



A.D. MDLXII

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI**

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

---

**Presidente Prof. Antonio Azara**

**IL TRATTAMENTO SANITARIO  
OBBLIGATORIO NELL'EVOLUZIONE  
DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA**

**Relatore:**

**Prof.ssa LILIANA LORETTU**

**Tesi di Laurea di:**

**CHIARA SABA**

**Anno Accademico 2015 - 2016**

# INDICE

## INTRODUZIONE

### 1. CENNI STORICI SULLE NORMATIVE E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA.

1.1 Regolamentazione dell'assistenza manicomiale: la necessità di "custodia"

1.2 Le prime idee innovative in materia psichiatrica: Franco Basaglia

1.3 Legge Mariotti

1.4 Legge Basaglia

### 2. ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO E TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

2.1 L'accertamento sanitario obbligatorio (ASO)

2.2 Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

2.3 Strutture organizzative della salute mentale: DSM, CSM, SPDC

### 3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE IN REGIME DI TSO

3.1 Ruolo infermieristico nell'assistenza psichiatrica

3.2 Aggressività nel paziente in TSO

3.2.1 Aggressività dai tratti del volto

3.2.2 Lo sguardo

3.2.3 La postura

3.2.4 Il tono della voce

3.3 Gestione e trattamento del comportamento aggressivo e/o violento del paziente in ambiente ospedaliero

3.4 La terapia farmacologica: rifiuto all'assunzione e compliance

## 4. LA CONTENZIONE

### 4.1 Ricorso alla contenzione

#### 4.1.1 Principali mezzi di contenzione fisica

### 4.2 Corretta applicazione dei mezzi di contenzione e responsabilità infermieristiche

### 4.3 Responsabilità dell'infermiere per i comportamenti autolesivi e suicidari dei pazienti

## 5. IL RAPPORTO INFERMIERE-ASSISTITO

### 5.1 La relazione d'aiuto

### 5.2 Comunicazione

#### 5.2.1 Prosemica

#### 5.2.2 Assertività

### 5.3 Ascolto attivo

## 6. RACCOLTA DATI TSO

## CONCLUSIONI

## RINGRAZIAMENTI

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUZIONE

A partire dal primo decennio del '900 la psichiatria in Italia ha iniziato a subire una regolamentazione che ha condotto, attraverso diverse tappe normative, all'attuale organizzazione dei servizi di salute mentale improntata sul modello dipartimentale.

La legge n. 36 del 1904 fornisce delle disposizioni relative alle strutture manicomiali e agli alienati: l'individuo che è affetto da disagio psichico veniva espulso dalla società, "custodito" in un manicomio perché considerato pericoloso per se e per gli altri o di pubblico scandalo.

Si trattava di un tipo di istituzione totalizzante in cui il malato veniva depersonalizzato e privato dei diritti civili.

Un grande riformatore della disciplina psichiatrica fu Franco Basaglia che criticò fortemente questo tipo di assistenza custodialistica gestita dalle province istituendo, con la legge 180, il sistema sanitario nazionale; egli dispose la chiusura degli ospedali psichiatrici, riorganizzò l'assistenza psichiatrica a livello sia ospedaliero che territoriale e introdusse il trattamento sanitario obbligatorio.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio rappresenta un atto sanitario di carattere eccezionale, definito dall'assenza di consenso al trattamento da parte di un soggetto con alterazioni psichiche e sofferenza mentale. L'assenza di consenso determina una limitazione, seppur temporanea, della libertà individuale. Ciò sembra contraddire quanto stabilito dalla Costituzione Italiana sulla libertà personale e sulla sua inviolabilità (art. 13, art. 32).

Questi presupposti e questa discrepanza mi hanno spinto a saperne di più su un argomento che da adito a molte interpretazioni, molte delle quali errate.

La legge che prevede il TSO è stata elaborata in modo che si possa costringere una persona a fare qualcosa che trascende la sua volontà. La privazione della libertà deve essere però giustificata esclusivamente dall'interesse terapeutico e dalla presenza di alterazioni psichiche tali da mettere in pericolo l'incolumità del paziente.

Nel caso di una persona non affetta da turbe psichiche che manifesti un rifiuto alle cure, e la cui condizione possa costituire un serio pericolo per la sua salute, essa non potrà essere sottoposta a TSO, e quindi obbligata a sottostare a cure mediche.

Un esempio pratico:

nel 2007 si è verificato un caso eclatante nell'SPDC di Sassari, in cui una paziente affetta da schizofrenia si è data fortuitamente fuoco nel bagno del reparto.

La paziente era stata salvata dal personale presente, ma aveva subito notevoli danni all'arto superiore destro e al piede, per cui per evitare che morisse per le complicanze doveva essere sottoposta ad intervento chirurgico. In presenza di un giudice tutelare, di uno psichiatra e di un rianimatore che avevano constatato le sue capacità decisionali, alla richiesta di essere sottoposta a tale intervento la paziente aveva deciso di non operarsi. Qualche tempo dopo, purtroppo, è deceduta per le complicanze, come previsto.

In questo caso, nessuno ha potuto imporgli tale operazione, nemmeno con un TSO, perché, come qualsiasi altro individuo capace di intendere e di volere, poteva decidere per se stessa.

Nel seguente elaborato si è analizzato tutta la normativa riguardante la salute mentale, il TSO e l'assistenza al paziente psichiatrico in tale regime, le responsabilità infermieristiche. Si è mostrato infine l'andamento dei ricoveri relativi agli anni 2010-2015 nell'SPDC di Sassari grazie alla raccolta e analisi di dati reperiti dalla documentazione clinica relativa a ciascun episodio di ricovero.

# **1. CENNI STORICI SULLE NORMATIVE E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA.**

## **1.1 REGOLAMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA MANICOMIALE: LA NECESSITA' DI "CUSTODIA".**

La normativa che regola l'assistenza psichiatrica in Italia è la conseguenza dei processi storici che ne hanno influenzato l'evoluzione. Le prime norme risalgono agli inizi del Novecento. Il 1904 costituisce una data importante per la storia dell'assistenza psichiatrica in Italia. In quell'anno viene proposta e promulgata la legge n°36 "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", che regolamenterà l'assistenza manicomiale italiana per più di sessant'anni. Questa legge, con successivo aggiornamento (Regio Decreto 605/1909, *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*), determina per l'Italia, come era avvenuto per altri Paesi europei, il consolidamento giuridico e scientifico del manicomio come luogo pressoché esclusivo per il trattamento dei disturbi mentali. Per la prima volta lo Stato unitario si dotava di una legge organica che regolamentasse la materia psichiatrica. In queste norme si rispecchia la concezione prevalente in quel periodo, secondo la quale la persona portatrice di disagio psichico deve essere allontanata dalla società e sottoposta a "cure". Queste persone, definite "alienate", venivano "internate" nei manicomi che erano strutture sottoposte alla vigilanza del Ministero dell'Interno e dei Prefetti. L'internamento manicomiale così veniva motivato: "*Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo*". Conformemente all'art. 2 del R. D. 36/1904 l'ammissione degli alienati nei manicomi doveva essere richiesta dai parenti, tutori o protutori o da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

Venivano rinchiusi nei reparti di "osservazione" per un massimo di quindici giorni o, nei casi eccezionali di trenta, utili alla elaborazione di una diagnosi che, in caso di accertata infermità mentale, ne avrebbe determinato l'ammissione "definitiva", in caso contrario, il licenziamento per "non verificata pazzia". Il decreto di definitiva ammissione era emesso dal Tribunale su istanza del Procuratore del Re al quale il direttore del manicomio, alla conclusione del periodo di osservazione, aveva inviato apposita relazione e richiesta in tal senso. La legge riconosceva all'alienato la qualità di ammalato, legalizzando il sistema di emarginazione sociale, rinchiodendolo in manicomio e rendendolo, di fatto, diverso dall'ammalato normale. La necessità della "custodia", l'affidamento della responsabilità giuridica, politica ed amministrativa al Ministero degli Interni e ai Prefetti qualificava infatti l'intervento medico più come una misura di sicurezza sociale che come uno strumento terapeutico. La figura del paziente psichiatrico era sostanzialmente quella di un carcerato. L'"alienato" veniva interdetto e privato dei suoi diritti civili: il diritto a ereditare, a sposare, a comprare e a vendere, ad amministrare il proprio patrimonio, a votare, ad essere genitore; inoltre veniva a lui assegnato un tutore. I pazienti al momento dell'ingresso in manicomio venivano fatti spogliare dei loro indumenti e dei loro averi, dovevano fare una doccia di "pulizia" e quindi indossare una "divisa - pigiama" che avrebbero portato per tutta la durata del loro ricovero ovvero per tutto il resto della loro vita. In pratica il paziente veniva "depersonalizzato", privato di un qualcosa che lo rendeva differente dagli altri (i propri indumenti venivano presi in custodia dal personale) e facendogli indossare una divisa (come quella dei carcerati) lo rendevano uguale a tutti i degenti della struttura, ovvero gli veniva data una nuova "identità", quella di "matto" o "alienato".

Il "*licenziamento dal manicomio degli alienati guariti*"<sup>1</sup> era vincolato a un certificato di guarigione autorizzato con decreto del presidente del tribunale su richiesta del direttore del manicomio, il quale era responsabile a livello penale e civile del "paziente dimesso".

---

<sup>1</sup> Art.3, L. 14 febbraio 1904 n. 36

La dimissione, rarissima, avveniva sotto la diretta responsabilità del direttore, a meno che la famiglia non "ritirasse l'alienato", sempre con l'autorizzazione del tribunale.

Vigeva all' interno dell'istituto di cura una rigida gerarchia che prevedeva capi, sottocapi e sorveglianti. Su di essi ricadono le conseguenze più pesanti della legge del 1904. Al vertice si trovava sempre il direttore del manicomio, che era al tempo stesso il primario. La supervisione medica si coniugava con il controllo tecnico-amministrativo. L'ultimo gradino della gerarchia era occupato naturalmente dai pazienti e, appena al di sopra di essi, stavano gli infermieri e le infermiere. Il direttore sanitario sceglieva i suoi infermieri: alcuni provenivano dall'esercito e non avevano nessuna formazione in ambito infermieristico. Il lavoro di assistenza e cura da svolgere lo imparavano in manicomio. Le qualità richieste dal direttore della struttura al personale erano sobrietà, pulizia, discrezione, amore dell'ordine, indulgenza e moralità ineccepibile. Ciò valeva ovviamente anche per il personale femminile. Inoltre le donne dovevano restare nubili finchè lavoravano e vivevano nella struttura. In particolare l'imperativo della pulizia costituiva una qualità professionale richiesta agli infermieri/e. Essi erano addetti alle pulizie del manicomio e delle annesse strutture produttive. Spesso e volentieri venivano assunti come infermieri e infermiere veri e propri artigiani. Secondo la logica della struttura autarchica, in caso di bisogno essi fungevano anche da giardinieri, artigiani e manovali, le infermiere da cucitrici, lavandaie e cuoche. Ancora di più della pulizia la mansione principale del personale assistenziale consisteva nel garantire la sicurezza dei malati. Si tratta nella fattispecie di una mansione ambivalente: da un lato il paziente veniva tutelato, dall'altro limitato nella sua libertà di movimento (tra i requisiti di ammissione indispensabili dell'infermiere vi era l'alta statura e una muscolatura imponente). L'aspetto più importante era impedire la fuga. I malati potevano circolare liberamente solo sotto la sorveglianza degli infermieri, i "guardiani dei matti". Pertanto l'assistenza infermieristica era prevalentemente centrata sulla custodia e sorveglianza del paziente piuttosto che sul soddisfacimento dei suoi bisogni. Nei reparti del manicomio non doveva avvenire nessun incidente, pena l'incriminazione automatica del personale in turno. Essi



potavano ricorrere a mezzi coercitivi solo in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico. Tra i compiti principali cui gli infermieri dovevano assolvere o per i quali era richiesta la loro collaborazione rientravano l'insulinoterapia (shock ipoglicemico-coma), la psicochirurgia, la terapia con acqua, la cardiazoterapia (induzione di crisi epilettiche), l'ergoterapia (terapia occupazionale) e la contenzione. In tale regime, nella stragrande maggioranza dei casi, i disturbi dei ricoverati diventavano cronici. Questo stato di cose sarebbe mutato lentamente solo a partire dagli anni Ottanta del '900, anche se un prezioso contributo al cambiamento fu determinato dall'avvento dei psicofarmaci negli anni '50. Si cominciarono a mettere da parte le camicie di forza e i letti di contenzione, in quanto in molti casi era sufficiente somministrare un farmaco. Cambia il modo di trattare i malati psichiatrici e il rapporto infermiere-paziente.

