

**Info Authors :**

- <sup>1</sup> Infermiera Università degli studi di Cagliari  
<sup>2</sup> Infermiera Ambulatorio Cure palliative AOU Cagliari e professoressa del cdl infermieristica Unicagliari  
<sup>3</sup> Laurea magistrale in giurisprudenza  
<sup>4</sup> Coordinatore Infermieristico Anestesia e rianimazione AOU e professoressa del cdl infermieristica Unicagliari  
<sup>5</sup> Dirigente delle professioni sanitarie AOU Cagliari e professoressa del Cdl infermieristica Unicagliari  
<sup>6</sup> Infermiere in anestesia e rianimazione AOU Cagliari e professore del cdl infermieristica Unicagliari

**Parole chiave:**

Residenza per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS), infermieristica psichiatrica forense, paziente psichiatrico autore di reato

**Keywords:**

REMS, forensic psychiatric nursing, mentally ill offender

# LA RESIDENZA PER L'EMISSIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS) IN SARDEGNA: STUDIO QUALITATIVO SUL RUOLO INFERMIERISTICO

Montisci Chiara<sup>1</sup>, Melis Paola<sup>2</sup>, Francesca Spina<sup>3</sup>, Massidda M. Valeria<sup>4</sup>, Pinna Maria Rita<sup>5</sup>, Aviles Gonzalez Cesar Ivan<sup>6</sup>

## RIASSUNTO

Questo articolo intende raccogliere le attuali prospettive su ciò che caratterizza l'assistenza infermieristica rivolta agli infermi di mente autori di reato, indagando sul vissuto, sull'esperienza e sulla percezione che i professionisti e gli operatori socio-sanitari (OSS) hanno nei confronti del proprio operato. Avendo inoltre la REMS una storia relativamente recente, ed essendo presenti pochi studi che ne analizzino il contesto, si intende cercare di colmare il gap conoscitivo che si riflette nell'attuale vuoto bibliografico presente nel contesto italiano.

**MATERIALI E METODI:** È stata condotta un'analisi qualitativa, basata sulla fenomenologia, che sfrutta come strumento l'intervista semi-strutturata.

I dati sono stati successivamente analizzati e validati mediante trascrizione, codifica, catalogazione, interpretazione e successiva triangolazione metodologica.

**RISULTATI:** Dalla raccolta dei dati è stato possibile identificare le 5 seguenti categorie tematiche: formazione e preparazione;

motivazioni e impatto emotivo legati al ruolo nella struttura; fattori che influenzano il ruolo; interazioni tra figure del Caring Team; ruolo e interventi percepiti.

È emerso come non vi siano sostanziali differenze tra infermieri e OSS e come l'approccio verso i pazienti sia improntato sulla cura e sulla riabilitazione.

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI:** Attualmente non esiste la qualifica di infermiere psichiatrico forense, sebbene in diverse realtà internazionali si stia provando a definirla.

L'approccio assistenziale si è mostrato mutato rispetto al passato, in linea con le moderne leggi umanizzanti vigenti nella psichiatria.

## ABSTRACT

This article intends to gather the current perspectives on what characterizes the nursing assistance aimed at the mentally ill offenders, investigating the past, experience and perception that professionals and healthcare assistants (OSS) have towards their work.

Also having REMS a relatively recent history, and being present few studies that analyze the context, we intend to try to fill the cognitive gap that is reflected in the current bibliographic blank present in the Italian context.

**MATERIALS AND METHODS:** A qualitative analysis, based on phenomenology, was carried out using the semi-structured interview as an instrument.

The data were subsequently analyzed and validated by transcription, coding, cataloging, interpretation and subsequent methodological triangulation.

**RESULTS:** From the data collection it was possible to identify the following 5 thematic categories: training and preparation; motivations and emotional impact related to the role in the structure; factors that influence the role; interactions between figures of the Caring Team; role and interventions perceived.

It emerged that there are no substantial differences between nurses and OSS and how the approach towards patients is based on care and rehabilitation.

**DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** At present there is no qualification as a psychiatric forensic nurse, although in different international situations he is trying to define it.

The care approach has changed compared to the past, in line with modern humanizing laws in force in psychiatry.

## INTRODUZIONE

L'attivazione delle Residenze per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS) in Italia fu prevista dalla legge 81/2014, entrata in vigore il 31 marzo 2015, e ha decretato la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) <sup>(1)</sup>.

Il suo scopo finale è il reintegro sociale della persona inferma di mente autrice di reato attraverso un approccio curativo-riabilitativo.

Questa innovazione ha fatto sì che per il personale infermieristico nascesse una sfida derivante dal nuovo contesto in cui si trova ad operare.

Le diverse pubblicazioni e notiziari riportanti scandali o episodi di cronaca <sup>(2)</sup>, che vedono protagoniste le vite delle persone nell'istituzione manicomiale indicano come in passato l'approccio assistenziale verso il paziente psichiatrico fosse limitato ad una

forma meramente custodialistica.

