento, il riconoscimento di limiti e potenzialità di ciascuno, il "fare gruppo";

- Attività di Musica: anch'essa a fine ricreativo, stimola il riconoscimento della musica come modalità espressiva ed il "fare gruppo" per ottenere un risultato comune, che si concretizza nel concerto finale;

- Attività Corpo-Coscienza: individuale o di gruppo, si tratta di un metodo di ginnastica dolce (sviluppato dal fisioterapista francese Georges Courchineaux) che agevola il rilassamento e l'introspezione e contribuisce ad attenuare la tensione muscolare, espressione di disturbi psicosomatici, effetti extrapiramidali dei farmaci, ecc...;

- Ortoterapia: un gruppo di ospiti si occupa di gestire, sotto la supervisione di operatori formati, l'orto all'interno della REMS, quando la stagione lo permette, a settimane alterni, uscite nei parchi e nei giardini per osservare le diverse specie vegetali nei loro ambienti. I ritmi della natura stimolano la capacità di dedizione ed attesa di risultati che non possono essere immediati;

- Pet therapy con i cani e ippoterapia (effettuate in conformità alle linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali).

Consultando un'analisi qualitativa, pubblicata nell'articolo dell'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine sul ruolo infermieristico all'interno della REMS di Cagliari, sono presenti diverse interviste fatte a infermieri e operatori socio sanitari che lavorano all'interno, dichiarano che sostanzialmente, l'assistenza infermieristica si basa sulla relazione, nel saper ascoltare e il principale compito consiste nel dovere e volere provocare un cambiamento nei comportamenti degli assistiti. L'instaurarsi di una relazione e quindi condizione necessaria per intervenire sulla sfera relazionale e psicologica, lo strumento principale resta comunque la comunicazione per

il soggetto difficile. Lo scopo dell'equipe, e quindi degli infermieri, è quello di ridurre la sintomatologia e di far sviluppare personalità e capacità relazionali di cui l'obiettivo finale e comune a tutti è il reinserimento sociale. Lo stesso articolo precisa che il raggiungimento di questo obiettivo si ottiene anche attraverso le uscite dalla struttura che vengono concesse agli assistiti, accompagnati dal personale infermieristico, previa autorizzazione del magistrato. Una volta ottenuto il permesso, il soggetto ha la possibilità di scegliersi l'accompagnatore, magari con il quale ha instaurato un buon rapporto, con cui vorrà passare del tempo al di fuori della struttura, essendo le uniche figure con cui imparano a relazionarsi poi con il mondo esterno. È stato riscontrato un esito favorevole e un progresso nell'assistito durante le uscite, prendendo piano piano confidenza con il parlare e relazionarsi con persone al di fuori, con l'atteggiamento e modo che devono avere con le altre persone, soprattutto per soggetti che sono stati reclusi per anni e anni e solamente, in questi ultimi in cui sono ospiti nelle REMS si relazionano con il mondo esterno. Un altro intervento messo in pratica corrisponde al sostegno nella modifica del comportamento, collegato ad attività, quali la musicoterapia, utilizzata in diversi contesti psichiatrici e anche in altri paesi del mondo, per gestire gli impulsi negativi del soggetto. Il benessere e la guarigione sono garantite dallo svolgimento di altre attività terapeutiche, sia ludiche che sportive, quali cineforum, ping-pong, calcetto, giardinaggio, e un infermiere riferisce inoltre che ci sono dei giorni prestabiliti in cui la psicologa sceglie un film che viene proiettato in sala e una volta terminato si discute con gli ospiti sul significato dei film o sulle emozioni e sensazioni trasmesse. Il film ha uno scopo ed è quello di far riflettere gli assistiti su determinate tematiche che l'equipe ha scelto di voler affrontare. Gli infermieri nel descrivere il loro ruolo, hanno individuato altri interventi che corrispondono all'ascolto attivo, la promozione dell'integrità della famiglia e il sostegno in relazione alle risorse economiche, altra cosa importante che si fa nelle REMS, è quello di insegnare il valore dei soldi. Dalle testimonianze degli intervistati emerge che le problematiche di ogni tipo vengono discusse con tutta l'equipe e risolte grazie alla comunicazione tra tutti i membri con lo scopo di trovare una soluzione comune, anche il semplice fatto di dover decidere se dare una tazzina di caffè a un ospite oppure no, se ne discute e si valuta se quel determinato gesto serve per il PT, che effettivamente un caffè sembra banale, ma nel caso dei soggetti psichiatrici non lo è perché magari hanno delle dipendenze e bisogna essere cauti.

Nel complesso, ogni figura ha descritto il proprio ruolo non come figura al singolare ma come un insieme di figure professionali che lavorano in equipe, non si risolve mai un problema in autonomia e ci si confronta sempre per arrivare ad un obiettivo comune senza andare ad agire da soli.