Probabilmente senza la scoperta degli psicofarmaci il processo di deistituzionalizzazione non si sarebbe mai potuto attivare.

## 1.2 LE PRIME IDEE INNOVATIVE IN MATERIA PSICHIATRICA: FRANCO BASAGLIA

Un grande riformatore della disciplina psichiatrica in Italia e ispiratore della cosiddetta Legge 180, fu Franco Basaglia, psichiatra e neurologo italiano, professore, nonché fondatore della concezione moderna della salute mentale. Nel 1958 Basaglia ottenne la libera docenza in psichiatria. Per le sue idee innovative e rivoluzionarie non venne bene accolto in ambito accademico, cosicché nel 1961 decise di trasferirsi a Gorizia per dirigere l'ospedale psichiatrico della città. Si tratta di un esilio professionale dovuto soprattutto alle scelte politiche e scientifiche. L'impatto con la realtà del manicomio è durissimo. A Gorizia, dopo alcuni soggiorni all'estero, avvia nel 1962 la prima esperienza anti-istituzionale nell'ambito della cura dei malati di mente. In particolare, egli tenta di trasferire il modello della comunità terapeutica all'interno dell'ospedale e inizia una vera e propria rivoluzione. Si eliminano tutti i tipi di contenzione fisica e le terapie elettroconvulsivanti, vengono aperti i cancelli dei reparti. Non più solo terapie

farmacologiche, ma anche rapporti umani rinnovati con il personale. I pazienti devono essere trattati come uomini, persone in crisi. Fu l'inizio di una riflessione sociopolitica sulla trasformazione dell'ospedale psichiatrico e di ulteriori esperienze di rinnovamento nel trattamento della follia.

Sulla "*distruzione dell'ospedale psichiatrico*", come "*fatto urgentemente necessario*", Basaglia aveva scritto nel 1964:

*"Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (risultato della malattia che Burton chiama institutional neurosis, e che io chiamerei semplicemente istituzionalizzazione); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo".*

### 1.3 LEGGE MARIOTTI

La regolamentazione in materia di assistenza psichiatrica è rimasta tale fino all'emanazione della legge 431/1968, "*Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*", nota come "legge Mariotti". Assorbendo le influenze del mutato clima sociale e culturale degli anni Sessanta del secolo scorso, la "legge Mariotti" introdusse alcuni importanti

cambiamenti. Innanzitutto rinominò i "manicomi" in "ospedali psichiatrici": si ha una definizione più chiaramente sanitaria delle strutture manicomiali con una consistente riduzione dei posti letto e una ridefinizione delle caratteristiche dell'organico. Si propone l'intento di indirizzare l'utenza psichiatrica il più possibile verso un trattamento ambulatoriale esterno al circuito manicomiale. Un altro aspetto innovativo è la possibilità da parte delle Province di istituire i Centri di igiene mentale, le prime strutture inserite nel territorio, con il compito prevalente di seguire i pazienti dimessi. Presso esse operavano psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali e personale ausiliario. Lo scopo era quello di indirizzare l'utenza psichiatrica il più possibile verso un trattamento ambulatoriale esterno al circuito manicomiale. Oltre ad istituire il ricovero volontario, si introduce la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, previo accertamento del consenso del paziente, anche se di fatto si svolgeva con le stesse rigide regole di prima. Infine venne abrogato l'art. 604, comma 2 del codice di procedura penale che disponeva l'annotazione nel casellario giudiziario dei ricoveri psichiatrici, aspetto particolarmente pesante della stigmatizzazione.

Nel momento in cui vengono poste sotto una critica spietata le strutture manicomiali come istituzioni totalizzanti, iniziano a emergere le potenzialità dell'infermiere, che per la prima volta viene visto non più come strumento di repressione, come figura che assolve esclusivamente funzioni custodialistiche e carcerarie, ma come importante figura con funzioni terapeutiche di un'équipe assistenziale.

Si inizia a privilegiare l'aspetto relazionale.

#### 1.4 LEGGE BASAGLIA

Questa legge concluse il processo di rivoluzione del modello di assistenza psichiatrica avviato dalla legge Mariotti. Introduce un'importante revisione ordinamentale degli ospedali psichiatrici in Italia e promuove notevoli trasformazioni nei trattamenti sul territorio.

La legge 13 maggio 1978, n° 180, "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*", nota come legge Basaglia, è stata successivamente recepita dalla legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (legge 833/1978). La suddetta Legge ha confermato la collocazione della Psichiatria nel Servizio Sanitario Nazionale, restituendole piena dignità di branca medica, con compiti eminentemente terapeutici, segnando, così, una netta discontinuità con il passato. Fa riferimento a "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*". Tale espressione è centrata sul concetto di malattia e non su quello di "pericolosità" che non viene mai menzionata nella legge.

La legge Basaglia dispone la chiusura degli ospedali psichiatrici e il passaggio dell'assistenza psichiatrica dalle province al SSN, terminando così l'esperienza manicomiale e iniziando quella territoriale.

Prevede la riorganizzazione sul modello dipartimentale dell'assistenza psichiatrica assegnando ai dipartimenti di salute mentale, oltre a quelle curative, funzioni preventive e riabilitative nell'ambito della salute mentale.

Vengono abrogati sia gli articoli 714, 715 e 717 c.p. che concernevano essenzialmente la "custodia" dei malati di mente e punivano l'omessa denuncia degli esercenti le professioni sanitarie che avevano assistito o esaminato malati mentali, sia gli articoli 1, 2, 3 e 3 bis della legge 14 febbraio 1904, n.36 "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", che riguardavano anch'essi disposizioni di custodia.

Venne inoltre abrogato dall'art. 11, della legge 13 maggio 1978, n. 180 il disposto che puniva l'inosservanza degli obblighi di custodia delle persone ricoverate in manicomio. Di questa sanzione gli infermieri erano i principali destinatari.

La legge 180/78 capovolge il regime del trattamento che diventa essenzialmente volontario e regola per legge i trattamenti sanitari che sono effettuati senza il consenso della persona interessata.

Esistono delle condizioni nelle quali si può prescindere dal consenso del paziente:

Articolo 54 del codice penale: *"Stato di necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sè od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo."*

Altre condizioni sono previste dagli artt. 34 e 35 della legge 833/78 sui Trattamenti Sanitari Obbligatorii.

Il trattamento sanitario obbligatorio è ammesso dunque solo come *misura eccezionale* rispetto alla generalità dei trattamenti sanitari necessariamente volontari, ed è regolato da particolari procedure tese a garantire massima tutela della persona.

## 2. ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO E TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

### 2.1 L'ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)

Riguarda le attività preliminari-conoscitive finalizzate a formulare diagnosi e/o individuare idonea terapia. L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) è una procedura legale, valida in tutta Italia, che consiste nel visitare un paziente con problemi psichici critici che non accetti di sottoporsi volontariamente ad una visita medica.

Per ottenere l'ASO è necessario un certificato medico eseguito dal medico di famiglia o dal Centro di Salute Mentale; inoltre per la sua attivazione, sia nei casi urgenti (entro 2 giorni) sia in quelli non urgenti (al massimo 7 giorni) è necessaria un'ordinanza del Sindaco, che viene emessa solamente dopo la consegna del certificato medico.

L'ASO si dovrebbe effettuare quando esistano *"fondati motivi per ritenere che una persona sia in condizioni critiche o patologiche di salute mentale"*:

- la proposta di ASO dovrebbe essere comunque redatta da uno psichiatra del DSM;
- dovrebbe indicare il luogo in cui l'accertamento dovrà realizzarsi (domicilio, P.S..)

<sup>2</sup>La procedura di ASO, con cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, configura una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e, comunque, non superiore ad un lasso di tempo che permetta al medico di essere in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la necessità di un TSO, oppure riconoscere che non esistono i presupposti previsti dalla legge per richiedere questo intervento. Inoltre esiste una garanzia legata al fatto che l'ASO (accertamento sanitario obbligatorio) va effettuato in un luogo facilmente accessibile a

---

<sup>2</sup> Disposizioni tratte dal PDTA in vigore presso l'SPDC di Sassari

testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate. L'ASO può avvenire al domicilio del paziente, in un Servizio territoriale, al Pronto Soccorso di un ospedale o, eventualmente, anche nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale. Non può avvenire, invece, in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

L'esito dell'ASO può essere:

- negativo, nel caso il paziente non mostri una necessità di trattamento;
- positivo, nel caso il paziente accetti le cure; si procederà a un TSV (trattamento sanitario volontario);
- interlocutorio/con proposta di rivalutazione, se il medico prevede di rivisitare entro 72 ore il paziente prima di assumere una nuova decisione (per confermare la diagnosi o superare eventuali resistenze del paziente);
- media criticità, che prevede il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), per cui si devono fare i moduli di proposta e convalida come di norma e inviarli in Comune per l'ordinanza del Sindaco;
- altamente critico, che evidenzia una situazione di urgenza e prevede il trasporto del paziente presso il più vicino Dipartimento di Emergenza psichiatrico per un Trattamento Sanitario.

Pertanto se ci sono le condizioni e se il paziente rifiuta di sottoporsi alle cure necessarie, può essere disposto un trattamento sanitario obbligatorio.

## 2.2 IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), disciplinato dalla legge 833/1978, rappresenta un atto sanitario di carattere eccezionale, caratterizzato dall'assenza di consenso al trattamento da parte di un soggetto con alterazioni psichiche e sofferenza mentale.

E' un atto con la duplice natura sanitaria e di ordine pubblico che comporta la temporanea restrizione della libertà personale. Procedura esclusivamente finalizzata alla tutela della salute e della sicurezza del paziente, ha sostituito la precedente normativa del 1904 riguardante il "*ricovero coatto*" (legge n. 36/1904), basato sul concetto di "*pericolosità per sé e per gli altri e/o pubblico scandalo*", concetto maggiormente orientato verso la difesa sociale.

Secondo l'art.13 della Costituzione la libertà personale è inviolabile, non è ammessa alcuna forma di detenzione, ispezione o di perquisizione né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'Autorità Giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. Come previsto dall' art.32 della Costituzione Italiana, "*Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di Legge. La Legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*".

Anche il Codice Deontologico infermieristico fornisce delle disposizioni in materia all'articolo 5:

*"Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica".*

Il trattamento senza consenso costituisce violenza privata (art. 610 c.p.), a meno che non siano soddisfatte le condizioni di necessità.

Il TSO pertanto legittima il superamento dell'obbligo del consenso cosciente ed informato del paziente, allo scopo di tutelare la sua salute e l'interesse della collettività, qualora esista un "*rischio o pericolo potenziale*" che richieda un intervento "*urgente ma non improrogabile*".



La sua attivazione è subordinata all'esistenza dei seguenti presupposti<sup>3</sup>:

- esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti;
- rifiuto del paziente a sottoporsi agli interventi terapeutici prescritti;
- siano messe in atto iniziative rivolte a ricercare il consenso e la partecipazione del paziente (art.33, comma 5, L.833/78);
- impossibilità ad adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere;
- necessità di intervento a beneficio prevalente del paziente.

La procedura si attiva con la richiesta di un medico, che deve essere convalidata da un altro medico di una struttura pubblica, che effettua una seconda valutazione. Entrambe le richieste devono essere inviate all'autorità sanitaria cittadina, ovvero al sindaco del Comune nel quale si manifesta l'alterazione psichica.