Nonostante i tentativi di presentare il manicomio criminale come luogo sia di custodia che di cura, tale struttura rappresentava il ricettacolo degli indesiderati <sup>(3)</sup>.

Secondo quanto può essere riscontrato in letteratura, l'obbedienza era il comportamento principale degli internati, dal mattino alla notte <sup>(4)</sup>. Anche la vita degli infermieri era scandita da una serie di rigide regole.

Olivia Fiorilli <sup>(5)</sup> osserva come il loro ruolo fosse soprattutto quello di soddisfare i bisogni primari e reprimere ogni atteggiamento considerato inadeguato per l'istituzione, con contenzioni meccaniche, bagni freddi, camicie di forza, celle di isolamento <sup>(6)</sup>.

Tali problematiche non hanno riguardato unicamente l'Italia.

Il fenomeno della deistituzionalizzazione, infatti, ha avuto un notevole impatto in tutto il mondo <sup>(7)</sup>.

Questo movimento globale risalente alla metà del XX secolo ha indotto alla chiusura, in molte Nazioni, degli ospedali psichiatrici.

Tali strutture sono nate con l'intento di curare le persone affette da patologie mentali ma, a causa dei metodi di riabilitazione discutibili, non sortivano l'effetto desiderato.

Il fallimento degli intenti curativi, e l'attivismo innescato dalle condizioni disumanizzanti, hanno prodotto un modello di cura basato sulla comunità piuttosto che sull'istituzionalizzazione <sup>(8)</sup>, modello ripreso dalla REMS.

## METODI

**S**ette infermieri e quattro OSS sono stati intervistati con un'intervista semi-strutturata, composta da 10 domande.

Le interviste sono state condotte dal Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzalez, docente di Infermieristica applicata alle disabilità psichiche con una formazione accademica master di primo livello in salute mentale per la medicina di base, laurea magistrale in Nursing research e dottorando in Nursing and Health, la dottoressa Maria Valeria Massidda docente del corso di laurea in infermieristica presso la facoltà degli studi di Cagliari e dalla Dott.ssa Chiara Montisci, allora studentessa.

È stato utilizzato un approccio fenomenologico moderno, secondo lo stile di Husserl, in quanto risulta più idoneo nei casi in cui gli oggetti dello studio siano paure, pensieri, convinzioni ecc. <sup>(9)</sup>.

È stato scelto un campione a convenienza fino a saturazione dell'informazione tra gli infermieri e gli operatori socio sanitari che lavorano nella Residenza per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS) della città di Capoterra Sardegna, la raccolta dei dati è stata effettuata dal mese di marzo 2017 a ottobre 2018; gli operatori hanno acconsentito ad essere

intervistati e registrati.

I dati sono stati raccolti mediante intervista semi strutturata, gli operatori hanno espresso i propri punti di vista rispondendo alle domande proposte; ogniqualvolta l'intervistato si allontanava dal focus del discorso si ponevano domande per reindirizzarlo sull'argomento principale dello studio.

A ogni intervista è stato assegnato un codice numerico; le interviste sono state ascoltate numerose volte dai tre ricercatori, trascrivendo fedelmente anche le pause fatte dagli intervistati, al fine di evitare idee o giudizi precostruiti.

I dati ottenuti sono stati analizzati e validati mediante trascrizione, codifica, catalogazione in sottocategorie e macro categorie, interpretazione e successiva triangolazione metodologica.

Per poter considerare gli interventi messi in atto come infermieristici, è stato utilizzato il Nurses Intervention Classification (NIC) <sup>(10)</sup>.

Per garantire il rigore metodologico e la fedeltà dei dati, sono state utilizzate diverse tecniche.

È stata promossa l'analisi individuale da parte dei singoli ricercatori che hanno una formazione in infermieristica, salute mentale e metodologia della ricerca con esperienza nell'ambito della ricerca qualitativa.

Il gruppo di ricerca ha evidenziato gli argomenti da analizzare estraendoli come esemplificativi dell'intervista (TAB. 1).

TAB. 1 - DOMANDE EFFETTUATE DURANTE LE INTERVISTE

1	Quali sono stati gli eventi e le motivazioni che ti hanno portato a lavorare in questa REMS?
2	In cosa consiste l'assistenza che garantisci al paziente?
3	Come descriveresti l'impatto emotivo e la sua evoluzione, durante la tua carriera, determinato dal lavoro con questo tipo di paziente?
4	Quali sono le idee e i sentimenti che nutri verso i tuoi pazienti, e quali sono quelli che ti trasmettono?
5	Quali sono gli eventi che ti hanno segnato maggiormente durante la tua esperienza lavorativa?
6	Come si comportano i pazienti con te e con l'ambiente in generale?
7	Quando insorgono, come affronti le problematiche che nascono tra te, i pazienti e i colleghi?
8	Che tipo di interazioni sociali hanno i pazienti con il mondo esterno?
9	In che modo la struttura favorisce il recupero e il reintegro sociale di questi pazienti?
10	Quale credi che sia il grado di soddisfazione dei tuoi pazienti nei confronti dell'assistenza ricevuta?