In conclusione possiamo dire che nelle REMS ci si focalizza maggiormente sull'umanizzazione delle cure piuttosto che la detenzione in sé, l'ascolto attivo è molto importante così come la relazione che si instaura con il soggetto ed è altrettanto importante che una volta stabilito il PTRI per i soggetti autori di reato grave, divenga un vero e proprio progetto collettivo con la collaborazione di tutte le figure volte a migliorare la qualità di vita, a sfavorire l'istituzionalizzazione e accompagnare l'assistito nell'educazione al reinserimento sociale quando poi sarà dimesso. I soggetti nel loro percorso devono essere attivamente coinvolti e partecipi del progetto sempre in qualità delle misure di sicurezza imposte, visto che nessun percorso potrà funzionare se l'assistito non aderisce al piano terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMENT, P., & ALIANE, I. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA). Supplemento al Vol. 52-N°6. Consultato ultima volta il 19/03/2021

-Amoretti, M. C., & Lalumera, E. (2018). Il criterio del “danno” nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche. Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia, 9(2), 139-150. Consultato il 9/03/2021

-Massaro, G. (2002). La figura del Serial Killer tra diritto e criminologia. <http://www.adir.unifi.it/rivista/2002/massaro/index.htm> Consultato il 1/03/2021

SITOGRAFIA

-Arnone, A., “l’infermiere esperto in psichiatria, uno stigma da cambiare”: <https://www.nursetimes.org/linfermiere-esperto-psichiatria-uno-stigma-cambiare/32331> . consultato il 20/03/2021

-Sbrana, A., Veltri, A., Lombardi, V., percorsi territoriali dei pazienti psichiatrici autori di reato: <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-16/remsd-volterra-percorsi-pazienti-psichiatrici-autori-reato-esperienza-innovativa-psichiatria-toscana> . Consultato il 19/03/2021

-Menghini, A., Mattevi, E. Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. [https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/804632/1673128/Infermit%C3%A0mentale.imputabilit%C3%A0.disagiopsichicoincarcere.pdf ultima consultazione 16/03/2021]

-Bagnulo, I., Tanini, M. dagli OPG alle REMS: il difficile superamento: <https://www.stateofmind.it/2019/07/opg-rems-psichiatria/> consultato il 18/03/2021

-Cancellaro, F. “umani, non internati”: <https://www.antigone.it/quindicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/umani-non-internati/> . consultato il 18/03/2021

-Cavaciuti, A., “ci siamo dimenticati dei detenuti con disturbi mentali”: <https://www.glistatigenerali.com/giustizia/ci-siamo-dimenticati-dei-detenuti-affetti-da-disturbi-psichiatrici-detenuiti-disturbi-psichiatrici/> . 22/03/2021

-Corleone, F. (2017). Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Consultato l'ultima volta 25/03/2021

-D'Angelo, M. "Vite assassine-viaggio nella mente criminale". [<https://www.aslal.it/allegati/dangelo.pdf> ultima consultazione 16/03/2021]

-Gazzetta ufficiale, Decreto 1 ottobre 2012: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-11-19&atto.codiceRedazionale=12A12296&elenco30giorni=false . consultato il 18/03/2021

-Gazzetta ufficiale, Decreto n.270 del 19 novembre 2012: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8v4C5md3vAhWGCOwKHYFsDSAQFjAAegQIBRAD&url=http%3A%2F%2Fwww.gazzettaufficiale.it%2Feli%2Fgu%2F2012%2F11%2F19%2F270%2Fsg%2Fpdf&usg=AOvVaw14WTqKDZfrpJgrOMW4kri6> . consultato l'ultima volta il 1/04/2021

-Fuggiano, B. c'erano una volta gli OPG, ora ci sono le REMS: <https://www.fattodiritto.it/cerano-una-volta-gli-o-p-g-adesso-ci-sono-le-r-e-m-s/> consultato il 18/03/2021

-La legge uguali per tutti,art.88: <https://www.laleggepertutti.it/codice-penale/art-88-codice-penale-vizio-totale-di-mente>. Consultato il 16/03/2021

-Sacco, M., Gianelli, B., del Senato, C. D. I. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. [<https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2016/02/44-45-Ospedali-psichiatrici.pdf>. Consultato 22/03/2021]

-Tarta vela onlus.Disagio e disturbo mentale: <http://www.tartavela.it/disagio-e-disturbo-mentale.html>. Consultato il 9/03/2021

-Sestante 06 "Verso coercizione zero": <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dsm/sestante/sestante-2018/1106-sestante-06-novembre-2018-verso-coercizione-zero/file> . Consultato ultima volta il 30/03/2021

-Vitale.I, I 7 disturbi psicologici del serial killer: <https://www.igorvitale.org/7-disturbi-psicologici-del-serial-killer/> .consultato il 1/03/2021

-Gonzalez, C. I. A., Montisci, C., Melis, P., Spina, F., Massidda, M. V., & Pinna, M. R. (2020). Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine. *ijpdtm*, 3(1), 40-50. Consultato l'ultima volta il 2/04/2021

RINGRAZIAMENTI

Vorrei dedicare questa parte conclusiva della tesi per ringraziare tutte le persone che hanno fatto parte del mio percorso, innanzitutto un ringraziamento particolare al relatore di questa tesi Maurizio Ercolani, per la disponibilità, l'attenzione e la tanta pazienza durante la stesura dell'elaborato, per ogni sua lezione ascoltata con piacere e coinvolgimento tanto da farmi appassionare alla salute mentale.