Una volta avviata la procedura il sindaco, preso atto della richiesta del TSO e della certificazione di convalida, firma l'ordinanza di ricovero (esplicitando l'SPDC di destinazione) e la consegna alla Polizia locale (che deve darne attuazione), e la notifica tramite messo comunale al Giudice Tutelare entro quarantotto ore dal ricovero (art 33 Legge 833/78).

Entro le quarantotto ore successive il Giudice Tutelare con decreto motivato può convalidare o meno il TSO.

All'ordinanza del Sindaco deve essere data esecuzione immediata e, comunque, non oltre le 48ore<sup>4</sup>, termine oltre il quale dovrà essere eventualmente riformulato il certificato di proposta.

---

<sup>3</sup> Disposizioni tratte dal PDTA in vigore presso l'SPDC di Sassari

<sup>4</sup> In analogia con quanto disposto dall'art. 355 del C.P.P per quanto attiene agli atti sottoposti a convalida.

Il Sanitario titolare dell'intervento allerta il 118 per trasportare il paziente a destinazione; in caso di necessità è consentito l'uso di qualunque mezzo, anche privato, per il trasporto, che però deve essere attuato secondo le norme di legge.

L'esecuzione del TSO deve essere effettuata dalla Polizia Locale (Circolare n.3/2001 del Ministero dell'Interno).

Il Sanitario non dovrà limitare la propria prestazione ad una consulenza ma dovrà prestare assistenza in tutte le fasi di esecuzione del TSO e fino alla consegna del paziente al Medico dell'SPDC, accompagnandolo, insieme alla Polizia Locale, anche sul mezzo di soccorso. Il suo intervento deve essere comunque successivo a quello della Polizia Locale ed entrambe le figure dovranno garantire la copresenza in ogni fase dell'esecuzione del TSO.

La polizia municipale è *"presente in tutta la fase di attuazione del TSO fino al ricovero in SPDC esercitando ogni sollecitazione necessaria per convincere il paziente a collaborare, nel rispetto della dignità della persona"*.

La stessa polizia municipale attiverà, laddove non siano già stati attivati, i servizi delle aziende sanitarie locali competenti per territorio a intervenire, i quali vengono individuati a seconda del livello di organizzazione che si sono localmente dati (servizi territoriali o del dipartimento di salute mentale negli orari di apertura di questo, del 118 ecc.).

La Centrale Operativa del 118 dovrà allertare il medico dell'SPDC al fine di accertare la disponibilità del posto letto e consentirgli di essere pronto ad accogliere il paziente direttamente nel proprio reparto.

Il TSO prevede un limite temporale di sette giorni, dal momento del ricovero, limite posto a garanzia del paziente e presumibilmente sufficiente per la presa in carico da parte della rete dei servizi. L'intervento sanitario viene posto in essere senza il consenso del paziente al solo scopo di tutelarne la salute.

Se permangono le condizioni per cui è necessario prolungare ulteriormente il trattamento obbligatorio, il medico psichiatra dell'SPDC deve formulare la proposta motivata al sindaco, che informa il giudice tutelare.

Anche la sopraggiunta cessazione delle condizioni per il trattamento obbligatorio e la sua revoca devono essere tempestivamente comunicate al sindaco.

Durante il TSO, il medico e gli operatori sanitari devono ricercare, fornendo tutte le informazioni necessarie, sempre il consenso del paziente, illustrandogli tutti gli elementi la cui mancata conoscenza potrebbe farlo propendere per un rifiuto. Il consenso deve basarsi sulla condivisione di un programma e non può ridursi ad un mero atto formale che potrebbe sfociare in un eventuale rifiuto del provvedimento da parte del paziente. Viene mantenuto anche, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Terminato il periodo di TSO, non sono necessari né una firma per uscire dal reparto, né la presenza di qualcuno che venga a prendere il paziente, assumendosene la responsabilità, in quanto la persona che viene ricoverata in un reparto psichiatrico non è né incapace né interdetta e conserva tutti i diritti e doveri di chiunque altro. Teoricamente può chiedere di essere dimessa in qualsiasi momento e questa richiesta dovrebbe essere immediatamente esaudita, altrimenti si potrebbe incorrere nel reato di sequestro di persona, ma solo dopo un'attenta valutazione del medico psichiatra si decide di dimettere il paziente. Nel caso le sue condizioni non fossero stabili lo psichiatra può riproporre un altro TSO sempre nel caso che il paziente non accetti di trattarsi volontariamente. Il TSO decade anche nel caso in cui i medici o il Sindaco o il Giudice Tutelare non abbiano specificato nel provvedimento le motivazioni che hanno reso attuabile il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Pertanto, come stabilito da una circolare del Ministero della sanità (1992), l'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio è un atto complesso in cui devono intervenire più competenze, in quanto questo provvedimento *"obbliga un cittadino ad adeguarsi a una decisione, prescindendo dal consenso di essa, in virtù di un superiore interesse della collettività, che colloca in secondo piano il diritto all'autodeterminazione del singolo"*.

## 2.3 STRUTTURE ORGANIZZATIVE DELLA SALUTE MENTALE: DSM, CSM, SPDC

Il **Dipartimento di salute mentale (DSM)** è stato istituito con la legge 833/78. E' deputato allo svolgimento di attività di coordinamento e di programmazione delle attività territoriali ed ospedaliere dell'assistenza psichiatrica e delle strutture che insistono nella stessa ASL. L'assistenza al paziente psichiatrico è il frutto di un'azione integrata di una molteplicità di professionisti ed è finalizzata al recupero delle capacità fondamentali per il mantenimento della vita e alla ripresa delle capacità di vita in un ruolo sociale. Questo percorso prevede la necessità di individuare contesti operativi differenziati e flessibili, che siano al meglio rispondenti alle esigenze della persona nella specifica fase di riabilitazione. Per questo la normativa prevede l'articolazione del Dipartimento di salute mentale (DSM) in più Servizi, fra loro collegati. Include il centro di salute mentale (CSM), il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) e le strutture residenziali e semi-residenziali.

Il **Centro di Salute Mentale (CSM)** è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico e si occupa del mantenimento della persona nel proprio contesto socio-ambientale con il massimo grado di autonomia possibile. E' la sede organizzativa dell'équipe degli operatori (psichiatra, psicologo, assistente sociale e infermiere). E' altresì la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Presso il Centro di salute mentale si svolgono attività di:

- accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati;
- raccordo con i medici di medicina generale;

- consulenza specialistica ai Servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), alle strutture residenziali per anziani e disabili;
- filtro ai ricoveri e controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

**Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)** è la struttura ospedaliera deputata all'intervento nei momenti di maggiore scompenso, dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori (TSO) in condizioni di ricovero e attività di consulenza agli altri Servizi ospedalieri. Ad ogni modo il ricovero non può mai essere considerato alternativo o sostitutivo della presa in carico del paziente da parte del Centro di Salute Mentale. E' parte integrante del dipartimento di salute mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. Il numero complessivo dei posti letto e' individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti e ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed e' dotato di adeguati spazi per le attività comuni. E' lo spazio ospedaliero, con un numero di posti letto rapportato agli abitanti della zona di riferimento, stabilito per legge, inserito nel contesto ospedaliero, dove si effettuano i ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Volontario (TSV) o in regime obbligatorio (TSO). In tale presidio si effettuano gli interventi di urgenza. Può servire per provvedere ad un inquadramento diagnostico ed a impostare una adeguata terapia ma è utilizzato fundamentalmente per formulare (o riformulare) un progetto di presa in cura che sarà messo in atto territorialmente.

Appare evidente che il disturbo psichico comporta problemi complessi, che richiedono un approccio globale della persona. Questo approccio non può essere garantito dall'intervento di una sola figura professionale anche se sostenuta da una solida preparazione.

L'organizzazione del lavoro si realizza con modalità di lavoro di tipo orizzontale: gli operatori svolgono le loro attività in maniera indipendente nello specifico settore di competenza, si raccordano con le attività svolte dal resto dell'équipe e si confrontano sulla gestione dei casi clinici. Ciascuna professione infatti non può che leggere e affrontare il bisogno espresso dalla persona sofferente con un'ottica particolare. Ma proprio perchè particolare, da sola è limitata, non riesce cioè a comprendere completamente la persona.

Un approccio globale viene garantito da un'azione integrata di una molteplicità di professionisti, che operando sinergicamente, ciascuno con la propria specifica modalità di interpretazione del bisogno, riesce a comprendere la persona e a stabilire insieme a lei una strategia di intervento orientata a restituirla al *mondo-della-vita*.

La strategia comune viene descritta all'interno di un progetto terapeutico socio-riabilitativo personalizzato che consente di fornire risposte articolate, coerenti e finalizzate ai bisogni dell'utente.

In particolare il personale dell'SPDC:

- cura l'accoglienza del paziente;
- identifica i bisogni di salute del paziente affidatogli;
- vigila sul corretto andamento del percorso terapeutico assistenziale durante la degenza, verificando l'adesione e gli effetti delle eventuali terapie somministrate;
- collabora con gli operatori dei CSM e dei SerD;
- relaziona sulle attività svolte;
- cura la corretta e completa compilazione della cartella clinica integrata;
- garantisce al meglio la tutela dei pazienti da atti auto ed etero lesivi.

### **3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE IN REGIME DI TSO**

#### **3.1 RUOLO INFERMIERISTICO NELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA**

Fra tutte le figure professionali, l'infermiere è quello più a stretto contatto con la persona sofferente. Egli ha la possibilità di stare a contatto con l'assistito per un tempo maggiore rispetto ad altre figure professionali, in vari ambiti e circostanze.

Opera in tutti i contesti del Dipartimento di salute mentale, apportando il proprio specifico contributo professionale orientato alla soddisfazione dei bisogni del paziente con disturbo psichico nelle sue diverse manifestazioni e con diverse capacità di risposta. L'intervento infermieristico, oltre a considerare la particolare fase di bisogno della persona seguita negli specifici contesti, garantisce l'integrazione con le altre componenti professionali che operano nelle diverse strutture dipartimentali e assicura una continuità della presa in carico della persona nel suo passaggio fra tali strutture.

E' basilare instaurare sempre un buon rapporto con il paziente fin dal momento del suo primo incontro con gli operatori, che in pratica "prendono in carico" la persona che ha bisogno di cure e assistenza psichiatrica e cercano di individuare i suoi bisogni e i suoi problemi nel suo ambiente di vita.

In molte realtà sanitarie italiane il primo approccio con il richiedente aiuto presso il CSM avviene con l'infermiere che lo accoglie, lo ascolta e inizia a valutarlo. In alcune strutture della penisola si effettua un vero e proprio triage territoriale con l'assegnazione di un colore al paziente a seconda della gravità dei suoi disturbi al momento della presa in carico o negli incontri successivi.

Qualora il paziente preso in carico, salti una visita o una terapia decisa dall'equipe del CSM, si contatterà l'utente o i suoi familiari e, a seconda della risposta (qualora ce ne

fosse una), si procederà all'attivazione di una visita domiciliare e a un accertamento in loco delle condizioni psichiche del paziente.

In questo caso è anche possibile che, in casi evidenti di emergenza, si effettui direttamente un ASO, cui potrebbe seguire un TSO.

In tutte queste fasi il compito dell'infermiere è quello non solo di osservare e valutare il comportamento del paziente, ma soprattutto comunicare.

Infatti un buon approccio con il paziente potrebbe evitare un TSO o, quanto meno, che egli venga accompagnato in SPDC senza aver capito cosa gli stia capitando.

Per riuscire nell'intento sarà necessario contrattare e negoziare con l'assistito, cercando di utilizzare il TSO come ultimo ed estremo tentativo di aiuto verso chi non ha la possibilità di comprendere che ha bisogno di cure urgenti.

Sarà compito principale dell'equipe del CSM attuare tutte le misure disponibili affinché l'assistito accetti volontariamente le cure o, eventualmente, il ricovero in SPDC. Il TSO viene considerato quasi come un fallimento sia comunicativo che terapeutico.