### IMPLICAZIONI ETICHE

Le interviste, svoltesi all'interno della REMS, sono state autorizzate dalla ASSL Sanluri (CA) e da tutti i partecipanti, i quali hanno compilato e firmato un modulo di consenso.

La collaborazione al progetto è avvenuta in maniera del tutto volontaria, e i soggetti coinvolti hanno avuto la possibilità di interrompere la loro partecipazione in ogni momento.

È stato garantito l'anonimato dei dati, tramite l'utilizzo di una lettera (N per gli infermieri, O per gli OSS) e di un numero per l'identificazione delle figure partecipanti.

Infermieri e OSS sono stati infine messi al corrente riguardo i dati e i risultati ottenuti dall'analisi, per poterne esprimere un'approvazione finale.

### FORMAZIONE E PREPARAZIONE

Gli infermieri intervistati hanno iniziato a lavorare nella REMS a partire dalla sua apertura nel 2015. La maggior parte dei professionisti afferma di essere alla prima esperienza di lavoro come infermiere.

Nessun infermiere ha titoli specifici, ad esempio il master in salute mentale-psichiatria; due OSS hanno invece avuto esperienze pregresse in reparti non pertinenti con l'ambito psichiatrico.

Per poter far parte del team della struttura sia infermieri che OSS hanno partecipato a un corso di formazione, previsto dalla legge, per poter affrontare al meglio il nuovo contesto.

Il corso è stato utile sotto diversi punti di vista: da un lato sono state colmate le lacune conoscitive della laurea triennale: *“prima di iniziare questo lavoro eravamo profani tutti quanti (...) all'università si studia, si fa un esame di psichiatria però è tutto diverso da quello che facciamo qua realmente... abbiamo acquisito molte informazioni, molta teoria, molte conoscenze; ci siamo notevolmente acculturati”* (N3).

*“abbiamo affrontato argomenti sulla sicurezza, sul superamento degli OPG, sulla gestione dell'aggressività, sull'approccio al paziente psichiatrico autore di reato (...) naturalmente dobbiamo saperci approcciare in maniera naturale...non dobbiamo sfidarlo ma neanche assecondarlo”* (N6)

*“abbiamo ripassato la farmacologia, e poi abbiamo affrontato l'aspetto relazionale (...) i vari approcci da mettere in atto in varie situazioni (...) non deve essere rigido, non troppo rigido, abbiamo poi dei protocolli su come ci dobbiamo comportare in caso di violenza” (N4)*

Dall'altro lato, con il corso sono state placate le preoccupazioni derivanti dalla scarsa conoscenza sulle modalità lavorative:

*“abbiamo avuto un grandissimo supporto da parte del personale medico psichiatrico, che ci ha istruiti, rassicurati, e spiegato come approcciarci a questo tipo di paziente” (N5).*

### **MOTIVAZIONI E IMPATTO EMOTIVO LEGATI ALLA STRUTTURA**

**L**a motivazione predominante che ha spinto gli infermieri a lavorare nella REMS è stata la necessità di trovare un impiego, condizione che li ha portati ad accettarlo senza indugi.

*“è stata la prima chiamata di lavoro che ho ricevuto (...) quindi le motivazioni sono ovviamente le esigenze di lavoro...ero molto spaventata” (N1).*

*“si cercava lavoro, e questa è stata una delle poche proposte che c'è stata” (N3)*

*“fondamentalmente sono giunta qui perché non avevo uno stipendio” (N4)*

*“è stata una delle prime strutture che mi ha contattato per lavorare” (N6).*

Per gli infermieri, inizialmente, la REMS è stata vista come un'opportunità, e non come una scelta.

In quattro casi è emerso un grande contrasto tra l'esperienza emotiva iniziale e quella attuale; paure e timori del primo periodo hanno ceduto il posto a emozioni positive. Inizialmente, la paura era spesso verso il paziente, per il suo passato delinquenziale:

N1 alla domanda *“la paura è stata determinata dal fatto che si trattava di autori di reato?”* risponde con un tono deciso *“assolutamente sì!”*. *“temevo di non essere all'altezza del lavoro e di non riuscire a gestire emotivamente questo tipo di paziente” (N3)*

*“mi hanno spiegato che avrei dovuto lavorare con pazienti psichiatrici autori di reato (...) la prima reazione è stata “no, io non accetterò mai questo lavoro!” (N2).*

In altri casi, sono stati espressi fin da subito curiosità e apprezzamento sia verso la struttura che verso i pazienti:

*“inizialmente ho sentito euforia, felicità; ho provato emozione per aver trovato lavoro, un lavoro che certamente non capita tutti i giorni (...) inoltre siamo noi che abbiamo potuto assistere all'inaugurazione della REMS, nessun altro collega potrà ripetere quest'esperienza” (N6).*

La paura e l'ansia, tuttavia, possono essere rapportate anche al fatto che, per tutti e sette gli infermieri, si trattava della loro prima esperienza lavorativa. Dunque, oltre all'ignoto riguardante il tipo di utente con cui sarebbero dovuti entrare in contatto, vi era anche l'inesistente esperienza pregressa che ha giocato un ruolo fondamentale.

