



I QUADERNI DELLA FORMAZIONE

LE COMPETENZE SPECIALISTICHE DELL'INFERMIERE DELLA SALUTE MENTALE



Nurse24+it

Il presente documento nasce nel 2017, dalla volontà del Consiglio Direttivo dell'allora Collegio IPASVI, oggi Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) della Provincia di Bologna, di promuovere una riflessione sulle competenze specialistiche dell'infermiere in Salute Mentale presenti ed agite nel proprio territorio (L. n°3 del 11 gennaio 2018 - Legge Lorenzin - Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute).

Il mandato è stato quello di individuare e definire le competenze dell'infermiere che opera in questo ambito specialistico, per farne oggetto di confronto e condivisione all'interno del gruppo dei professionisti dell'area provinciale e in una fase successiva, auspicabilmente, di tutta la comunità professionale.

Il gruppo di lavoro ha pertanto analizzato le competenze partendo dall'esperienza, ovvero da quelle messe quotidianamente in campo nell'attività lavorativa da parte dei partecipanti del gruppo di lavoro.

La necessità di analizzare le competenze specialistiche trae origine anche dal fatto che l'attuale concezione della malattia mentale è senz'altro più complessa rispetto al passato; la persona che soffre di un disturbo psichico porta con sé problemi e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la sfera psicologica, ma anche quella sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare; tali elementi si intrecciano con la storia soggettiva della persona, determinando un disturbo mentale con caratteristiche peculiari in ogni soggetto.

La complessità in cui opera oggi l'infermiere di Salute Mentale è inoltre caratterizzata dalla necessità di contrastare un pensiero dicotomico molto diffuso nella società: i pazienti psichiatrici o sono da "rinchiudere" o sono da comprendere e giustificare.

Queste polarizzazioni nascondono la difficoltà di affrontare in modo autentico, professionale e conforme alle evidenze o buone prassi, quando esistono, proprio la complessità del disturbo psichiatrico, con le sue tante forme di distorsione del pensiero e del comportamento.

Il ruolo dell'infermiere si esplica nelle diverse aree della vita della persona con sofferenza psichica, in sinergia con molti altri professionisti dell'area sanitaria, sociale e del terzo settore; pertanto in un ambito di complessità

sempre più crescente non è facile stabilire una linea di demarcazione, netta, tra le competenze dell'infermiere e quelle di altri professionisti, poiché la relazione d'aiuto e le capacità relazionali/educative appartengono a tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura. (Ferruta 2000)

Questa trasversalità e condivisione di competenze, esercitate in relazione ai bisogni delle persone e allo specifico progetto terapeutico, rende difficile, nella pratica quotidiana, mantenere una specificità professionale nettamente e chiaramente identificabile e distinta.

Un altro problema che rende complesso il settore psichiatrico e di conseguenza problematica la definizione univoca e condivisa delle competenze specialistiche dell'infermiere di salute mentale, è legato al fatto che non esiste un quadro concettuale unico e definitivo a cui potersi riferire, esistono tanti modelli di trattamento ognuno dei quali richiede di esplicitare alcune competenze e non altre; l'ambito della salute mentale è uno di quelli in cui occorre avere diversi modelli di lettura e diverse teorie anche infermieristiche, per cogliere le diverse "facce" dell'identità professionale qui rappresentata.

L'infermiere di Salute Mentale opera in un ambito privo del "vantaggio" della tecnologia, in una dimensione spesso di difficile definizione, trovandosi a operare in luoghi molto diversi tra loro, dall'abitazione della persona, all'ambulatorio, alla struttura ospedaliera, alle residenze, passando per i luoghi pubblici e dove, sempre, il coinvolgimento emotivo è diretto, intenso, costante e prolungato nel tempo.

Tutto ciò rende evidente quanto la Salute Mentale, come anche altri ambiti sanitari, valorizzi e intrecci le caratteristiche personali e professionali del singolo infermiere, rappresentandone un valore aggiunto, ma nel contempo un "rischio" per il professionista stesso e/o per il suo assistito, in quanto l'infermiere è anche una persona, con la sua storia e le sue caratteristiche; il contesto in cui si muove è quasi esclusivamente quello della relazione interpersonale, pertanto è fondamentale portarla in evidenza per farne un autentico fattore terapeutico ed esserne consapevoli, anche per preservare il soggetto e la propria integrità fisica ed emotiva.

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (aprile 2019), riconosce che "il tempo di relazione è tempo di cura".

Da non dimenticare, inoltre, la dimensione etica insita nel trattamento di persone con disturbo psichico, con la quale l'infermiere è chiamato a confrontarsi nell'operatività quotidiana, così come va sempre considerata la percezione sociale della persona con disturbo psichico o dipendenza, che è quasi sempre stigmatizzata e stigmatizzante.

Infine la definizione e la valutazione delle competenze infermieristiche rappresenta un tema importante anche per definire gli standard professionali atti a garantire la qualità dell'assistenza e della riabilitazione psichiatrica, e non ultimo la sostenibilità del Sistema di Salute mentale del paese.

OBIETTIVI DEL LAVORO

Il documento redatto dal gruppo ha l'intento di:

- definire competenze specialistiche dell'infermiere in Salute Mentale, per evidenziare con più chiarezza il contributo dell'infermiere nel processo assistenziale, terapeutico-riabilitativo della persona con disturbo psichiatrico o da dipendenza. La proposta, come già detto, è elaborata partendo dalle esperienze dei professionisti del gruppo di progetto, che operano in diversi ambiti della Salute mentale dell'Ausl della città di Bologna e che è quindi correlata ai modelli organizzativi e professionali qui operanti;
- acquisire una maggior consapevolezza professionale per un agire appropriato nei vari setting di cura, assistenza e riabilitazione;
- rafforzare l'identità professionale per favorire il riconoscimento sociale;
- favorire il confronto interprofessionale ed intra-professionale perché la crescita professionale sia autenticamente un percorso comune e condiviso;
- stimolare la ricerca infermieristica in ambito di Salute mentale e delle dipendenze.