È quindi basilare per gli operatori saper comunicare in modo efficace con l'assistito, anche se la comprensione da parte di quest'ultimo non è sempre certa.

Le trattative con la persona in questione possono durare per molto tempo.

Nel caso in cui venga messo in atto il provvedimento di TSO, al momento del suo arrivo nella struttura l'infermiere dovrà creare una relazione d'aiuto con l'assistito e un rapporto di collaborazione con gli altri operatori sanitari che lo accompagnano.

### 3.2 AGGRESSIVITA' NEL PAZIENTE IN TSO

Non capita spesso che un paziente affetto da problemi psichici sia minaccioso, aggressivo e violento, ma è comunque indispensabile valutarlo, osservare il suo comportamento, tenere conto del contesto e del modo in cui ha avuto accesso alla struttura, in modo da capire se il paziente avrà un atteggiamento passivo o se invece



manifesterà emozioni come paura o rabbia che sono quelle cui si dovrà prestare più attenzione.

Gli episodi di aggressione che si verificano in ambito psichiatrico in regime di TSO sono dovuti per lo più a errori di approccio o di valutazione da parte degli operatori.

Importante è valutare le notizie che vengono fornite al suo arrivo, in modo particolare se vi sono diagnosi di disturbi psichici pregressi e/o patologie organiche concomitanti, che possano fornire informazioni sulla sua potenziale aggressività e, se vi siano stati, pregressi episodi di violenza da parte sua, nel caso sia conosciuto.

Le principali cause del comportamento violento sono:

- **Schizofrenia**
- **Disturbi dell'umore**
- **Disturbi di Personalità**
- **Alcol e abuso di sostanze**
- **Patologie metaboliche**
- **Alterazioni elettrolitiche**
- **Ipossia**
- **Uremia**
- **Sindrome di Cushing**
- **Ipovitaminosi**
- **LES**
- **Traumi cerebrali**
- **Ritardo mentale**
- **Infezioni**

- **Tumori**
- **Epilessia**
- **Disturbi cerebro-vascolari**
- **Corea di Huntington**
- **Morbo di Alzheimer**
- **Sclerosi multipla**
- **Idrocefalo**

Spesso, anche se informato, il paziente non si rende conto di ciò che gli sta accadendo fino al momento del suo arrivo in struttura. In alcuni casi viene prelevato dalla sua abitazione da persone per lui estranee, che lo conducono in un luogo a lui sconosciuto in cui è costretto a sottostare a particolari regole.

Solitamente dopo un colloquio con i membri dell'équipe viene invitato o, nella maggior parte dei casi, obbligato a trattenersi nella struttura e ad assumere una terapia che, nella maggior parte dei casi, secondo lui, non è assolutamente necessaria.

Il paziente si rende conto di essere stato condotto nel "luogo di cura dei matti", ingiustamente (*non ho fatto niente di male*). Non è conscio del proprio stato di malattia e ritiene di non necessitare di cure. E' la sua stessa condizione patologica che può contribuire a renderlo sospettoso di tutto e di tutti (ad esempio schizofrenia paranoidea).

Per questi motivi la persona dovrà essere sempre informata, è un diritto del paziente e un dovere degli operatori, di tutte le pratiche a cui potrà essere sottoposta, onde evitare che possa insorgere angoscia o comunque paure ingiustificate che inficiano il percorso terapeutico sfociando in aggressività.

L'approccio dovrà avvenire tenendo ben presente che l'assistito potrà manifestare reazioni diverse e in alcuni casi aggressività nel caso percepisca paura o indecisione da chi lo deve assistere e aiutare. Può percepire le emozioni di gli sta davanti e, se questi prova timore, potrebbe far scatenare o contribuire ad aumentare il suo livello di

aggressività.

E' indispensabile per l'operatore quindi, prestare attenzione non solo al linguaggio verbale proprio e del paziente, ma anche a quello non verbale di entrambi, in quanto di estrema importanza, sicuramente più delle parole espresse.

E' evidente che la comunicazione è estremamente importante nel lavoro quotidiano dell'infermiere. Di seguito alcuni cenni.

La comunicazione consta di tanti elementi non verbali che danno un senso a ciò che si esprime: i tratti del volto, la postura, il tono della voce, lo sguardo.

Infatti le parole incidono nella composizione del messaggio che un individuo invia ad un altro solo per il 7%, il tono della voce per il 38%, il 55% è dato dall'espressione del volto.

### 3.2.1 AGGRESSIVITÀ DAI TRATTI DEL VOLTO

In determinate condizioni una qualsiasi persona aggressiva, per cui nel caso specifico, un paziente affetto da turbe psichiche, emette diversi segnali non verbali che se colti per tempo possono evitare che possa diventare violento.

Ad esempio segnali come il pallore e il rossore del volto. Egli può diventare bianco di paura, pallido di rabbia, rosso di collera. Il pallore non deve mai essere preso con leggerezza. Indica attività, e se associato ad altre azioni che indicano aggressività, costituisce un segnale di vero e proprio pericolo; se unito ad azioni che indicano paura, ha il significato di panico.

Il rossore è meno preoccupante, visto che è meno probabile che sia predisposto all'attacco chi ha il viso rosso d'ira piuttosto che chi ha il viso pallido e le labbra tirate.

Le manifestazioni aggressive sono in ogni caso accompagnate da altre espressioni facciali di minaccia.

Quanto più l'impulso ad attaccare domina quello di fuga, tanto più la faccia si proietta in avanti. Nel caso contrario, tutti i segmenti vengono tirati indietro.

Nell'espressione di chi attacca, le sopracciglia vengono spinte in avanti in un cipiglio, la fronte è liscia, gli angoli della bocca sono sporgenti e le labbra formano una linea stretta e sottile.

Se si è dominati dalla paura, le sopracciglia si sollevano, la fronte si raggrinza, gli angoli della bocca vengono tirati indietro e le labbra si aprono mostrando i denti.

Le espressioni determinate dal corrugare la fronte o dal mostrare i denti vengono solitamente considerate come segnali di "furia".

In realtà, invece, sono segnali di paura, nonostante la presenza di altri gesti intimidatori provenienti da altri segmenti del corpo.

Si tratta, in ogni caso, di espressioni minacciose, che non devono essere trattate con sufficienza.

### 3.2.2 LO SGUARDO

Anche lo sguardo fisso è un'espressione tipica di chi intende dichiarare aggressività.

Esso fa parte delle espressioni facciali più feroci ed accompagna i gesti più combattivi.

Gli occhi che fissano hanno comunque un grande potere intimidatorio.

La reazione opposta allo sguardo fisso consiste nel distogliere lo sguardo.

Normalmente quando conversiamo con qualcuno faccia a faccia, distogliamo lo sguardo da lui mentre parliamo, per poi fissarlo alla fine di ogni frase, quasi a voler controllare la sua reazione a quanto abbiamo appena detto.

### 3.2.3 LA POSTURA

Anche le varie posture che il nostro corpo tende ad assumere, quando siamo in piedi o stiamo seduti, possono essere indicative dei nostri stati d'animo.

Chi è tendenzialmente depresso, assume posizioni del corpo che denunciano chiaramente la sua condizione psicologica.

Lo vedremo spesso rannicchiato, quasi abbandonato o, nel caso di degenti lo vedremo sdraiato a letto per buona parte della giornata, incapace di reagire e di provvedere ai suoi bisogni più elementari (mangiare, bere, lavarsi) e soprattutto con scarsa voglia di parlare, chiuso in se stesso.

La persona sicura di sé mostrerà viceversa, atteggiamenti fermi, i movimenti del corpo saranno ampi, armoniosi, scattanti, pronti ad invadere, senza eccessivi problemi, anche lo spazio altrui.

#### 3.2.4 IL TONO DELLA VOCE

Lo stato emotivo di chi parla viene chiaramente denunciato dal tono con cui vengono pronunciate le parole, oltre che dalla fluidità o meno del dire.

L'aggressività viene solitamente comunicata con toni alti, che si prestano ad annunciare tutta l'ostilità con cui un certo messaggio deve essere formulato.

### 3.3 GESTIONE E TRATTAMENTO DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO E/O VIOLENTO DEL PAZIENTE IN AMBIENTE OSPEDALIERO

Il comportamento aggressivo solo in alcuni casi è strettamente associato a una specifica patologia psichiatrica. In genere la tendenza al comportamento aggressivo, che può sfociare in episodi di violenza, è parte integrante del carattere di un individuo.

E' impensabile gestire queste situazioni di crisi mettendo in atto solo interventi strettamente terapeutici. E' necessario conoscere il cosiddetto ciclo dell'aggressione, uno schema messo a punto in ambito psichiatrico.

Esso si articola in diverse fasi, ed è opportuno individuare in quale fase del suddetto ciclo si viene a contatto con una certa situazione.

Per ciascuna delle fasi del ciclo dell'aggressione esistono infatti specifiche possibilità di intervento, le quali, per avere possibilità di successo, devono essere messe in atto al momento giusto.

1) Fase del fattore scatenante o fase del trigger, che genera la reazione aggressiva; in un contesto psichiatrico i fattori scatenanti possono riguardare l'intensificarsi di uno stimolo sgradevole, la disinibizione indotta da sostanze, le eventuali recenti perdite, le provocazioni reali, o presunte.

**Intervento:** riconoscere il trigger e rimuoverlo.

2) Fase dell'escalation, che implica un aumento dell'arousal, ovvero dell'attivazione psicomotoria connessa allo stato emotivo della rabbia, caratterizzata da cambiamenti emotivi, psicologici e fisici: aumento e preparazione allo scatenarsi dell'aggressività.

**Intervento:** comunicazione adeguata (talk down)

3) Fase critica, ossia la fase in cui il livello di arousal raggiunge il picco massimo, la massima espressione dell'aggressività che sfocia in violenza.

**Interventi:** contenimento, fuga, autoprotezione.

4) Fase del recupero, in cui il paziente comincia a riprendere contatto con l'ambiente e lo stato di eccitazione diminuisce progressivamente. Si ha un graduale ritorno alle condizioni normali, ma il soggetto è ancora suscettibile di ricadute se lo stimolo scatenante persiste o se in presenza di nuovi stimoli.

**Interventi:** delicati, di adeguata comunicazione e ascolto.

5) Fase della depressione riparativa post-critica, nella quale si assiste alla comparsa del senso di colpa, vergogna e rimorso da parte di colui che ha agito con violenza.

**Interventi:** si cerca di elaborare con il paziente l'evento, a capire le cause scatenanti e a risolvere i sentimenti più gravi (colpa). L'assistito deve essere ascoltato in un clima non giudicante e di serenità.

E' importante individuare le prime fasi per far sì che non si verificano episodi di aggressione e violenza, ma al fine di prevenire eventi avversi è necessaria una adeguata formazione del personale. Il personale non correttamente formato non riesce a individuare i segni premonitori di un'aggressione (le prime due fasi del ciclo dell'aggressione), oppure non sa come intervenire.

Formazione e esperienza aumentano la sicurezza del personale e creano quel clima terapeutico che dovrebbe favorire l'assistenza al paziente. L'inesperienza porta a commettere numerosi errori, ecco perché è sempre meglio che a operatori "nuovi" si affianchino sempre delle persone esperte.

La gestione della paura del personale è il primo intervento formativo.

L'intera équipe medico-infermieristica deve essere supportata psicologicamente da esperti adeguatamente formati, poichè chi affronta questi episodi di aggressione e violenza subisce sempre un trauma, sia che l'esito sia positivo, sia che sia negativo. Il trauma se non trattato può portare a spiacevoli conseguenze (senso di sconfitta, sentimenti di inadeguatezza, perdita dell'autostima, che possono portare al burnout).

Cosa si deve fare per evitare che si arrivi al verificarsi di aggressioni?