Tutti gli infermieri, dopo due anni dall'apertura della struttura, hanno deciso proseguire nel loro lavoro con grande entusiasmo, e i pazienti che inizialmente suscitavano paura, oggi provocano reazioni completamente diverse:

*“sono persone che sono sofferenti, le emozioni negative le hanno loro non noi, noi siamo fortunati sotto quel punto di vista” (N3)*

*“qui noi siamo tutti molto gentili non usiamo mai la forza né la rabbia per approcciarci con loro e questo lo riconoscono (...) quando tu sei gentile con loro, loro sono gentili con te” (N4)*

*“Mi sono appassionata tantissimo (...) con la pratica la paura non c'è più (...) è un lavoro molto molto interessante, molto stimolante” (N2)*

*“le motivazioni che mi hanno portato ad accettare sono le esigenze di lavoro, ma ciò che mi spinge a restare è l'apprezzamento” (N1);*

*“i pazienti possono offrire emozioni positive, anche nelle piccole... quando ti ringraziano, quando ti salutano, quando ti chiamano per nome...” (N6).*

Per N6 il paziente è: *“un mondo nuovo da scoprire, è un'avventura da esplorare”.*

Il viaggio di scoperta dell'altro, oltre il reato, oltre la malattia, oltre i pregiudizi, permette di capire che alla fine, riportando le parole di N3, *“è vero che sono un*

*po' particolari, ma non così particolari come te li immagini... dopo diventa tutto normale e si instaura un rapporto quasi "amicale".*

L'aspetto sorprendente è che la paura verso il paziente è stata soppiantata in tutti i casi. Esistono numerose fonti in letteratura, sui servizi psichiatrici forensi, che hanno segnalato l'esistenza di visioni infermieristiche negative.

In Canada, l'autore Kent- Wilkinson segnala che nei casi in cui il reato commesso è stato orribile, alcuni professionisti ritengono che il rispetto per il paziente non sia meritato. Tuttavia, altre fonti confermano quanto si è potuto constatare nella REMS, ovvero che il personale offre un lavoro di qualità basato sull'espressione di positività<sup>(11)</sup>, senza lasciarsi influenzare da giudizi etici o personali.

Ad oggi, nella REMS vincono idee e sentimenti positivi; inoltre gli infermieri si ritengono soddisfatti del proprio lavoro. *"penso che lavorare nella REMS sia una bellissima esperienza (...) lavorare qui dentro mi ha proprio cambiato la vita (...) abbiamo un modo di vedere le cose che è applicabile anche fuori (...) il consiglio che do sempre a me stessa è di guardare la situazione da diverse prospettive"* (N1); *"per me questa (la REMS) è una seconda casa"* (N2).

A differenza di quanto espresso dagli infermieri, gli OSS hanno percepito l'incarico, fin da subito, come una sfida; infatti, le emozioni emerse inizialmente, quali l'eccitazione, la curiosità, l'intraprendenza, sono state positive; in un solo caso sono state riscontrate emozioni negative, nella fattispecie l'ansia, verso i pazienti di cui l'intervistato non aveva una chiara idea.

*"a differenza di molte persone, io non ero spaventata (...) ero invece molto incuriosita"* (O1), *"inizialmente sono stata un po' in ansia; dopo due anni di esperienze impari a vivere questi pazienti in maniera diversa"* (O3).

Emerge dunque come inizialmente i pareri fossero contrastanti; ciononostante, tutti gli infermieri e tutti gli OSS si sono dichiarati soddisfatti del proprio lavoro al momento dell'intervista.

Un membro ad esempio dice *"io, qua, mi sento nel*

*posto giusto"* (O3).

Tali risultati vanno in contrasto non solo con il malinteso popolare secondo il quale l'ambiente psichiatrico sia stressante, in quanto coinvolge individui imprevedibili e pericolosi<sup>(12)</sup>, ma anche con diversi studi che indicano come gli infermieri operanti in tali contesti identifichino nella frustrazione il loro primo problema<sup>(13)</sup>.

Al contrario, nella REMS non si manifestano livelli di stress elevati, né viene fatto cenno alla sindrome di burnout, in linea con diversi studi riscontrabili in letteratura, come quello di Happel e Pikhahana<sup>(12)</sup>.

### FATTORI CHE INFLUENZANO IL RUOLO

**I**l fattore che condiziona negativamente sia la sfera emotiva che il lavoro è il comportamento aggressivo dell'utente, il quale può produrre degli effetti negativi sulla persona, e dei conflitti tra i membri del gruppo.

Quando si sono verificate le situazioni in cui si è manifestato il lato aggressivo degli utenti, gli intervistati hanno descritto il tutto con negatività, affermando di aver provato paura, disagio, ansia, e giungendo a situazioni che hanno fortemente influenzato le loro vite.