Nella stesura del documento il gruppo ha ravvisato la necessità di definire la cornice di riferimento entro cui collocare la malattia mentale, la storia dell'assistenza e dell'infermieristica psichiatrica.

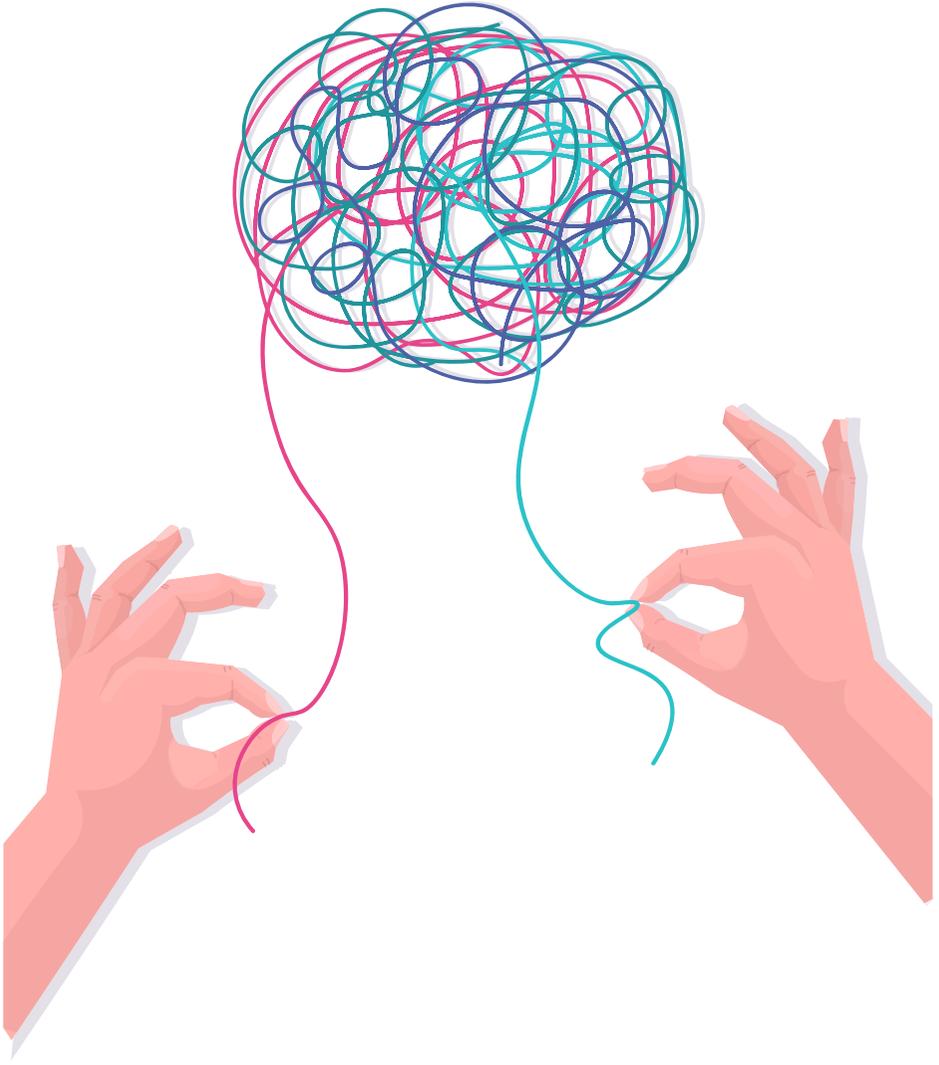
GRUPPO DI LAVORO

- Agostini Silvia
- Benfenati Daniele
- Bernardinello Elisabetta
- Furlini Paola
- Gamberoni Loredana
- Gargiulo Andrea
- Pazzaglia Annalisa
- Zulli Velia



SOMMARIO

1. CAPITOLO	7
1.1. Caratteristiche e peculiarità delle persone con disturbo psichico	7
2. CAPITOLO	11
2.1. L'evoluzione dell'infermieristica in Salute Mentale	11
2.2. L'infermiere di Salute Mentale	16
3. CAPITOLO	19
3.1. Conoscenze e competenze specialistiche dell'infermiere in Salute Mentale	19
3.2. Metodologia di lavoro	20
3.3. Tabella competenze	22
3.4. Il Processo della "presa in carico"	26
4. CAPITOLO	29
4.1. Esempi di Percorsi di cura della Salute Mentale	29
5. CONCLUSIONI	37
6. PRINCIPALI NORME E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	39
7. GLOSSARIO	43
8. BIBLIOGRAFIA	55
8.1. Documenti-articoli-riviste	56
8.2. Sitografia (marzo 2020)	56



1. CAPITOLO

1.1. CARATTERISTICHE E PECULIARITÀ DELLE PERSONE CON DISTURBO PSICHICO. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE.

Tentare di definire cosa sia la Salute Mentale non è un compito semplice, così come descrivere le caratteristiche e le peculiarità di una persona con disturbo psichico. Va detto che la sola presenza di sintomi non corrisponde necessariamente ad una condizione di malattia, così come uno stato di “normalità”, dove non sono presenti sintomi, non è immune da esperienze soggettive di disagio fisico e psichico.

Gli inglesi, infatti, per definire la malattia utilizzano tre termini che ne sottolineano la complessità di interpretazione: “disease” per malattia con sintomi oggettivi di norma fisici o con parametri biologici fuori standard, “illness” la percezione di malattia della persona, “sickness” la percezione sociale di malattia.