I compiti principali dell'operatore che accoglie un paziente in TSO è quello di:

- osservarlo attentamente fin dal primo momento del suo accesso alla struttura psichiatrica;
- valutarlo insieme agli altri membri dell'équipe in base alle notizie che lo accompagnano e in base al suo atteggiamento;
- individuare i suoi bisogni (in primo luogo il bisogno di comunicare);

- evitare di avvicinarsi alle spalle del paziente;
- evitare di rimanere soli con un paziente potenzialmente aggressivo;
- non mostrare paura ma sicurezza;
- provare a rassicurarlo;
- cercare di infondere fiducia;
- convincere il paziente ad accettare l'assunzione della terapia;
- controllare che l'assunzione della terapia orale avvenga in modo corretto (alcuni pazienti tendono a sputarla).

Il tutto non necessariamente nell'ordine qui rappresentato.

L'operatore cercherà, con l'aiuto degli altri membri dell'èquipe, di risolvere per quanto possibile i suoi problemi di salute, cercando di soddisfare i suoi bisogni, salvaguardando i diritti della persona che deve essere assistita.

Nei casi difficili, in cui il paziente mostra comportamenti aggressivi o l'intenzione di non accettare le cure, può utilizzare la tecnica del "talk down".

Essa consiste nel "parlare sottovoce" ovvero rivolgersi al paziente minaccioso usando un tono di voce basso, ma deciso. In particolare si dovrebbero osservare i seguenti comportamenti:

- non molestare o minacciare il paziente o, comunque assumere un atteggiamento negativo nei suoi confronti;
- mantenere una distanza utile dallo spazio occupato dal paziente;
- stabilire un contatto verbale usando frasi brevi dal contenuto molto chiaro e servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante;
- rivolgersi al paziente usando il suo nome personale;
- ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto egli sostiene;
- non polemizzare o contrastarlo, ma porlo di fronte a scelte alternative in modo da impegnare la sua attenzione e distrarlo dall'originario motivo di aggressività;
- quando l'agitazione è ridotta, porre crescenti limiti fino al ristabilirsi del controllo e quindi della sicurezza.



Questo tipo di approccio al paziente non è sempre valido ed efficace, non deve assolutamente essere effettuato da persone inesperte, ma dall'insieme dei membri dell'equipe o comunque dall'operatore che viene scelto dal paziente come "interlocutore privilegiato", solitamente quello in cui ha più fiducia e che non sempre è il medico.

L'efficacia e l'efficienza è determinata dall'affiatamento del gruppo di operatori che devono capirsi subito, senza quasi proferir parola su come agire in situazioni di urgenza, così come è importante il rapporto tra infermieri e medici, che ugualmente devono capirsi bene e in fretta per evitare che determinate situazioni precipitino.

A tal proposito è doveroso per l'infermiere, nel corso dell'assistenza al paziente in TSO, fare riferimento agli articoli del Codice Deontologico che richiamano alla prudenza:

**ART.9:** *"L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere."*

**ART.15:** *"L'infermiere chiede formazione e o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza."*

**ART.29:** *"L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dall'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico."*

L'inosservanza di queste norme è sanzionata dal Collegio professionale (IPASVI).

### 3.4 LA TERAPIA FARMACOLOGICA: RIFIUTO ALL'ASSUNZIONE E COMPLIANCE

Una delle principali cause del ricorso al TSO è la scarsa aderenza da parte del paziente alla terapia avviata dallo psichiatra di riferimento (CSM, clinica psichiatrica o privato). In effetti la maggior parte dei pazienti tendono a non seguire costantemente la terapia prescritta, soprattutto se si tratta di persone giovani o affette da patologie psichiatriche ben precise (Sindrome bipolare o schizofrenia in genere). Il ricorso all'uso di psicofarmaci non può essere considerato l'unico strumento di terapia, ma rappresenta una parziale risposta alla domanda di aiuto del paziente (anche nelle situazioni più critiche).

Gli psicofarmaci pertanto devono essere inclusi in una strategia d'intervento integrale. Essi, fungendo da mediatori, permettono di alleviare alcuni sintomi e aiutano il paziente a relazionarsi con più facilità ed efficacia con se stesso, con le persone che gli stanno intorno e con gli operatori.

La terapia psicofarmacologica, ad eccezione di particolari situazioni di emergenza, non deve essere imposta dal sanitario in maniera autoritaria; l'operatore deve cercare in tutti i modi la collaborazione dell'utente, discutendo e negoziando con esso. Ciò concorre allo sviluppo di un'alleanza terapeutica, nella quale entrambi i soggetti sono parte attiva (ciascuno nel proprio ruolo) per il raggiungimento di obiettivi terapeutici prefissati.

Molto spesso gli operatori sanitari si trovano a dover gestire situazioni in cui il paziente in regime di TSO rifiuta la terapia. In questi casi l'infermiere svolge una funzione di mediazione tra il medico che ha prescritto il farmaco e il paziente che lo deve assumere. Il farmaco può assumere valenza persecutoria, come in pazienti affetti da schizofrenia paranoide.

E' importante la scelta della via di somministrazione, la quale può influenzarne l'assunzione. Viene spesso privilegiato il ricorso alla terapia orale, in quanto preferito dal paziente e più facilmente gestibile dal sanitario.

Capita inoltre di avere a che fare con pazienti che richiedono la continua assunzione di farmaci, poiché attribuiscono ad essi valenze positive. E' importante in queste situazioni limitare il ricorso a farmaci e tentare di ridefinire le richieste del paziente, instaurando un rapporto comunicativo efficace.

Un problema importante al quale bisogna far fronte è la mancata compliance alla prescrizione, ossia l'assenza di aderenza al regime terapeutico. Può essere legata ai vissuti del paziente nei confronti della terapia, sfiducia, rifiuto a causa degli effetti collaterali, o può avere a che fare con lo stato patologico che ne rende difficile l'assunzione. Ad esempio durante l'episodio maniacale, in cui lo stato di eccitamento rende la persona "onnipotente", straordinariamente euforica, non consapevole della necessità di cure, in quanto si sente "benissimo" .

Per la notevole difficoltà nella gestione di pazienti aggressivi e violenti spesso si è portati a ricorrere ad un uso indiscriminato di farmaci; l'aumento della dose è finalizzato a produrre effetti sedativi sul malato, riducendo al contempo l'ansia degli operatori (contenzione chimica).

L'utilizzo massiccio di psicofarmaci, che può protrarsi per diversi giorni, rischia di compromettere la salute del paziente nonché il suo rapporto con il servizio.

E' opportuno creare un clima positivo in cui rabbia e violenza possano essere contenute e disinnescate.

## 4. LA CONTENZIONE

### 4.1 RICORSO ALLA CONTENZIONE

All'interno degli SPDC in regime di TSO si possono venire a creare delle condizioni tali per cui è necessario il ricorso ai mezzi di contenzione. Il termine contenzione indica *ogni mezzo di costrizione fisica della libertà di movimento della persona o del normale accesso al proprio corpo.*

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- contenzione fisica: 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.

Nel nostro ordinamento non ci sono disposizioni di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzino l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

I soli presupposti per il loro utilizzo possono essere:

- incapacità di una persona di autodeterminarsi dovuto a gravi alterazioni psichiche;
- sussista, secondo una valutazione circostanziata, un pericolo concreto di un grave danno a una persona;
- non vi siano condizioni e circostanze necessarie che consentano di adottare terapie o strumenti alternativi all'uso della contenzione;
- deve essere finalizzata alla prevenzione dei danni a una persona e non alle cose.

In questi casi sussiste lo stato di necessità (art. 54 c.p.). La mancata attuazione di questi provvedimenti potrebbe configurare il reato di "abbandono di incapace" (art. 591 c.p.).

L'agire da parte del personale sanitario per stato di necessità si risolve in un dovere giuridico (Art. 51 c.p.): *"L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità"*. Inoltre *"non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"*. (Art. 40 c.p.)

Anche il Codice Deontologico si pronuncia in proposito:

*"L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali."* (Art. 30)

Alcune disposizioni sui "mezzi di coercizione" risalgono al regolamento manicomiale del 1909, il quale limitava a situazioni eccezionali il contenimento dei malati:

*"Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione [...] l'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private".<sup>5</sup>*

Prima dell'entrata in vigore della legge 180 i mezzi di contenzione venivano utilizzati per fini custodialistici. Dopo la riforma questa misura deve essere giustificata solo ed esclusivamente dall'interesse terapeutico.

Non rientrano più tra i mezzi di contenzione, per manifesta illegittimità, catene, gabbie, sedie fornite di cinghie, camice di forza, anelli di forza, caschi del silenzio, fermatesta e manette che appartengono all'archeologia del trattamento psichiatrico e non sono in alcun modo riproponibili e giustificabili.

---

<sup>5</sup> Art. 60, regolamento manicomiale del 1909

Oggi i mezzi di contenzione non possono rappresentare uno strumento comodo per medici e infermieri per neutralizzare e rendere innocui pazienti non collaboranti, non devono avere finalità punitive, ma deve essere garantito il pieno rispetto dei diritti e della dignità della persona.

Il ricorso alla contenzione è un atto medico-assistenziale, deve sempre basarsi su protocolli specifici di appropriatezza e qualità e deve essere prescritto dal medico in cartella clinica in maniera dettagliata, esplicitando le condizioni che hanno portato all'uso, sia cliniche che organizzative (presenza di più malati, impedimenti transitori di trattare il paziente in altro modo ecc.). Può essere applicato solo dopo una attenta valutazione delle condizioni della persona.

Il provvedimento deve avere una durata temporale limitata, e devono essere effettuati continui controlli sul paziente, monitorando i parametri vitali e il suo stato fisico e psichico.

In nessun caso è ammessa la contenzione per sopperire a disfunzioni organizzative o a carenza di personale.

#### 4.1.1 PRINCIPALI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA<sup>6</sup>

- Mezzi applicati al paziente al letto (fasce, cinture);
- Spondine di protezione a letto;
- Mezzi applicati al paziente in carrozzina (corpetto);
- Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere, polsiere);
- Mezzi di contenzione con postura obbligata (cuscini anatomici);

#### 4.2 CORRETTA APPLICAZIONE DEI MEZZI DI CONTENZIONE E RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE

Si premette che in un SPDC i mezzi di contenzione fisica siano conformi alla normativa vigente, per cui ci si dovrà attenere ai seguenti accorgimenti:

- Applicare i mezzi di contenzione in modo che il paziente stia il più possibile con la parti del corpo in posizione anatomica normale;
- Assicurare che le contenzioni agli arti siano applicate in modo fermo e sicuro, ma non al punto di impedire la circolazione sanguigna;
- Controllare i sistemi di contenzione in accordo con gli intervalli stabiliti dal protocollo;
- Fornire in modo continuo l'assistenza di base, garantendo nutrizione, idratazione, eliminazione, igiene, comfort;

---

<sup>6</sup> Cfr. *La contenzione fisica in ospedale*, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano, revisione 2008

- Valutare l'integrità della cute e averne cura nei momenti in cui le fascette vengono rimosse;
- Non lasciare il paziente solo quando la contenzione viene temporaneamente rimossa: in questo intervallo di tempo tutte le attività da lui compiute devono essere documentate;
- Registrare nella documentazione clinica motivazione circostanziata, durata del trattamento o sua rivalutazione, tipo di contenzione e modalità utilizzate e riferire agli operatori del turno successivo eventuali traumi o arrossamenti che riguardano le zone cutanee interessate dalla contenzione;
- Al primo segno di cianosi, pallore, dolore o formicolio avvertiti dal paziente, allentare il sistema di contenzione e far eseguire esercizi all'arto;
- Rassicurare il paziente e supportarlo emotivamente, realizzando un contenimento di tipo psicologico e affettivo.

L'uso improprio e prolungato dei mezzi di contenzione può provocare gravi ripercussioni sull'integrità psico-fisica del paziente.

L'applicazione scorretta può generare traumi dei tessuti superficiali, nei casi più gravi strangolamento e asfissia da compressione della gabbia toracica o danni organici come lesioni da decubito, riduzione del tono e della massa muscolare e infezioni.

Si associano spesso sentimenti negativi quali ansia, sconforto e depressione.

In questi casi in cui si manifestano dei danni gravi alla persona si può configurare il reato di "*lesioni personali colpose*" (art. 590 c.p.).