Gli episodi di aggressività si sono riversati soprattutto su altri pazienti, ma talvolta le vittime sono stati gli stessi lavoratori.

Per il primo caso, N1 racconta: *"l'evento che mi ha segnato maggiormente è stato l'aggressione di un paziente contro un altro paziente, un paziente molto violento che ha tentato di strangolarne un altro (...) è stata veramente una scena che mi ha segnato particolarmente (...) ho avuto difficoltà a dormire la notte per diversi giorni"*. N2: *"mi ha segnato qualche episodio di violenza che ha determinato in me qualche momento di panico"*

Per quanto riguarda il secondo caso, invece, sono giunte numerose testimonianze concordanti, da parte di quasi tutti gli intervistati, riguardo uno specifico caso che ha turbato la quiete dell'intera

equipe:

*“c'è stato un paziente che mi metteva a disagio perché particolarmente violento”, alla domanda “cosa hai sentito?” continua “preoccupazione (...) non ti faceva stare sereno e non ti faceva lavorare bene (...) paura di rovinare l'armonia e la serenità tra i pazienti e quello mi metteva ansia” (N6);*

*“in un periodo era presente un paziente parecchio aggressivo(...) mi ha tenuto in uno stato di tensione... tensione che è durata parecchi mesi” (N3)*

*“a qualche mio collega è successo di essere aggredito anche verbalmente, e quindi sono rimasta un po' turbata (...) a volte succede che abbia dei periodi di crisi, di agitazione...e in questi periodi sono presenti agitazione e ansia in generale per tutta l'equipe”(N2).*

*“ qui è sempre come se fosse il primo giorno perché non ti annoi mai (...) io vengo sempre con molto entusiasmo, io amo questo lavoro, mi piace (...)ma nella struttura era presente un paziente che, se fosse rimasto, mi avrebbe costretta ad andarmene... io non arrivavo più contenta a lavoro, stavo male, mi fa effetto vederlo persino in fotografia (...) mi insultava nove ore tutti i giorni... si era creata una situazione che rischiava di farsi nemici tutti gli altri pazienti perché gli altri mi adorano (...) io ero in tensione per loro, a volte uscivano dalla camera e andavano dritti nella sua”(O1).*

### INTERAZIONI TRA LE FIGURE DEL TEAM ASSISTENZIALE

Dalle testimonianze degli intervistati emerge la descrizione di un gruppo molto forte e unito; problematiche di ogni tipo vengono discusse con tutta l'equipe e risolte grazie alla comunicazione tra tutti i membri, al fine di trovare una soluzione comune: *“qui si lavora in equipe, non esiste un solo problema che vada risolto in autonomia” (O3); “confrontiamo i nostri punti di vista per cercare di arrivare ad una soluzione in comune, non tendiamo mai ad agire da soli...mai” (N3);*

*“se insorgono problemi se ne parla in gruppo (...) la cosa migliore è, come secondo un po' tutti, la condivisione, che è fondamentale per risolvere tutti i problemi... per decidere, ad esempio,*

*se concedere un caffè ad un paziente o meno se ne discute...si valuta se quel determinato gesto serve per il percorso terapeutico del paziente... sembra banale un caffè ma non lo è perché sono pazienti che hanno delle dipendenze”(N2);*

### RUOLO E INTERVENTI PERCEPITI

A tutti gli infermieri ed OSS è stato chiesto di descrivere in cosa consistesse il loro ruolo. La maggior parte degli infermieri, nel tentativo di fornire una spiegazione chiara, ha spesso messo a confronto il tipo di assistenza che viene garantito nella REMS con quello offerto in un qualsiasi altro reparto ospedaliero.

Le differenze emerse dal paragone tra queste due diverse realtà hanno evidenziato due dati di fatto: nella REMS la relazione e la comunicazione con l'utente occupano una posizione di primato rispetto alle altre pratiche infermieristiche; il termine “infermieristico” è stato utilizzato per far riferimento all'aspetto puramente tecnico della professione, il quale caratterizza maggiormente gli altri reparti ospedalieri piuttosto che la REMS.

Su quest'ultimo aspetto i professionisti hanno mostrato una certa tendenza a non includere come proprie della sfera infermieristica le attività di natura relazionale, educativa e interpersonale e ad associare il termine “infermieristico” alla componente pratica della professione:

*“In questa REMS non si parla di assistenza infermieristica, ma di assistenza al paziente (...) l'infermiere in senso stretto lo si fa, ad esempio, in un reparto di medicina in ospedale, non qua (...) l'assistenza infermieristica è, più che altro, di supporto” e alla domanda “cosa contraddistingue la REMS da un qualsiasi reparto ospedaliero?” continua “ci sono meno interventi tecnici; in ospedale c'è una scaletta da seguire, ad esempio gli orari delle terapie, si vanno a monitorare i segni e sintomi delle eventuali complicanze delle malattie dei pazienti... tanto dipende dal reparto, vi è molta burocrazia... inoltre, OSS e infermieri collaborano sì, ma hanno ruoli ben distinti” (N6); “nella REMS ci lasciamo trasportare da quello che avviene durante la giornata... non abbiamo schemi come nei reparti ospedalieri(...)stiamo sempre a contatto con i pazienti e svolgiamo tantissime attività con loro...l'assistenza consiste quindi principalmente*