Il Ministero della Salute definisce la Salute Mentale come parte integrante della salute e del benessere, come si evince dalla definizione di salute che si trova nella Costituzione dell’OMS: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”.

La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da tutta una serie di fattori socio-economici, sui quali è necessario agire attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale.

“Dimensioni quali salute, benessere, normalità, follia e patologia spesso si mescolano, sono dimensioni eterogenee, spesso contigue e risulta difficile darne una definizione univoca. Il confine tra normalità e patologia è un sottile filo nel quale ognuno cerca di destreggiarsi; non esiste una linea netta di separazione tra tratti patologici e funzionamento normale, in quanto entrambi rappresentano gli estremi di un continuum nel quale interferiscono molteplici elementi, tra cui le risorse psichiche dell’individuo, i fattori ambientali, il substrato genetico e le esperienze relazionali precoci”.¹

1 <http://antrodichirone.com/index.php/it/2015/06/09/follia-e-normalita-qual-e-il-confine/>

I criteri per descrivere "l'anormalità" si basano solitamente su più elementi:

- deviazione dalle norme statistiche - una definizione di anormalità si basa sulla frequenza statistica. Il comportamento anormale è statisticamente infrequente o deviante rispetto alla norma;
- deviazione dalle norme sociali - ogni società ha degli standard o norme per il comportamento accettabile. Un comportamento considerato anormale in una società può essere considerato normale in un'altra;
- comportamento non adattivo - secondo questa teorizzazione il comportamento è anormale se si dimostra disadattivo, ovvero se ha effetti nocivi per l'individuo;
- angoscia personale - considera l'anormalità in termini di sentimenti soggettivi di angoscia dell'individuo, piuttosto che del suo comportamento (liberamente tratto da: "L'assistenza al paziente con problemi psichici" Laura Cunico. McGraw-Hill 2002).

"Le persone con un disturbo mentale spesso si discostano dalla cosiddetta normalità e questa loro caratteristica è certamente quella che viene percepita come minaccia o bizzarria da chi le circonda.

Va detto però che non migliorano se sono in solitudine, se non hanno contatti sociali, risorse umane, culturali, spirituali e materiali che le aiutino a ristabilire un equilibrio personale".²

Possono quindi essere molteplici gli aspetti che compongono il percorso della riconquista di una condizione di appartenenza a sé stessi. Ciò va inteso come capacità di riattivarsi, che ciascuno possiede, senza rimanere in attesa che qualcuno, dall'esterno, dispensi loro la salute.

Si può parlare di empowerment, intendendo il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo delle decisioni e delle azioni che riguardano la propria salute.

Solitamente viene fatta una distinzione tra empowerment di comunità ed empowerment individuale.

L'empowerment di comunità si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità.

² [http://www.news-forumsalutementale.it/public/La dimensione politica della RECOVERY versione 23 giugno1.pdf](http://www.news-forumsalutementale.it/public/La_dimensione_politica_della_RECOVERY_versione_23_giugno1.pdf)

La cultura dell'empowerment individuale in psichiatria nasce e si sviluppa come metodologia di intervento per i pazienti (e i loro familiari) rivolta al recupero e al potenziamento dell'autonomia e della responsabilizzazione, attraverso la capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita.

L'infermiere interviene in questo processo utilizzando, come condizione operativa di base, la matrice relazionale, la presa in carico del paziente, la negoziazione dei trattamenti, al fine di migliorare l'efficacia, l'appropriatezza, la qualità degli stessi trattamenti e la soddisfazione dell'utente.

Il Recovery è attualmente un modello teorico di riferimento molto utilizzato nelle diverse realtà operative della Salute Mentale.

Anthony lo definisce nel 1993:

“È condurre una vita produttiva e soddisfacente anche in presenza delle limitazioni imposte dalla malattia mentale. È lo sviluppo, personale e unico, di nuovi significati e propositi man mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale.”³

I servizi, gli infermieri, gli operatori, i familiari ma soprattutto il paziente stesso devono essere strutturati, formati e orientati al Recovery, devono cioè far parte di un processo attivo, dinamico e personalizzato attraverso cui la persona assume la responsabilità della propria vita, per poter esprimere sé stessa nei diversi momenti del proprio disagio o disturbo, senza subire passivamente le eventuali discriminazioni prodotte dai pregiudizi nei confronti dei pazienti psichiatrici.

*“La disabilità è il punto da cui partiamo,
il recovery è la nostra destinazione
e la riabilitazione la strada che percorriamo.”⁴*

³ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.1878&rep=rep1&type=pdf>
⁴ Liberman, 2012. “Il recovery della disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica”.



2. CAPITOLO

2.1. L'EVOLUZIONE DELL'INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

La visione della malattia mentale ha subito un profondo cambiamento nel corso del tempo; le civiltà antiche avevano una visione della follia di tipo magico o mistico ritenendola segno della divinità scesa sull'uomo; anche Socrate sosteneva che la follia fosse uno dei beni più grandi derivati dal divino.

Nelle polis i pazzi erano esclusi dalle cariche politiche e militari ma era loro riconosciuta la libertà di muoversi e vivere in affidamento alle famiglie. Fu Ippocrate (460 a.C – 370 a.C), nella società occidentale, il primo a scartare le ipotesi sovranaturali della malattia mentale e solo nel XVII secolo i malati psichici vennero riconosciuti come tali e la psichiatria considerata una scienza medica, completamente libera dai vincoli della religione. Tuttavia, la malattia mentale era ancora considerata inguaribile, progressiva e soprattutto, incomprensibile.