Qualora la contenzione fosse ingiustificata e a seconda delle circostanze si possono configurare i reati di:



**Sequestro di persona** (art. 605 c.p.) - *"Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni"*.

La privazione può avvenire non solo con la violenza e la minaccia, ma anche con l'inganno. La condotta dell'autore del reato può essere sia attiva (per esempio chi rinchioda una persona in una stanza), sia omissiva (chi non restituisce la libertà a chi ne è privato). Affinchè si realizzi il reato in questione è necessario che *"la perdita della libertà si protragga per un periodo di tempo di un certo rilievo"*.

**Violenza privata** (art. 610 c.p.) - *"Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni"*.

Per violenza si intende non soltanto la violenza "propria" e diretta, ma anche la violenza "impropria", nelle sue variegate forme, e indiretta. Ha rilevanza anche la violenza intesa come "compressione della sfera della libertà psichica della vittima".

**Maltrattamenti** (art. 572 c.p.) - *"Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni."*

*"Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni."*

La responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione e l'utilizzo delle linee guida implica la valutazione della condotta di **tutti** i soggetti coinvolti nell'assistenza. L'articolo 110 del codice penale afferma infatti che *"quando più persone concorrono nel medesimo reato, ciascuna di esse soggiace alla pena per questo stabilita"*.

#### 4.3 RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE PER I COMPORAMENTI AUTOLESIVI E SUICIDARI DEI PAZIENTI

Talvolta pazienti psichiatrici in regime di TSO pongono in atto dei comportamenti che possono provocare danni per loro stessi e per gli altri fino ad arrivare a episodi di suicidio.

L'abolizione dell'obbligo di custodia per il personale infermieristico, conseguente a una diversa visione della malattia mentale in seguito all'entrata in vigore della legge 180/1978, ha portato a una diversa prospettazione delle funzioni infermieristiche.

Una significativa pronuncia del Tribunale di Brindisi ha escluso la responsabilità del personale infermieristico, in seguito a episodi ripetuti di suicidi di pazienti ricoverati, in quanto è *"ormai al tramonto, a seguito della legge 180, quella visione della malattia mentale che si traduce nell'assistenza al malato, estrinsecantesi fondamentalmente nella vigilanza stretta al medesimo, al fine di impedire che possa arrecare danno a sé stesso e agli altri e prevalendo ormai un'assistenza principalmente di tipo terapeutico"*.<sup>7</sup> Il Tribunale di Brindisi specifica che *"l'infermiere non è più un custode dei degenti"*.

Al vecchio obiettivo della salvaguardia della tutela dell'incolumità fisica dei degenti, si sostituisce quello, più ambizioso, del recupero del malato di mente, anche se ciò *"può comportare qualche rischio sul piano dell'incolumità fisica in primo luogo del malato di mente"*.

Come sostenuto dal Tribunale di Brindisi, il maggior rischio di episodi di suicidio è bilanciato dal nuovo interesse generale del recupero del malato di mente.

In pratica il maggior rischio di episodi suicidari andrà a rappresentare il "costo" che si ritiene giuridicamente e socialmente accettabile di fronte all'esigenza di un intervento volto alla cura e al recupero del paziente. Cessando l'obbligo di custodia dei degenti da

---

<sup>7</sup> Cfr. Bilancetti M., *La responsabilità civile e penale del medico*, Cedam, Padova, 1995

parte degli infermieri, aumenta il rischio che gli stessi degenti possano porre in essere atti che si rivelano dannosi, in primo luogo per loro stessi.

Secondo il Tribunale di Brindisi essendo stato abolito l'obbligo di custodia ed essendo cambiata la filosofia dell'impianto legislativo riguardante i malati di mente, nessun addebito colposo può essere mosso agli infermieri per gli episodi di suicidio, non essendoci il correlativo obbligo.

Specifica inoltre che: *"a evitare equivoci è il caso di chiarire che gli infermieri del reparto di psichiatria non sono attualmente liberi da ogni compito di vigilanza. Essi sono tenuti anche ora a prestare assistenza ai ricoverati. Tale assistenza non può che essere adeguata alla malattia"*.

Il controllo dei pazienti ricoverati in psichiatria deve quindi essere più intenso nel momento in cui la *"malattia si manifesta nella sua pregnanza"* e, quindi, nella fase acuta o comunque nei momenti in cui si manifesta. In questi momenti non solo il personale infermieristico, ma anche quello medico, non può trovare scusanti quali il rispetto della libertà e della dignità dell'ammalato, in quanto *"il contenimento di chi non è compus sui costituisce una precisa esigenza collettiva oltre che una precipua esigenza dello stesso malato di mente"*.

Oggi è l'interesse terapeutico l'unico motivo che impone un trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza. Ed è proprio all'interesse terapeutico che bisogna fare riferimento. Non c'è dubbio che la sorveglianza di un paziente psichiatrico debba essere maggiore quando, in base alla patologia, si possa prevedere un comportamento suicidario o autolesivo. Si impongono i concetti di prevedibilità e prevenibilità dell'evento e l'obbligo conseguente di adottare le relative misure cautelari.

La prevedibilità può essere data esclusivamente dalla diagnosi del paziente. Le responsabilità di errata diagnosi ricadono inevitabilmente sui medici.

La prevenibilità deve essere invece valutata caso per caso e riguarda la struttura in cui il paziente è ricoverato e, più specificatamente, l'ubicazione del reparto, la sua

dislocazione, la presenza di un sistema di chiusure di porte e finestre, il non aver lasciato al paziente indumenti o utensili atti a favorire il compimento di azioni autolesive o suicidarie, il numero degli infermieri che sono in servizio etc.

Laddove il personale infermieristico abbia posto in essere una sorveglianza compatibile con la prevedibilità dell'evento e anche quei controlli e quelle misure cautelari che non sono solo propri di un reparto di psichiatria, ma lo sono ancora di più in presenza di pazienti con tendenze suicidarie, a questo personale non può essere addebitato nulla a titolo di colpa.

## **5. IL RAPPORTO INFERMIERE-ASSISTITO**

### **5.1 LA RELAZIONE D'AIUTO**

La relazione è lo strumento d'aiuto di cui dispone l'infermiere per utilizzare il quale deve utilizzare se stesso. La relazione operatore-paziente si caratterizza dall'incontro fra una persona portatrice di un bisogno che non è in grado di soddisfare e un'altra che assume il compito di costruire una relazione assistenziale di aiuto, alla cui base sta la comunicazione tra i due soggetti.

Il disturbo psichico si caratterizza per la sua modalità "incorporea, immateriale" di manifestarsi; comporta una distorsione nella percezione del mondo circostante, colpendo la capacità di relazionarsi con quest'ultimo.

Il compito dell'infermiere è quello di orientare l'intervento assistenziale al recupero delle capacità di autocura della persona sofferente, sostenendo prioritariamente le dimensioni compromesse (psicologica e sociale).

L'obiettivo finale dell'intervento infermieristico deve essere orientato allo sviluppo di modelli comportamentali e relazionali adattivi, cioè coerenti e funzionali a una vita inserita in uno specifico contesto sociale.

L'infermiere ricopre pertanto una posizione di privilegio, che lo fa diventare, agli occhi del paziente, la parte più evidente del mondo esterno. Ogni sua azione diventa uno stimolo per il paziente, una occasione per aiutarlo a percepire e interpretare il mondo esterno e a reagirvi. Egli deve essere consapevole che ogni sua interazione con il suo assistito è un passo verso il ritorno di questi al mondo della vita. Si tratta di un continuo progredire verso maggiori livelli di autonomia, tenendo sempre in considerazione lo stadio di compromissione delle funzioni psichiche, a partire dai livelli di compromissione più gravi, nei quali si dovrà intervenire presidiando le attività di vita di base, fino al recupero delle capacità più evolute richieste per una soddisfacente vita

di relazione in un contesto sociale. In questo processo si dovrà essere in grado di intervenire calibrando opportunamente il livello di supporto, sostegno, incoraggiamento richiesto dal paziente.

Avendo riconosciuto il disturbo psichico come inscindibilmente collegato al contesto sociale, l'intervento infermieristico non potrà prescindere dal farsi carico non solo della persona affetta dal disturbo, ma più globalmente del contesto in cui essa è inserita, a cominciare dalla famiglia. Il paziente, infatti, ha bisogno di essere aiutato a ristabilire lentamente relazioni positive con l'ambiente esterno.

Le funzioni custodialistiche dell'infermiere psichiatrico di un tempo sono oggi superate, all'infermiere di salute mentale si chiede ora di aiutare la persona a reintegrarsi nella società attraverso il recupero dell'autonomia nell'autocura. Egli opera con la persona singola o in gruppo, con un'attenzione riabilitativa delle attività di vita quotidiane, disponendosi come principale strumento d'intervento della relazione d'aiuto.

La relazione di aiuto non può avvenire automaticamente, ma necessita di un tempo in cui i due soggetti coinvolti (infermiere e paziente), possono reciprocamente conoscersi, periodo essenziale per poter instaurare una fiducia nei confronti dell'operatore da parte del paziente. Solo con l'instaurarsi di un clima di fiducia il paziente potrà permettere all'operatore di aiutarlo nell'evidenziare i propri bisogni e nell'agire per la possibile risoluzione degli stessi.

L'infermiere deve essere in grado di utilizzare le caratteristiche principali della sua professione: l'osservazione, l'atteggiamento di ascolto attivo e la comunicazione come comprensione dei bisogni.

La comunicazione deve essere diretta, specifica e positiva.

## 5.2 COMUNICAZIONE

La comunicazione si può distinguere in verbale e non verbale.

Il linguaggio non verbale è considerato una delle componenti essenziali del processo comunicativo, e il principale canale di trasmissione di stati d'animo, sentimenti, emozioni. Si esprime attraverso i movimenti e la postura del corpo.

Sono rilevanti le espressioni del volto, il contatto visivo, la postura del corpo, il tocco e la distanza fisica interpersonale.

La componente non verbale, più immediata e meno controllabile rispetto a quella verbale è maggiormente sottoposta alla possibilità di attribuzione soggettiva del significato, in particolare nella relazione con il paziente psichiatrico. Ognuno infatti attribuisce un proprio significato a un atteggiamento o un gesto compiuto da un altro.

La comunicazione deve essere diretta, cioè rivolta espressamente alla persona, valorizzata nella sua individualità, utilizzando il nome personale.

E' essenziale accompagnare la comunicazione con lo sguardo, evitando di fissare in modo continuo. Questo infatti potrebbe venire interpretato agli occhi del paziente come un atteggiamento minaccioso.

E' importante inoltre non invadere lo spazio circostante, mantenendo comunque una distanza efficace (distanza terapeutica).

Alla base della comunicazione infermiere-paziente deve esserci la specificità; è indispensabile la risposta alle richieste specifiche dell'utente, con l'utilizzo di frasi brevi e semplici e un linguaggio adeguato alle capacità di comprendere della persona.

La comunicazione dev'essere inoltre positiva nel senso che è utile predisporre a una chiara accettazione dei contenuti espressi dal paziente.

E' indispensabile utilizzare un tono di voce pacato e rassicurante.

### 5.2.1 PROSSEMICA

Il comportamento spaziale rientra tra i segnali non verbali e assume grande rilevanza in ambito psichiatrico. La prossemica, in particolare, è la disciplina semeiologica che si occupa dello studio dello spazio umano e della distanza interpersonale.

L'interesse per la dimensione spaziale emerge dalle osservazioni cliniche che evidenziano come certi sintomi e comportamenti dei pazienti possano essere riconducibili non direttamente alla patologia in questione, ma siano il risultato di una cattiva gestione della dimensione spaziale da parte dell'équipe sanitaria.

Come afferma Edward Hall, coniatore della prossemica, per ogni essere umano il confine del proprio corpo non corrisponde a quello fisico costituito dalla pelle o dagli abiti indossati, ma esisterebbe una sorta di "bolla invisibile", detta "spazio personale", nella quale non è gradita l'intrusione altrui. Ogni violazione dello spazio vitale determina un aumento della tensione e viene percepita dalla persona come fastidiosa e sgradevole.