Ringrazio tutta la mia famiglia per il sostegno costante, per aver creduto e per credere in me, per non avermi fatto perdere le speranze, specialmente i miei nonni che tra un esame e l'altro, con un semplice gesto facevano capire che avrebbero pregato per me, ai miei zii, zio Enio, zia Silvia per i consigli e il sostegno morale, zia Jessica che con i suoi abbracci mi rassicurano e mi fanno sempre sentire a casa, zio Ellis, zia Tania per avermi dato consigli sulla vita e zio Sandro...a voi, con cui ho condiviso le mie preoccupazioni e emozioni sin dal primo momento, quando tutto iniziò.

Ringrazio i miei cugini Leon per la sua pazzia e sostegno ogni volta che ci incontravamo le sere in cui mi sfogavo perché dovevo affrontare un esame importante, Corinne il pezzo di cuore che con i suoi abbracci all'apparenza banali ma, mi faceva sentire speciale e sapevo che ci sarebbe stata sempre, Matilde, Elena, Linda e Anna per le domeniche di spensieratezza in cui nel loro piccolo mi hanno donato un sorriso ogni volta che mi sentivo giù di morale.

Ringrazio mio padre, uno dei miei più grandi sostenitori in questi tre anni di Università, che mi ha dato l'opportunità di intraprendere questo percorso, appoggiandomi in tutto e per tutto, nei momenti felici in cui abbiamo gioito per i successi ma anche per i momenti in cui le cose non sono andate per il verso giusto e mi incoraggiava dicendo di lasciarmi tutto alle spalle e che dovevo riprovarci più agguerrita di prima.

Ringrazio al mio piccolo ma grande fratello, la mia vita, che vicini ma lontani, fuori casa, tra un tirocinio e l'altro, al telefono mi chiedeva quando sarei tornata a casa e sbuffava perché mancavo.

Vorrei ringraziare il mio ragazzo Emilio, una persona speciale e unica che è entrata a far parte della mia vita da 2 anni, mi ha dato la sua spalla per piangere nei momenti difficili ma allo stesso tempo ci è stato anche per festeggiare con me nei momenti di successo, mi ha calmata e spronato a riprovarci, abbiamo affrontato tante cose e fatto tanti sacrifici, anche in questo giorno importante in cui ho raggiunto il traguardo, è anche grazie a te, vorrei ringraziare anche la sua famiglia per aver creduto in me e per l'affetto reciproco.

Un grazie ai miei amici, per tutto, per essere stati sempre presenti, nei momenti di tristezza e di gioia, grazie per le avventure e incoraggiato a guardare sempre a testa alta per arrivare fino a questo momento. Lety, Giada, Vale e Leo, lontani ma vicini perché mi sei sempre stato vicino nonostante tutto...in questo piccolo paragrafo non riesco ad esprimere il bene che vi voglio e quanto vi sono grata per il vostro amore incondizionato di tutti questi anni perché semplicemente non ci sono parole.

Ringrazio i miei compagni e tutte le altre persone incontrate nel mio percorso, Anita, Diego, Sara, Giacomo, Eleonora, Dario, Melissa, Saverio, Luca con cui ho passato la maggior parte di questi 3 anni, condiviso centinaia e centinaia di ore tra lezioni, tirocinio, esami e laboratori... alle mie migliori coinquiline Benedetta, Martina e Hasnaa per aver passato delle serate a parlare del più e del meno ma anche a piangere per le preoccupazioni, esperienze belle e brutte fatte al tirocinio e per le ore in attesa nel corridoio dell'università aspettando il risultato di un esame con l'ansia e facce preoccupate.

Semplicemente un enorme grazie anche alla mia seconda famiglia, Pasquali e Cardelli per il sostegno e per aver creduto in me, sempre e per il sentimento di affetto e vicinanza reciproca.

Un ringraziamento speciale dedicato a mia madre...anche se lontane, lei mi è sempre stata vicino, mi ha sostenuta e incoraggiata come se stesse qui con me, è stata il motivo per cui sono sempre andata avanti senza guardarmi dietro, è stata il motivo per cui sono diventata forte, per cui non mi sono mai fatta indietro...semplicemente grazie!!!

Infine, un ultimo ringraziamento lo dedico a me stessa, ai sacrifici, alla mia tenacia, alle esperienze che ho vissuto e hanno fatto sì che arrivassi qui oggi.

A tutti gli infermieri, medici e personale sanitario che hanno dedicato a me anche solo un attimo del loro tempo e con il loro piccolo grande contributo mi hanno trasmesso amore per questo lavoro ed incoraggiato a continuare ad inseguire il mio sogno. Ai "miei" assistiti e per tutto ciò che mi hanno dato e neanche lo sanno... vi porto nel cuore, è per voi che lo faccio, ed è per voi che insisto.