«Non dovresti curare gli occhi senza curare la testa o la testa senza curare il corpo. Così anche non dovresti curare il corpo senza curare l'anima. Questo è il motivo per cui la cura di molte malattie è sconosciuta ai medici, perché sono ignoranti nei confronti del Tutto che anch'esso dovrebbe essere studiato, dal momento che una parte specifica del corpo non potrà star bene a meno che non stia bene il Tutto.» Platone (428-348 AC) in un dialogo con l'amico Carmide.

Alla fine del XVIII sec. l'infermiere in psichiatria era semplicemente identificato come il "guardiano dei folli" e nel 1904, in Italia, con la L. 36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati" vengono istituiti i manicomi. L'art.1 di tale legge sancisce: "debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi".

Le prime indicazioni in ambito infermieristico in Salute Mentale, in Italia, provengono proprio dalla istituzione dei manicomi e risalgono al 1909 con

il R.D. n° 615 (attuativo della L. 36 del 1904), nel quale all'art. 23 vengono stabilite le caratteristiche fisiche necessarie per esercitare la professione infermieristica all'interno dei manicomi; il ruolo dell'infermiere era quello della custodia attraverso il confinamento e della restrizione fisica, che si avvaleva di catene, cinghie di cuoio, gilet e camicie di forza. Non erano richieste competenze specifiche o professionalità ma piuttosto doti fisiche e gli infermieri erano scelti dal direttore.

Ecco che, mentre alla malattia mentale non vi era soluzione alcuna se non quella di una segregazione ritenuta protettiva verso la collettività, l'infermiere che si occupava di questi malati era un custode/sorvegliante con dei requisiti fisici a garanzia di una capacità di contenimento non compensabile con altri mezzi e con l'unica abilità intellettuale richiesta del saper leggere e scrivere.

Gli infermieri erano spesso contadini che avevano abbandonato la campagna.

Col passare del tempo la cura della malattia psichiatrica evolve e all'interno dei manicomi vengono sperimentate nuove possibili terapie:

- piretoterapia - il razionale presupponeva che l'induzione della febbre avrebbe trattato la malattia; venivano inoculati microrganismi (viventi o uccisi) o sostanze chimiche, oppure si adottavano metodiche elettrofisiche;
- malaroterapia – un particolare tipo di piretoterapia, introdotta nel 1917 e caduta in disuso negli anni 40, prevedeva l'inoculazione di sangue infettato da *Plasmodium Vivax*;
- I.C.T (Insuline Coma Therapy): induzione di coma o precoma insulinico (1933);
- lobotomia frontale - procedura chirurgica che consisteva nel sezionare le connessioni nervose da e per la corteccia prefrontale, ovvero la parte più anteriore dei lobi frontali (1936);
- shock cardiazolico – terapia convulsiva con shock indotto da Cardiazol (1935);
- elettroshock (Terapia Elettro-Convulsivante) - tecnica basata sull'induzione di convulsioni nel paziente successiva al passaggio di corrente elettrica attraverso il cervello. La terapia ideata dai neurologi italiani U. Cerletti e L. Bini fu applicata per la prima volta nel 1938.

All'infermiere custode vengono progressivamente richieste maggiori capacità tecniche e relazionali, finalizzate alla collaborazione nella somministrazione delle terapie.

Negli anni '50 furono sintetizzati i primi psicofarmaci, i neurolettici, che aprirono orizzonti per un nuovo approccio alla cura; le terapie fino a quel momento utilizzate e le competenze tecniche richieste non erano più necessarie.

Successivamente inizia, lentamente, la definizione delle competenze dell'infermiere di Salute Mentale prevalentemente nell'ambito relazionale, ma anche in quello tecnico specialistico (procedure terapeutiche, somministrazione dei farmaci, ecc.).

«Quando venni ricoverata per la prima volta in manicomio, ero poco più di una bambina, avevo sì due figlie e qualche esperienza alle spalle, ma il mio animo era rimasto semplice, pulito, in attesa che qualche cosa di bello si configurasse al mio orizzonte; del resto, ero poeta e trascorrevi il mio tempo tra le cure delle mie figlie e il dare ripetizione a qualche alunno e molti ne avevo che venivano e rallegravano la mia casa con la loro presenza e le loro grida gioiose.

Insomma, ero una sposa e una madre felice, anche se talvolta davo segni di stanchezza e mi si intorpidiva la mente. Provai a parlare di queste cose a mio marito, ma lui non fece cenno di comprenderle e così il mio esaurimento si aggravò e morendo mia madre, alla quale io tenevo sommamente, le cose andarono di male in peggio, tanto che un giorno, esasperata dall'immenso lavoro e dalla continua povertà e poi, chissà, in preda ai fumi del male, diedi in escandescenze e mio marito non trovò di meglio che chiamare un'ambulanza, non prevedendo certo che mi avrebbero portata in manicomio.

Fu lì che credetti di impazzire.

Ma allora le leggi erano precise e stava di fatto che ancora nel 1965 la donna era soggetta all'uomo e che l'uomo poteva prendere delle decisioni per ciò che riguardava il suo avvenire.

Fui quindi internata a mia insaputa e io nemmeno sapevo dell'esistenza degli ospedali psichiatrici perché non li avevo mai veduti, ma quando mi ci trovai nel mezzo credo che impazzii sul momento stesso: mi resi conto di essere entrata in un labirinto dal quale avrei fatto molta fatica a uscire.

Mi ribellai. E fu molto peggio.

La sera vennero abbassate le sbarre di protezione e si produsse un caos infernale. Dai miei visceri partì un urlo lancinante, una invocazione spasmodica diretta ai miei figli e mi misi a urlare e a calciare con tutta la forza che avevo dentro, con il risultato che fui legata e martellata di iniezioni calmanti.