Questo aspetto risulta particolarmente evidente nell'attività motoria; il paziente può assumere una postura curva e rigida poichè non in grado di padroneggiare con sicurezza lo spazio circostante. Può esserne influenzata anche la dimensione affettiva, la vita relazionale e sociale.

E' necessario dunque equilibrare con l'assistito la giusta distanza fisica, che non è altro che quella che ogni persona comune richiede e accetta naturalmente, senza porsi mai in posizione di dominanza nè di inferiorità, evitando di ledere l'intimità e la riservatezza altrui.

Nel caso di una persona aggressiva lo spazio personale triplica, ovvero le distanze interpersonali si dilatano, facendo sì che l'avvicinarsi di una persona ad una determinata distanza possa essere interpretata dalla persona in questione come



un'intromissione nella sua area riservata e quindi un'atto di aggressività nei suoi confronti. Per questo motivo ci si deve avvicinare ad una persona che dimostra segnali non verbali di aggressività con molta cautela.

### 5.2.2 ASSERTIVITA'

La relazione infermiere-paziente necessita di una comunicazione di tipo assertivo.

Come affermato dagli psicologi americani Libet e Lewinsohn, *"l'assertività è la capacità del soggetto di utilizzare in ogni contesto relazionale, modalità di comunicazione che rendano altamente probabili reazioni positive dell'ambiente e annullino o riducano la possibilità di reazioni negative"*.

La comunicazione assertiva costituisce un metodo di interazione che si attua attraverso un comportamento partecipe attivo e non in contrapposizione con l'altro; un atteggiamento responsabile, caratterizzato da piena fiducia in sé e negli altri; un comportamento completo che manifesta pienamente il proprio sé, funzionale all'affermazione dei propri diritti senza negare i diritti e l'identità dell'altro; un atteggiamento che non giudica e avulso da critiche non costruttive verso l'altro ovvero senza pregiudizi; la capacità di comunicare i propri sentimenti in maniera chiara e diretta e onesta senza manifestare aggressività o essere minacciosi verso l'altro. (Sanavio 1998)<sup>8</sup>

### **Tecniche assertive per far modificare un comportamento**

---

<sup>8</sup>Cfr. Sanavio E., *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, Carocci, 1998)

- Esprimere empatia con l'altro;
- Descrivere il comportamento che ha un impatto negativo su di noi;
- Esprimere il sentimento conseguente al suddetto comportamento;
- Spiegare il sentimento;
- Specificare il cambiamento desiderato nel comportamento;
- Analizzare le conseguenze positive se ci sarà il cambiamento;
- Analizzare le conseguenze negative se non ci sarà il cambiamento;
- Confermare la relazione;
- Richiedere di risolvere insieme il problema (come posso aiutarti?)

All'interno di una comunicazione verbale assertiva è utile adoperare i seguenti criteri:

- una maggiore autoapertura dando maggiori informazioni su noi stessi
- comunicare i propri sentimenti perché si favorisce una maggiore apertura e chiarezza nelle relazioni, in quanto le emozioni hanno un alto valore comunicativo
- la tecnica del “disco rotto” consistente nel ribadire e ripetere in maniera sistematica il contenuto chiave che si vuole trasferire all'interlocutore.

Il tutto all'interno di una modalità comunicativa serena, senza aggredire o irritare.

L'assertività permette di impostare relazioni equilibrate ed efficaci creando uno spirito positivo e costruttivo con l'interlocutore (che in questo caso è il paziente).

Essere assertivi non è facile, costa sacrificio ed esercizio costante al fine di ottenere risultati soddisfacenti.

### 5.3 ASCOLTO ATTIVO

Una delle principali qualità dell'operatore è quella di saper ascoltare per poter far sì che il paziente possa esprimere liberamente il proprio pensiero. Collocarsi nella posizione dell'ascolto apre prospettive inaspettate. Il silenzio del paziente rappresenta a volte il risultato di una serie di comunicazioni avvenute a senso unico. E' il risultato di un'esperienza che ha visto l'individuo senza qualcuno disposto ad ascoltarlo.

Ascoltare risponde al bisogno del paziente di sentire che c'è qualcuno che si interessa anche ai suoi silenzi, ai suoi gesti, alle sue espressioni, a costruire uno spazio in cui possa esprimersi. L'ascolto del paziente e di se stessi riveste uguale importanza. Bisogna saper ascoltare le persone e non solo le parole. La relazione di aiuto mette inevitabilmente in gioco meccanismi per lo più inconsci: quelli che vengono definiti con i termini di transfert e controtransfert.

L'atteggiamento di ascolto comporta la capacità di gestire la curiosità e il desiderio di sapere, senza colmare il vuoto con anticipazioni affrettate, per lasciare emergere idee nuove. Richiede di tollerare di non sapere subito cosa rispondere e che cosa fare, dando a questa posizione un senso umano, non confondendola con il disinteresse e l'estraneità, ma riconoscendola come uno strumento tecnico e terapeutico.

Si deve entrare prudentemente nel mondo della sofferenza psichica per farsi accettare dal paziente, evitando ogni sentimento di approvazione o di negazione.

L'infermiere deve impegnare la propria personalità in un processo di immedesimazione nell'altro (empatia), per far sì che vi sia un avvicinamento compatibile con la propria individualità e autonomia critica.

Empatia non equivale a totale coinvolgimento affettivo, amicizia o immedesimazione. Significa condividere, sperimentare come se fossero propri i sentimenti di un'altra persona seppur temporaneamente.

La relazione con il paziente va equilibrata a una giusta distanza, non troppo lontana da

non permettere un valido rapporto, nè troppo vicina da confondere la propria professionalità e il proprio ruolo.

Spesso l'operatore si sente troppo coinvolto o assume atteggiamenti di distacco e di difesa. Ciò impedisce un'obiettiva osservazione di se stessi, dell'altro e della relazione. E' necessario quindi ristabilire una giusta distanza terapeutica.

All'interno della relazione terapeutica riveste un ruolo estremamente importante la dimensione affettiva, sia dell'operatore che del paziente. E' fondamentale riconoscere le emozioni che attraversano la relazione, nominarle e collocarle all'interno della stessa. Le emozioni sono qualcosa che sentiamo alle quali non sempre riusciamo a dare una spiegazione. Nominare le emozioni e le sensazioni del paziente significa riconoscere l'identità della persona e individualizzarla.

All'interno di una relazione d'aiuto, l'infermiere deve interpretare il bisogno di oggetti concreti e allo stesso tempo, creare significati affettivi, agendo da elemento di transizione fra mondo esterno e interno.

## 6. RACCOLTA DATI TSO

Per raccogliere i dati dei TSO effettuati nell'SPDC di Sassari negli ultimi cinque anni (2011/2015), sono state analizzate una per una le cartelle cliniche presenti nel reparto, ovvero si è andati alla ricerca delle "ordinanze" in cartaceo dei trattamenti sanitari obbligatori emessi dai sindaci dei diversi comuni del Nord Sardegna.

I TSO sono stati distinti per patologia all'ammissione, per sesso e sono stati annotati quanti di questi ricoveri sono esitati in contenzioni immediatamente dopo il ricovero in reparto.

A questi dati sono stati aggiunti quelli forniti dall'azienda ASL 1 di Sassari, che differiscono sensibilmente per via di errori nella comunicazione dei dati effettivi agli uffici amministrativi di competenza, per annullamento o disdetta dei TSO al momento del ricovero stesso o perché richiesti successivamente all'ingresso del paziente in reparto in regime volontario.

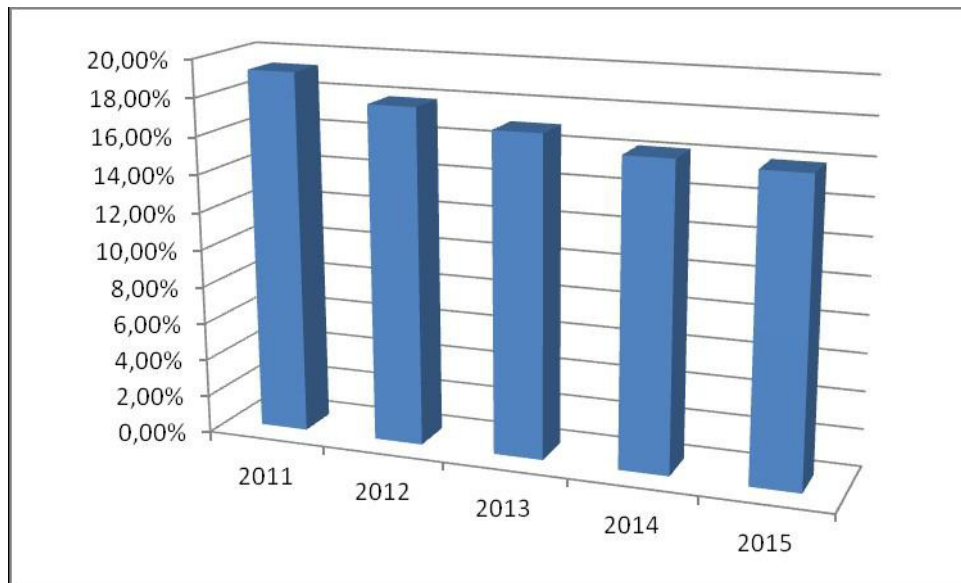
Dati TSO ricercati personalmente.

**Tabella A.**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>RICOVERI TOTALI</b>	617	526	542	606	590
<b>RICOVERI TSO</b>	119 (19,28%)	94 (17,87%)	92 (16,97%)	98 (16,17%)	94 (15,94%)
<b>TSO UOMINI</b>	63 (52,90%)	53 (56,40%)	59 (64,10%)	69 (70,40%)	56 (59,60%)
<b>TSO DONNE</b>	56 (47,10%)	41 (43,60%)	33 (35,90%)	29 (29,60%)	38 (40,40%)
<b>CONTENZIONI</b>	27 (22,70%)	26 (27,70%)	29 (31,50%)	41 (41,80%)	36 (38,30%)

Come si nota nella tabella B, i ricoveri con TSO negli anni sono diminuiti in percentuale rispetto al totale dei ricoveri, che invece hanno evidenziato un andamento altalenante (tabella A).

**Tabella B.**



Da notare la maggior prevalenza di TSO di sesso maschile rispetto a quelle di sesso femminile e l'andamento oscillante del numero di contenzioni.

Nella tabella successiva (tabella C) sono illustrate le diagnosi di accettazione più riscontrate al momento del ricovero. Ovviamente non sono delle vere e proprie diagnosi (vedi "agitazione psicomotoria"), ma una vera e propria "motivazione" del ricovero.

**Tabella C.**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>DISTURBO SCHIZOFRENICO</b>	21 (17,60%)	29 (30,10%)	19 (20,70%)	22 (22,40%)	26 (27,70%)
<b>DIST. SC. PARANOIDE</b>	8 (6,72%)	19 (20,21%)	7 (7,61%)	12 (12,24%)	7 (7,45%)
<b>DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO</b>	10 (8,40%)	7 (7,40%)	6 (6,50%)	11 (11,20%)	5 (5,30%)
<b>PSICOSI NON SPECIFICATA</b>	23 (19,30%)	10 (10,70%)	11 (11,60%)	11 (11,20%)	2 (2,10%)
<b>SINDROME BIPOLARE</b>	25 (21%)	23 (24,50%)	33 (35,90%)	28 (28,60%)	13 (13,90%)
<b>SINDROME DEPRESSIVA</b>	8 (6,70%)	0	3 (3,30%)	3 (3,10%)	3 (3,20%)
<b>DISTURBO DI PERSONALITA'</b>	6 (5%)	4 (4,23%)	11 (11,60%)	7 (7,10%)	4 (4,30%)
<b>AGITAZIONE PSICOMOTORIA</b>	30 (25,20%)	30 (25,20%)	7 (7,60%)	5 (5,10%)	28 (29,8%)
<b>TENTATI SUICIDI</b>	4 (3,40%)	5 (5,30%)	0	1 (1%)	5 (5,30%)

Per quanto riguarda i dati forniti dall'azienda ASL 1 di Sassari, si può notare la notevole discrepanza con quanto rilevato personalmente analizzando le cartelle cliniche del quinquennio 2011/2015.