*nel relazionarsi, nel saper ascoltare.*

*Vi è, chiaramente, la parte infermieristica, che consiste nella somministrazione della terapia, occasionalmente intramuscolare, ma non vi sono numerose richieste infermieristiche” (N2);*

*“l’assistenza sostanzialmente si basa sulla relazione... di tecnico e prettamente infermieristico c’è solo la somministrazione della terapia”.*

All’infermiere viene successivamente chiesto *“saprebbe individuare altri interventi infermieristici?”* e risponde facendo riferimento solo alla componente pratica: *“può capitare qualche volta che qualcuno abbia bisogno di qualche procedura un pochino più particolare come prelievi (...), applicazione di medicazioni, fasciature ma di infermieristico vi è solo la terapia” (N3); “a parte la somministrazione della terapia, che è l’unica cosa che fa parte del nostro ruolo e che facciamo solo noi, qui la nostra assistenza si fonda sulla relazione con il paziente, è la cosa fondamentale, noi facciamo questo in realtà” (N1);*

*“del caring infermieristico vi è poco, c’è invece molto supporto personale” (N7).*

Anche dalle interviste degli OSS è stata ottenuta prova della netta prevalenza del processo di comunicazione su ogni altro aspetto dell’assistenza, e di come tutto il personale si impegni per garantirla.

Altro dato riguarda la percezione sulle differenze nella struttura tra il ruolo di OSS e di infermiere. Entrambe le categorie hanno dichiarato che tale presunta differenza è pressoché inesistente.

L’operatrice O1 a tal proposito afferma: *“tutto ciò che si pensa di un OSS bisogna cancellarlo, qui siamo tutti OSS ed infermieri”.*

Similmente l’infermiere N6 sostiene che *“nella REMS non ci sono ruoli ben definiti come OSS e come infermiere”.*

Questo è legato, da un lato, al fatto che la maggior parte dei pazienti sono autosufficienti.

Dall’altro, invece, al fatto che il principale compito consiste nel dovere e volere provocare un cambiamento nei comportamenti degli assistiti.

Il voler intervenire sulla sfera mentale rende necessario l’instaurarsi di una relazione, la quale si avvale, come strumento principale, della comunicazione.

Lo scopo dell’equipe, e quindi degli infermieri, è quello di ridurre la sintomatologia e di far sviluppare personalità e capacità relazionali. L’obiettivo finale è il reinserimento sociale della persona.

Il raggiungimento di questo obiettivo si ottiene anche attraverso le uscite dalla struttura che vengono concesse ai pazienti, accompagnati dal personale infermieristico e dagli OSS, previa autorizzazione del magistrato, sulla cui decisione influiscono i pareri che le figure sopracitate presentano.

Una volta ottenuto il permesso, il paziente ha la possibilità di scegliersi l’accompagnatore.

*“vengono mostrate delle relazioni sviluppate da tutta l’equipe e successivamente vengono inviate al magistrato che decide se concedere il permesso o meno (...), se gli viene concesso il permesso il paziente decide quali saranno le persone con cui passare del tempo al di fuori...con molti si è creato un bel legame e ti scelgono” (N1); “noi rappresentiamo, per i pazienti, un modello di società in scala ridotta; siamo le uniche persone che hanno, grazie a noi imparano a relazionarsi anche nel mondo esterno, quando per esempio escono dalla struttura sono loro che si relazionano con medici, commessi, barman o altre figure” (N6);*

*“loro fanno progressi durante le uscite, molte persone sono rimaste recluse anche dieci anni, e sono uscite solo in questi due anni che sono qui con noi (...) piano piano prendono confidenza con il parlare con persone al di fuori, con il modo, con l’atteggiamento che devono avere con le altre persone” (N2).*

Il reinserimento sociale è un obiettivo che viene raggiunto anche attraverso una serie di attività che vengono praticate dagli utenti all’interno della REMS.

Un esempio è fornito dalla musicoterapia che si definisce come l’utilizzo della musica per aiutare l’assistito a ottenere uno specifico cambiamento del comportamento, delle emozioni o della fisiologia.

Questo tipo di terapia è utilizzato in altri contesti psichiatrici forensi, anche fuori dall'Italia. Inoltre, sono stati condotti studi per dimostrarne l'efficacia con esiti del tutto positivi. I risultati della ricerca condotta da Hakvoort Stefan Bogaerts et al. suggeriscono che le capacità di gestione della rabbia sono migliorate in tutti i partecipanti, e che la terapia musicale può accelerare i processi di cambiamento comportamentale<sup>(14)</sup>.

In un altro studio<sup>(15)</sup> è emerso un miglioramento nei rapporti tra i pazienti.