Non era forse la mia una ribellione umana? Non chiedevo io di entrare nel mondo che mi apparteneva? Perché quella ribellione fu scambiata per un atto di insubordinazione? Un po' per l'effetto delle medicine e un po' per il grave shock che avevo subito, rimasi in stato di coma per tre giorni e avvertivo solo qualche voce, ma la paura era scomparsa e mi sentivo rassegnata alla morte.

Quella scarica senza anestesia.

Dopo qualche giorno, mio marito venne a prendermi, ma io non volli seguirlo. Avevo imparato a riconoscere in lui un nemico e poi ero così debole e confusa che a casa non avrei potuto far nulla.

E quella dissero che era stata una mia seconda scelta, scelta che pagai con dieci anni di coercitiva punizione. Il manicomio era sempre saturo di fortissimi odori. Molta gente addirittura orinava e defecava per terra. Dappertutto era il finimondo. Gente che si strappava i capelli, gente che si lacerava le vesti o che cantava sconce canzoni.

Noi sole, io e la Z., sedevamo su di una pancaccia bassa, con le mani raccolte in grembo, gli occhi fissi e rassegnati e in cuore una folle paura di diventare come quelle là.

In quel manicomio esistevano gli orrori degli elettroshock. Ogni tanto ci assiepavano dentro una stanza e ci facevano quelle orribili fatture. Io le chiamavo fatture perché non servivano che ad abbrutire il nostro spirito e le nostre menti. La stanzetta degli elettroshock era una stanzetta quanto mai angusta e terribile e più terribile ancora era l'anticamera, dove ci preparavano per il triste evento.

Ci facevano una premorfina e poi ci davano del curaro, perché gli arti non prendessero ad agitarsi in modo sproporzionato durante la scarica elettrica. L'attesa era angosciata. Molte piangevano. Qualcuna orinava per terra.

Una volta arrivai a prendere la caposala per la gola, a nome di tutte le mie compagne. Il risultato fu che fui sottoposta all'elettroshock per prima e senza anestesia preliminare, di modo che sentii ogni cosa. E ancora ne conservo l'atroce ricordo”.

Alda Merini

Dal 1980 al 1994, in Italia, venne avviato un percorso di riqualificazione professionale per gli infermieri psichiatrici per equipararli agli infermieri, fino all'emanazione del profilo nel quale si prevedeva che per lavorare in ambito psichiatrico occorresse una formazione specifica (DM 739/94 Art. 1 punto 5) che così recita: "La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a. sanità pubblica - infermiere di sanità pubblica;
- b. pediatria - infermiere pediatrico;
- c. salute mentale-psichiatria - infermiere psichiatrico;
- d. geriatria - infermiere geriatrico;
- e. area critica - infermiere di area critica."

Sono passati più di 25 anni dall'emanazione del profilo ma, pur essendo stati istituiti master nell'ambito della Salute mentale, il possesso del master non è ancora requisito indispensabile per lavorare nel settore, anche se il nuovo contratto di lavoro riporta la classificazione di professionista specialista ed esperto.

Pertanto il percorso è ancora lungo per giungere al pieno riconoscimento della specializzazione.

2.2. L'INFERMIERE DI SALUTE MENTALE

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

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

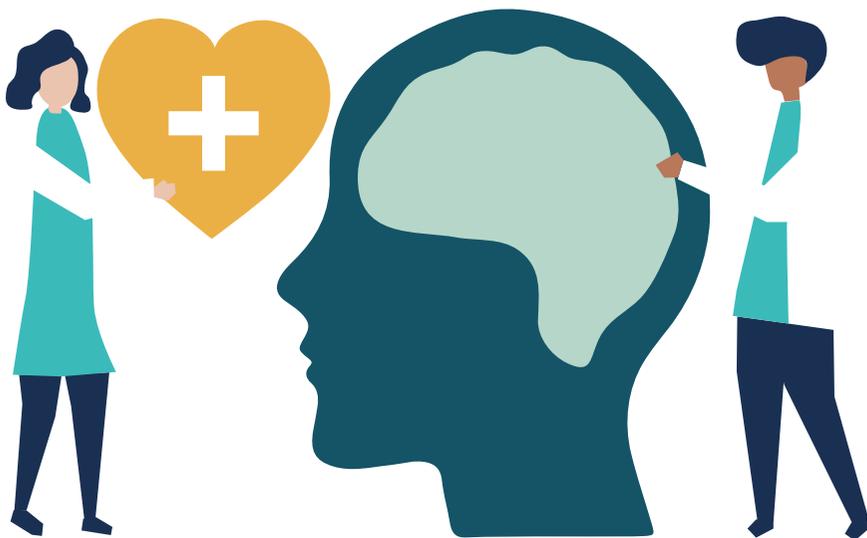
(Articolo Rivista IPASVI di Bologna – N°2 del 2016)

Come si evince dal profilo professionale e dal documento elaborato dalla Federazione Nazionale IPASVI già nel 2002, "Linee guida per il Master di 1° livello. Infermieristica in salute mentale-psichiatria", l'infermiere di Salute Mentale si occupa di:

- elaborare modelli di presa in carico finalizzati al miglioramento della qualità di vita dell'utenza, misurandone gli esiti;
- attuare una "presa in carico" della persona con disagio psichico e il suo sistema d'appartenenza (famiglia, lavoro, rete sociale), anche nelle situazioni di crisi;
- promuovere la riabilitazione e il reinserimento sociale di individui o gruppi di persone con disagio psichico;
- favorire la consapevolezza di malattia del soggetto con disturbo psichico e potenziarne l'adesione al trattamento complessivo;
- prevenire e gestire situazioni patologiche o di disagio sociale in contesti multiculturali;
- gestire nella globalità una situazione complessa, a livello intra ed extraistituzionale;
- sviluppare e gestire progetti di prevenzione primaria e di educazione sanitaria nell'ambito della Salute Mentale in collaborazione con enti, scuole, associazioni e altri professionisti;
- svolgere attività di ricerca al fine di prevedere i cambiamenti degli scenari socio-psichiatrici e di adattarvi le risposte terapeutiche e di prevenzione;
- collaborare a programmi di ricerca nei campi della Salute Mentale e della psichiatria, promuovendo la diffusione dei dati;
- fornire consulenza specialistica e sostegno a persone, enti o gruppi di lavoro;
- analizzare e gestire le implicazioni e i problemi etici legati all'operatività quotidiana;
- contribuire con il resto dell'équipe a una costante riflessione sull'attività clinica erogata e sulla sua efficacia;
- pianificare e svolgere attività di insegnamento e di aggiornamento;
- preservare la propria integrità emotiva.