Sono presenti anche i dati del 2010 che non è stato possibile visionare in cartaceo, in quanto le cartelle cliniche di quell'anno sono state inviate all'archivio ospedaliero.

I dati ottenuti li consideriamo ugualmente, non per confrontarli con quelli rilevati manualmente, ma per confrontarli con la media regionale e con quella nazionale.

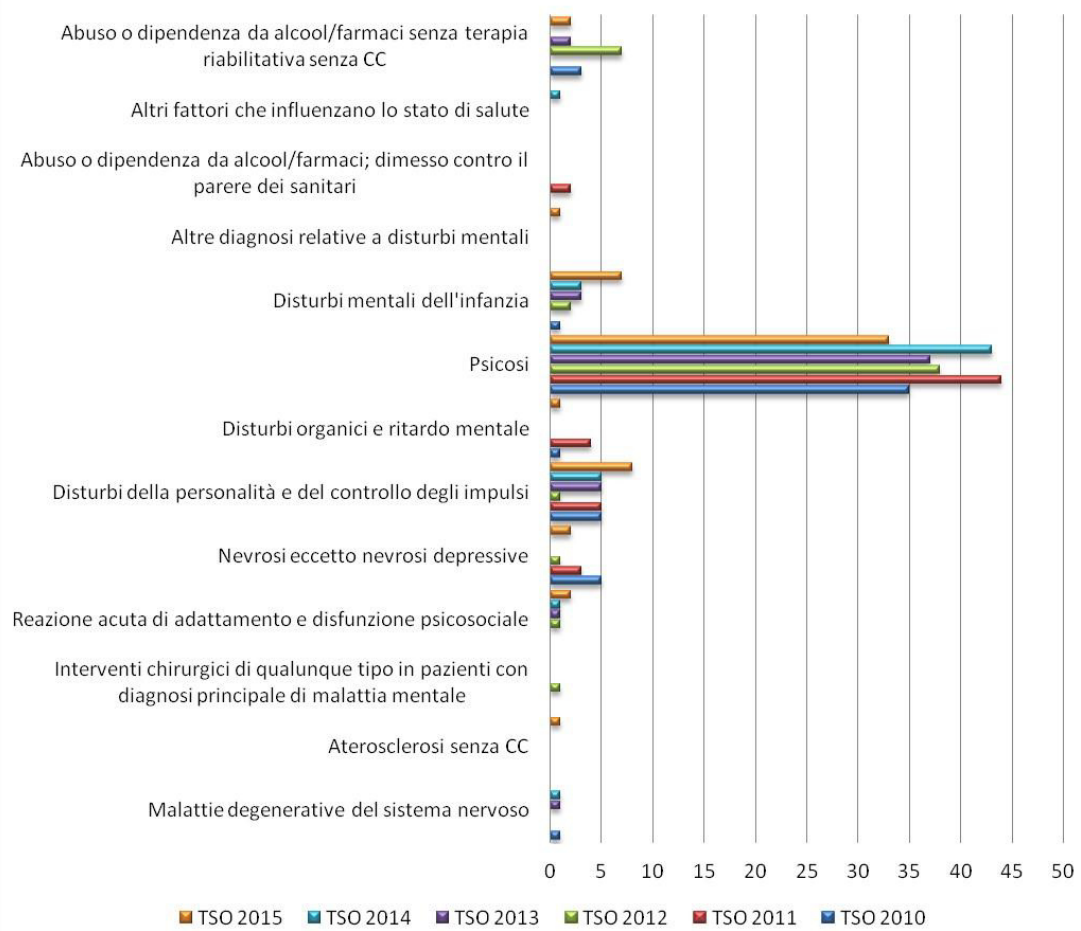
**Tabella D.**

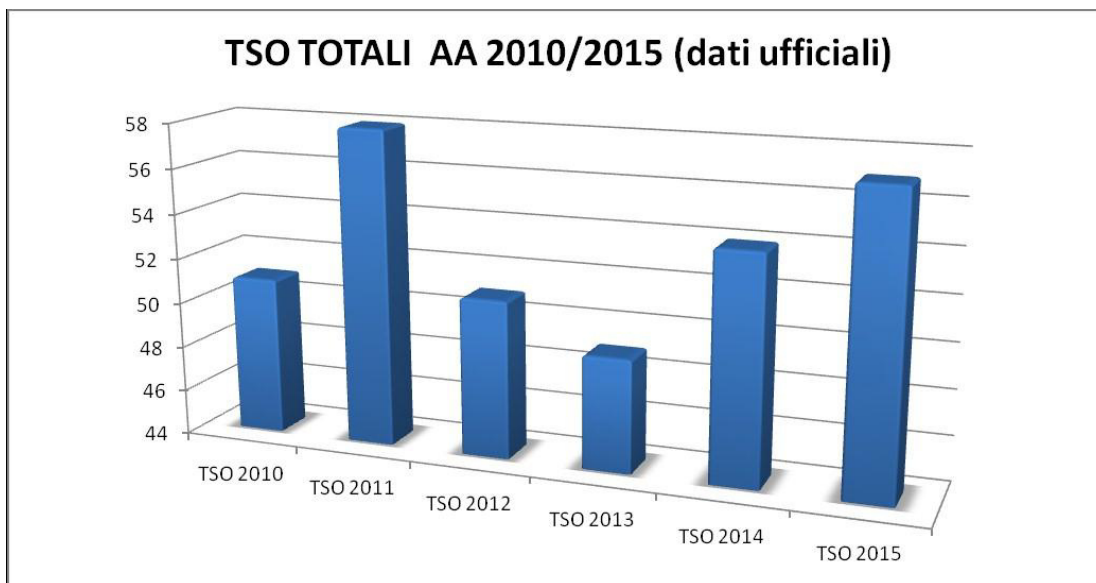
DATI UFFICIALI AOU/ASL 1 SASSARI	TSO 2010	TSO 2011	TSO 2012	TSO 2013	TSO 2014	TSO 2015
Malattie degenerative del sistema nervoso	1	0	0	1	1	0
Aterosclerosi senza CC	0	0	0	0	0	1
Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	0	0	1	0	0	0
Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	0	0	1	1	1	2
Nevrosi eccetto nevrosi depressive	5	3	1	0	0	2
Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	5	5	1	5	5	8
Disturbi organici e ritardo mentale	1	4	0	0	0	1
Psicosi	35	44	38	37	43	33
Disturbi mentali dell'infanzia	1	0	2	3	3	7
Altre diagnosi relative a disturbi mentali	0	0	0	0	0	1
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	0	2	0	0	0	0
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0	0	0	0	1	0
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	3	0	7	2	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>58</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>54</b>	<b>57</b>

Nella tabella D sono elencati i dati prima accennati, che si riferiscono ai DRG effettuati in SPDC a Sassari sul totale dei TSO registrati all'ingresso dei pazienti. Abbiamo quindi delle vere e proprie diagnosi formulate alla fine del ricovero e tra queste spiccano le diagnosi di psicosi (schizofrenie, sindrome bipolare e sindrome depressiva).



### TSO 2010/2015 (dati ufficiali)





Per quanto riguarda la media nazionale e regionale di ricoveri in TSO, non è possibile fare un raffronto con piccoli numeri come quelli dell'SPDC di Sassari, ma si può stimare la percentuale di partecipazione al numero totale di TSO regionale.

Quindi analizzando i tassi di ricovero nazionale che nel 2010 era di 17,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti, si evince che in quell'anno il numero totale di TSO sia stato di 10.852, mentre sempre in quell'anno nella regione sarda il tasso era di 16,75 ricoveri ogni 100.000 abitanti per un totale di 432 ricoveri per TSO.

La percentuale di partecipazione a tale dato da parte dell'SPDC di Sassari è dell'11,80% con i suoi 51 ricoveri.

L'altro dato da noi posseduto è riferito al 2014 e a livello nazionale il tasso di ricovero era di 16,90 ogni 100.000 abitanti, per cui abbiamo 10274 ricoveri per TSO, mentre in Sardegna si è rilevato un tasso di 16,63 ricoveri ogni 100.000 abitanti per risultanti 390 ricoveri totali per TSO e, per quanto riguarda l'SPDC di Sassari un apporto del 13,84% con i suoi 54 ricoveri per TSO, in controtendenza rispetto ai valori nazionali e regionali che sono in diminuzione rispetto al rilevamento del 2010.

## CONCLUSIONE

Il presente lavoro di tesi sul trattamento sanitario obbligatorio è stato svolto privilegiando il ruolo assistenziale e la gestione del paziente psichiatrico sottoposto a tale provvedimento.

Sono stati messi in luce i processi che hanno portato alla trasformazione dell'assistenza psichiatrica, a partire dalle istituzioni manicomiali, poi definite "*totalizzanti*", fino alla legge Basaglia, la quale ha condotto a una riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica sul modello dipartimentale e a una ridefinizione dei ruoli.

Si privilegia l'aspetto relazionale e quello comunicativo in cui l'infermiere riveste un ruolo fondamentale; un professionista chiamato non più a custodire ma ad assistere la persona sofferente, deputato non solo alla somministrazione della terapia farmacologica e all'esecuzione di atti formali, ma a instaurare con il paziente un clima di fiducia che lo aiuterà a individuare e poi risolvere i bisogni di salute del paziente.

Anche nel ricorso ai mezzi contenzione l'infermiere assume un ruolo importante; egli deve adottare tutti i mezzi per limitarne l'utilizzo, ricercando il consenso e la collaborazione da parte del paziente e creando un ambiente il più possibile sereno e favorevole al dialogo.

Fondamentale la collaborazione tra tutti i membri dell'équipe: gli operatori sanitari devono essere a conoscenza delle proprie responsabilità professionali e dei rischi per l'incolumità propria e del paziente.

Il successo nell'assistenza al paziente in TSO si ottiene quando la persona evidenzia un recupero della funzionalità psichica, accetta volontariamente le cure ed è in grado di ricoprire un ruolo all'interno della famiglia o della società, ristabilendo quindi relazioni positive con l'esterno.

Il TSO deve comunque rappresentare l'ultimo ed estremo tentativo di aiuto verso chi non ha la possibilità di comprendere che ha bisogno di cure urgenti.

## **BIBLIOGRAFIA**

Barelli P., Spagnolli E., *Nursing di salute mentale*, Carocci, Milano, 2011

Basaglia F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, 1964

Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Teresa Massara, Milano, 2011

Bilancetti M., *La responsabilità civile e penale del medico*, Cedam, Padova, 1995

Colucci M., Di Vittorio P., *Franco Basaglia*, Edizioni Bruno Mondadori, Milano, 2001

Doenges M.E., Moorhouse M.F., Murr A.C., *Pianificazione dell'assistenza infermieristica*, Edizioni Minerva Medica, Torino 2007

Sanavio E., *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, Carocci, 1998

Strippoli V., *Trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori*, Maggioli Editore, 2010

## **NORMATIVE E LINEE GUIDA CONSULTATE**

DELIBERAZIONE N. 33/19 DEL 31.7.2012: Linee di Indirizzo per la Salute Mentale in Sardegna- Anni 2012-2014

Ministero della Salute: Linee di Indirizzo nazionali per la Salute Mentale (20/03/2008)

Linee Guida Regionali in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio

*La contenzione fisica in ospedale*, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano, revisione 2008

Codice Deontologico dell'infermiere, 2009

Legge n. 180 del 13.5.1978

Legge n. 833 del 13.12.1978

Costituzione Italiana

Codice penale

Legge n.36 del 14.2.1904 in materia di "Disposizioni e regolamento sui manicomi e sugli alienati"

Regio Decreto n.615 del 16.8.1909

Legge n.132 del 12.2.1968

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale ASL n.1