N2 conferma che uno degli scopi è appunto quello di creare un'armonia tra i partecipanti: *“lo scopo è sia imparare a suonare gli strumenti sia stare in sintonia tutti insieme... si cantano dei brani e viene spiegato anche il senso di quello che si canta”*.

Il benessere e la guarigione sono garantite dallo svolgimento di altre attività terapeutiche, sia ludiche che sportive, quali cineforum, ping-pong, calcetto, giardinaggio *“ci sono dei giorni prestabiliti in cui si svolgono determinate attività; il giovedì la psicologa sceglie un film che viene proiettato nella sala.*

*Una volta terminato discutiamo con i pazienti sul significato del film o sulle emozioni e sensazioni trasmesse... il film ha uno scopo ed è quello di far riflettere i pazienti su determinate tematiche che l'equipe ha scelto di voler affrontare”*(N1);

*“organizziamo frequentemente dei tornei di ping pong con pazienti di altre strutture e partite di calcetto alle quali io stesso partecipo...loro sono molto attivi durante queste attività e si sentono coinvolti”* (N7).

Gli infermieri, nel descrivere il loro ruolo, hanno individuato altri interventi che corrispondono alle definizioni di alcuni NIC tra cui l'ascolto attivo, la promozione dell'integrità della famiglia e il sostegno in relazione alle risorse economiche.

*“l'infermiere deve essere disponibile nei confronti del paziente, saper ascoltare (...) spesso loro vogliono solo parlare, vogliono sfogarsi e vogliono*

*solo raccontare”*(N3); *“noi proviamo insieme a loro a trovare soluzioni alternative alla rabbia, alla violenza (...) li aiutiamo tantissimo nell'instaurare o nel mantenere rapporti con le famiglie (...)”*(N5); *“vorrebbero avere loro la gestione dei soldi (...) li butterebbero (...) un'altra cosa che facciamo qua è insegnare il valore dei soldi”*(N6).

Alla stregua degli infermieri, anche gli OSS assicurano presenza, ascolto, sostegno emozionale, i quali servono per avere una conoscenza approfondita del paziente, al fine di poterne anche prevenire atti autolesivi:

*“con il tempo impariamo a conoscere bene la persona; un umore diverso dal solito o l'ascolto di un certo tipo di musica viene associato ad un determinato stato d'animo del paziente.*

*Questo ci aiuta a prevenire una crisi o un atto autolesivo”*.

## DISCUSSIONI

**G**li interventi messi in pratica all'interno della REMS sono focalizzati maggiormente sull'umanizzazione delle cure piuttosto che sulla detenzione, dimostrando come si sia passati da un approccio custodialistico a uno curativo.

Tra questi, l'ascolto attivo è fondamentale nel contesto psichiatrico, senza il quale la comunicazione e la relazione non possono essere considerate efficaci<sup>(20)</sup>.

Un altro intervento messo in pratica corrisponde al sostegno nella modifica del comportamento, collegato ad attività, quali la musicoterapia, utilizzata in diversi contesti psichiatrici, anche in altri Paesi del mondo, per gestire gli impulsi negativi del paziente.

Diversi studi dimostrano quanto la musicoterapia, nel contesto psichiatrico forense, si dimostri efficace sia nell'accelerare i processi di cambiamento comportamentale<sup>(21)</sup>, sia nel migliorare i rapporti tra i pazienti<sup>(22)</sup>.

Uno studio condotto da Timmons<sup>(23)</sup>, nel quale viene descritto il ruolo degli infermieri psichiatrici in un ospedale ad alta sicurezza in Irlanda, mostra dei risultati analoghi a questo articolo.

La sua indagine ha messo in evidenza come un'elevata percentuale di pratiche infermieristiche siano incentrate sulla comunicazione e sulla creazione di un ambiente terapeutico.

Dallo studio, la tutela dei diritti umani è stata considerata fondamentale dagli infermieri, i quali si occupano anche della sicurezza.

Successivamente, quando è stato chiesto agli infermieri di descrivere l'impatto emotivo, sia iniziale che attuale, non è stato fatto alcun riferimento allo stress e alla sindrome da burnout.

Ciò va in contrasto con altri studi, quali quello di Dickinson e Wright, dove vengono evidenziati quei fattori di rischio che fanno sì che tale sindrome si sviluppi.

I fattori identificati nello studio sovraccitato sono stati principalmente tre: i conflitti interprofessionali, i carichi di lavoro e la mancanza di coinvolgimento nel processo decisionale.

Ad ogni modo, dalle interviste niente di tutto ciò è emerso<sup>(24)</sup>.

In altri studi, la principale fonte di stress lavorativo nei contesti psichiatrici forensi è stata individuata nella violenza, rivelando come l'assalto fisico abbia delle conseguenze significative sulla sofferenza psicologica<sup>(25)</sup>.

L'unico elemento che, nella REMS, ha infatti creato conflitti tra il personale è coinciso con episodi di violenza, verbale o fisica.

Ciò si dimostra dunque in linea con quanto sostenuto da Happel, Pinikahana e Martin, i quali affermano come in realtà, nel contesto psichiatrico forense, non si manifestino livelli di stress o fenomeni di burnout maggiori rispetto a un qualsiasi reparto ospedaliero.