L'infermiere è chiamato ad avere la capacità di essere ancor prima che ad avere la capacità di fare, soprattutto in Salute mentale, dove è la stessa relazione empatica a diventare strumento di caring. È chiamato ad esercitare costantemente la conoscenza ed un pensiero/ragionamento critico, che possa contrastare le sensazioni suscitate dalle emozioni, con un sapere sicuro e coerente ed una buona consapevolezza di sé.

Enucleare tra queste funzioni, spesso agite in team multiprofessionali, le competenze specifiche dell'infermiere è la sfida che il gruppo si è dato, sfida iniziata con questo lavoro e quindi da considerarsi in progress.



3. CAPITOLO

3.1. CONOSCENZE E COMPETENZE SPECIALISTICHE DELL'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE

Gli infermieri italiani negli ultimi 20 anni hanno vissuto una grande trasformazione nell'ambito formativo e professionale. Nonostante questo vi sono ancora grandi potenzialità, determinate dalle conoscenze e competenze che gli infermieri possono offrire, all'interno dell'attuale Servizio Sanitario, anche in ragione delle esigenze di una Comunità che vedrà crescere nei prossimi anni, il numero dei soggetti con patologie croniche, anche in ambito psichiatrico. Pertanto è certamente utile, per la nostra professione, individuare e definire le competenze specialistiche.

Dotarsi di modelli di competenze non è un mero esercizio teorico, né una modalità per "delineare un territorio", ma la dichiarazione di quale è l'utilità sociale, quindi l'apporto dell'infermiere di Salute mentale per la prevenzione del disagio psichiatrico, l'assistenza alla persona per il recupero e la riabilitazione sociale.

I modelli di competenze servono quindi per:

- dichiarare agli utenti e alla collettività quale contributo possa dare la professione infermieristica al percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale, riabilitativo;
- costruire i curricula formativi per l'università o i percorsi formativi aziendali per l'adeguato aggiornamento professionale;
- auto valutare e programmare il proprio bisogno formativo;
- valutare e programmare il bisogno quali quantitativo di personale da assegnare ai servizi di Salute mentale;
- favorire l'inserimento lavorativo (neo assunto o neo inserito, per le progressioni di carriera, per la valutazione professionale, per l'accREDITAMENTO istituzionale).

L'infermiere specialista in un'area clinica deve essere in grado di orientare e governare i processi assistenziali di quell'area e deve essere in grado di farlo esprimendo le competenze professionali necessarie per realizzarli.

3.2. METODOLOGIA DI LAVORO

Ricerca bibliografica: il gruppo ha consultato solo bibliografia italiana in materia di psichiatria e infermieristica psichiatrica, in quanto il contesto normativo ed organizzativo dei servizi psichiatrici è molto difforme da quello di altri stati e non si è ritenuto opportuno, in questa fase, enucleare la funzione infermieristica dal contesto di riferimento.

Il gruppo ha molto discusso sul termine competenza, in quanto è usato frequentemente con significati diversi, ad esempio: è inteso come pertinenza (è mia competenza...non è mia competenza...), abilità (competenze relazionali, tecniche, ecc), capacità-abilità complesse (capacità di operare in situazioni complesse inusuali), qualità personali (è un professionista veramente competente).

Confrontare assonanze e dissonanze di definizione, di vissuto professionale nei vari professionisti, è stato utile per evitare discussioni ideologiche, che avrebbero reso difficoltoso rispondere al mandato del lavoro.

Anziché ricercare un modello di competenza entro il quale collocare le attività svolte dai professionisti si è privilegiato la riflessione sull'operatività da cui dedurre quelle che, per i professionisti presenti, erano le competenze "indispensabili" per operare in Salute mentale e sistematizzarle in una cornice metodologica idonea a rappresentare le conoscenze, i concetti, le idee e le opinioni del gruppo.

Brain storming: la discussione preliminare ha richiesto l'effettuazione di alcune sessioni di brain storming, con l'obiettivo di stimolare, attraverso un intenso dibattito, la proliferazione spontanea di idee e proposte sul tema dibattuto, per focalizzare ciò che ciascun professionista intendeva per competenza e quale competenza era definita "indispensabile" e come questa veniva agita nel contesto di lavoro.

Successivamente un debriefing verbale e scritto, basato sempre sull'esperienza di ciascun componente del gruppo per esplicitare le competenze messe in campo in alcune situazioni prototipiche: accoglienza, attività assistenziale, lavoro in team sia con i pazienti sia tra colleghi, gestione dell'emergenza e dell'urgenza, ricercando modalità diverse per trattare situazioni similari, al fine di comparare contesti e modelli di cura.

Le competenze, successivamente enucleate, non sono state assegnate a contesti specifici, come l'area dell'urgenza (SPDC), l'area della riabilitazione (CSM, Residenze Psichiatriche, ambulatori, etc); questo potrà essere effettuato successivamente, una volta validato il modello di competenze.