Tali risultati si discostano dal malinteso popolare che la psichiatria forense sia un contesto più stressante a livello pratico, in quanto coinvolge la cura dei pazienti più pericolosi e imprevedibili<sup>(26)</sup>.

Inoltre, infermieri e OSS, nel descrivere il loro ruolo, hanno tralasciato l'aspetto sulla gestione della sicurezza.

Ciò non significa che non vengano messi in atto interventi volti a garantirla; il significato che si deve cogliere, piuttosto, indica che tutto ciò che concerne la relazione con i pazienti è costellato da accorgimenti che, nel complesso, favoriscono la sicurezza degli ospiti, verso sé stessi e il personale stesso.

I limiti dello studio sono legati al fatto che, non essendo presente letteratura relativa all'argomento in questione, e trattandosi di una struttura sviluppatasi solo recentemente, i dati fruibili si limitano alla sola REMS di Capoterra, senza che sia stato possibile comparare questa realtà alle altre presenti sul territorio italiano.

Alla luce di ciò, questo studio non può essere considerato riassuntivo della percezione sul ruolo di infermieri e OSS operanti in tale contesto in tutta la Nazione.

Inoltre, essendo uno studio qualitativo, l'analisi e la raccolta dei dati non possono essere standardizzati, ragion per cui può essere presente l'impronta soggettiva degli autori.

## CONCLUSIONI

La REMS possiede una storia relativamente recente, e ciò si manifesta sul piano bibliografico, con un'assenza di letteratura inerente l'argomento.

Anche in altre nazioni l'interessamento per questo ruolo è nato in tempi recenti.

Dal punto di vista infermieristico manca una qualifica specifica che chiarisca la sua identità in tale contesto, essendo una figura non presente né riconosciuta come specialità.

Vi è una netta differenza che contraddistingue l'Italia dagli altri Paesi europei, ove da tempo le sperimentazioni in questo ambito hanno segnato la medicina psichiatrica.

A tal proposito, è attualmente in corso un dibattito volto a stabilire se l'infermiere psichiatrico forense

possa essere riconosciuto come specialità, e sono presenti svariati studi che circoscrivono il ruolo del professionista per dar voce alla categoria in questione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L, Di Michele V, Giosuè P, et al. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Riv Psichiatr.* 2015; 50:199–209 .
2. Borzacchiello A. *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale.* 1872 .
3. Grassi G., Bombardieri C. *Il policlinico della delinquenza.* Milano: FrancoAngeli; 2016 .
4. De Mattos V. *Una via di uscita.* Merano: Alpha & Beta; 2012 .
5. Maria S, Maria S. *Infermiere in manicomio prima della 180: narrare esperienze tra cura e custodia.* 1978; 23–44 .
6. Ageing H, La I, Basaglia L. *Strumenti e terapie nelle cure psichiatriche: estratti dall'archivio storico dell'ospedale psichiatrico di Girifalco.* 1978 .
7. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services.* *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10 :326–36 .
8. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services.* *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10 :326–36 .
9. Nakatani Y, Kojimoto M, Matsubara S, Takayanagi I. *New legislation for offenders with mental disorders in Japan.* *Int J Law Psychiatry.* 2010;33:7–12 .
10. Zhao H, Xue L, Shi Y-W, Knoll J. *Chinese Forensic Psychiatry: History, Development and Challenges.* *J Forensic Sci Med.* 2015; 1:61 .
11. Devnick B. *The forensic mental health nurse: confusion, illusion or specialization? A scoping literature review.* 2010 .
12. Happell B, Pinikahana J, Martin T. *Stress and burnout in forensic psychiatric nursing.* *Stress Heal.* 2003;19:63–8 .
13. Dickinson T, KM W. *Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review.* *Br J Nurs.* 2008;17:82–87 6 .
14. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. *Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients.* *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2015;59:810–36 .
15. Choi A-N, Lee MS, Lim H-J. *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study.* *J Altern Complement Med.* 2008;14:567– 70 .
16. Dziopa F, Ahern K. *What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature.* *J Adv Nurs Pract.* 2009;10 :1–9 .
17. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. *Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients.* *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2015;59 :810 .
18. Choi A-N, Lee MS, Lim H-J. *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study.* *J Altern Complement Med [Internet].* 2008;14(5):567–70. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2008.0006> .
19. Timmons D. *Forensic psychiatric nursing: A description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland.* *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:636–46 .
20. Dickinson T, KM W. *Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review.* *Br J Nurs.* 2008;17:82–87 6p .
21. Reininghaus U, Craig T, Gournay K, Hopkinson P, Carson J. *The High Secure Psychiatric Hospitals' Nursing Staff Stress Survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault.* *Pers Individ Dif.* 2007;42:397–408 .
22. Happell B, Pinikahana J, Martin T. *Stress and burnout in forensic psychiatric nursing.* *Stress Heal.* 2003;19:63–8 .