In questa prima fase si è scelta la definizione di competenza di J.J Guilbert⁵ intesa come "capacità riconosciuta di fare questo o quell'azione (la competenza è una potenzialità la cui attualizzazione rappresenta la performance). Possibilità di mobilitare in maniera interiorizzata un insieme integrato di risorse in vista di risolvere un gruppo di situazioni problema".

Ogni ruolo prevede un mix di competenze in area professionale, manageriale e relazionale".

La tabella riporta le tre macro aree di categorizzazione, le competenze assegnate a ciascuna area ed alcune tra le più significative attività professionali, che identificano l'agire infermieristico. Nella definizione delle competenze il gruppo ha ritenuto opportuno inserire oltre alla definizione anche la bibliografia di riferimento, in quanto alcune competenze hanno una bibliografia molto vasta e a volte diversificata.

5 Guida pedagogica per il personale sanitario-pubblicazione OMS 2002, pag.1.66

3.3. TABELLA COMPETENZE

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
PROFESSIONALE	<p>GESTIONE DELL'ACUZIE</p> <p>“Insorgenza improvvisa di una sintomatologia psichica ritenuta, dal soggetto o da chi vive con lui, tale da richiedere un intervento terapeutico immediato.”</p> <p>Fonte: [De Martis, Vender, 1993].</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccoglie le informazioni necessarie, anche con l'utilizzo di schede di valutazione validate; • formula una valutazione infermieristica, indispensabile per costruire una risposta personalizzata, volta ad attuare interventi per il contenimento dell'acuzie; • attua gli interventi necessari in collaborazione con l'equipe di lavoro e la rete presente, affinché l'acuzie perda la sua potenziale drammaticità.
	<p>GESTIONE DELLA CRISI</p> <p>L'ETIMOLOGIA della parola crisi, separazione/scelta, presenta un aspetto vitale, ovvero la separazione e un aspetto maturativo che è quello della scelta. CRISI : è una rottura dell'equilibrio, sia a livello individuale, sia in relazione al contesto. Ogni rottura dell'equilibrio psichico è preceduta da segnali o sintomi e dalla sofferenza. Durante la crisi il paziente si trova di fronte a una situazione che oltrepassa la sua capacità di adattamento (soglia di adattamento). Può essere anche a insorgenza lenta e preludere a un nuovo funzionamento.</p> <p>(Fonte: “Urgenza in psichiatria. Valutazione clinico-epidemiologica delle visite effettuate presso il pronto soccorso dell'ospedale maggiore di Novara nel 1993” M.T. Ferla, F. Mittino, B.Boca, S. Morelli.)</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifica, in condivisione con l'èquipe, i segni prodromici di crisi, rischi prevedibili e gestibili, la sofferenza psichica della persona, del contesto; • agisce, attraverso l'adozione di trattamenti evidence based (per esempio le Linee guida NICE) o di buone pratiche, comportamenti orientati al recovery; • ricerca, tramite il problem setting una risposta efficace al superamento della difficoltà evidenziata; • lascia al paziente la possibilità, attraverso la crisi, di esprimere sintomi specifici e ricchi di significato; lo aiuta a elaborare la separazione dalle proprie identificazioni precedenti. • rinforza, durante il periodo di crisi del pz, i comportamenti positivi, rendendolo partecipe delle azioni da intraprendere, avendo presente il percorso di recovery del paziente.

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
PROFESSIONALE	<p>GESTIONE DELL'EMERGENZA</p> <p>Nell'emergenza l'elemento psicopatologico è in secondo piano rispetto agli aspetti psicosociali della crisi. E' possibile evidenziare diversi livelli di coinvolgimento che vanno dall'interno verso l'esterno (famiglia, vicini, istituzioni ecc.).</p> <p>L'emergenza comporta la rottura di un equilibrio con l'ambiente e lo scompensamento delle relazioni psicosociali, che presuppone una rapida risposta dell'organizzazione sociale per evitare la crisi.</p> <p>Fonte: "La gestione delle emergenze in psichiatria", Prof. Francesco Catapano.</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestisce una scena caotica, contenendo il livello di ansia; • controlla l'emotività propria e altrui; • attua azioni volte alla de-escalation: mantiene una prossemica ed una postura adatte allo scopo, non entra mai in simmetria, non giudica la persona ma solo i suoi comportamenti, sa chiedere aiuto nel momento del bisogno; • prende decisioni in tempi ristretti e in situazioni complesse e caotiche, senza perdere di vista la tutela dei diritti e il percorso complessivo del paziente, sempre orientato al recovery; • mantiene un comportamento eticamente corretto.
	<p>GESTIONE DELL'URGENZA</p> <p>In psichiatria per urgenza si intende qualsiasi condizione di grave e acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.</p> <p>In tutte le urgenze psichiatriche è presente anche una situazione di crisi, individuale, familiare, del gruppo sociale di appartenenza, che porta a sofferenza soggettiva profonda. La sofferenza è la spia della rottura dell'equilibrio psicologico intrapsichico e interpersonale.</p> <p>Ewart riconosce l'urgenza dal fatto che "un individuo si trova, in un momento, di fronte a una situazione che oltrepassa le sue capacità individuali di adattamento."</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definisce l'effettivo grado di urgenza, non cedendo alla fretta classificatoria, non prendendo decisioni affrettate dal bisogno-urgenza di far tornare tutto alla normalità; • ricerca spazi per instaurare un rapporto di conoscenza e fiducia, atti a creare una situazione rassicurante che dimostri alla persona, con un'acuta sofferenza psichica, che si è in grado di gestire, per lui e con lui, le sue angosce; • accoglie la persona in sofferenza e i suoi familiari, contenendone l'emotività, prendendo decisioni, adottando interventi terapeutici tempestivi al fine di limitare i rischi che la situazione comporta alla persona stessa, all'ambiente di vita e alla rete che lo circonda, mantenendo fede però ai principi della presa in carico coerente con il percorso di recovery; • prende in considerazione variabili quali la perentorietà della richiesta del pz, del ruolo dei familiari, della perdita di tolleranza dell'ambiente nei confronti di comportamenti che si discostano dalla "normalità"; • coordina e supervisiona i percorsi di accesso ai Servizi in condizioni di urgenza, perseguendo la tutela dei diritti umani e civili degli utenti, negli aspetti etico-giuridici come in quelli assistenziali e terapeutici; • affronta e gestisce in regime di urgenza, anche oltre le mura istituzionali, in scenari affollati e caratterizzati da numerose variabili, tra giudizi e curiosità delle persone che aumentano la confusione del momento, situazioni complesse e senza rete, stabilendo priorità di interventi e risorse; • gestisce la situazione di concerto con altri operatori.

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
PROFESSIONALE	<p>GESTIONE DI GRUPPI DI PAZIENTI</p> <p>“Si intende per gruppo un’unità reale collettiva, parziale, direttamente osservabile e fondata su atteggiamenti collettivi, continui e attivi, avente un’opera comune da compiere.</p> <p>Il gruppo trova la sua unità intorno a un’opera comune da compiere, organizzazione.”</p> <p>Fonte: G. Gurvitch, La vocation actuelle de la sociologie.</p> <p>L’attività con gruppi di pazienti è frequentemente di tipo tecnico-operativo (in relazione al progetto terapeutico-riabilitativo), dove l’aspetto relazionale rimane fondante</p>	<p>L’infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conduce e/o partecipa ad attività di gruppo rivolte ai pazienti, come quelle di tipo Psico-educativo, di Social Skills Training o centrate su un compito, adattandosi al contesto e agli obiettivi individuati ed esplicitati;
AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
ORGANIZZATIVA/MANAGERIALE	<p>COSTRUZIONE DEL SETTING</p> <p>“Il setting è lo scenario, il luogo e il tempo in cui si dispiega la relazione di aiuto (ambiente sanitario, domicilio, ambiente esterno), obiettivo è la creazione di un ambiente comunque protetto .</p> <p>Con il termine di SETTING SPAZIALE si intende il luogo dell’intervento, che dovrà avere anche caratteristiche di sicurezza (esempio: assenza di oggetti che possano essere usati, impropriamente, come contundenti).</p> <p>È composto da un atteggiamento terapeutico, da condizioni materiali ed organizzative.”</p> <p>Fonte della definizione modificata: “L’intelligenza multidimensionale per le psicoterapie innovative.” Cap. 8 - Il setting - Edoardo Giusti, Marco Pacifico, Tiziana Staffa – 2007</p>	<p>L’infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • costruisce autonomamente un setting dinamico, spaziale, adattato alle condizioni emotive e psicopatologiche del paziente, al contesto logistico e organizzativo presente; • rispetta la riservatezza del paziente e applica la normativa vigente sulla privacy.

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
ORGANIZZATIVA / MANAGERIALE	<p>LAVORO IN ÈQUIPE</p> <p>È un lavoro condotto da un insieme di professionisti aventi un obiettivo in comune che viene affrontato operando in gruppo. (Cavazzuti, 1990). (da Quaglino, Casagrande, Castellano - Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo, 1992) Opportuno ricordare quanto l'interazione con la persona affetta da disturbo psichico possa essere estremamente impegnativa per i curanti, dal punto di vista emotivo.</p>	<p>L'infermiere nel lavoro in equipe:</p> <p><u>sul piano personale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • chiede aiuto quando ne sente il bisogno; • esprime i propri sentimenti e le proprie fragilità; • riconosce l'equipe come strumento di lavoro necessario e come setting preferenziale, dove condividere i propri bisogni psicologici scaturiti dalla presa in carico di situazioni emotivamente impegnative, a tutela di sé stesso e dei componenti del gruppo; • assume la responsabilità di essere se stesso, forte dell'accettazione del gruppo e dell'aiuto che rappresenta. <p><u>sul piano professionale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • opera in collaborazione e interazione con i diversi professionisti che intervengono in équipe per la definizione del percorso terapeutico dell'assistito; • comunica in modo esplicito la propria aspettativa rispetto al risultato da ottenere, partecipa alla definizione chiara di "chi fa cosa"; • collabora nell'individuazione di strategie atte ad affrontare i fenomeni complessi in modo integrato; • effettua insieme ai componenti del team la valutazione dei risultati di tipo riabilitativo-assistenziale, sociale, relazionale, clinico e funzionale delle attività svolte.
	<p>LAVORO DI RETE</p> <p>"Insieme dei contatti interpersonali per effetto dei quali l'individuo mantiene la propria identità sociale, riceve sostegno emotivo, aiuti materiali, servizi, informazioni, oltre a rendere possibile lo sviluppo di ulteriori relazioni sociali". (Walker)</p> <p>Fonte: "Reti formali ed informali-lavoro di rete" Teresa Bertotti - Università Milano-Bicocca - slide 4.</p> <p>È consuetudine differenziare il lavoro di rete in interno ed esterno, rispetto al Dipartimento di Salute Mentale.</p>	<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individua, ricerca e applica forme di azione collettiva e forme di azione partecipativa volte al fare "comunità" coinvolgendo tutti gli attori; • favorisce forme di consultazione e spazi di decisionalità, quali elementi di empowerment in un ottica di recovery del paziente; • integra i progetti di Salute mentale e di salute sociale tenendo conto dei contesti istituzionali e di vita della persona con disturbo psichico, superando la separazione o la contrapposizione tra luoghi e trattamenti terapeutici e luoghi e trattamenti socio-riabilitativi; • attua interventi di consolidamento, agendo nei punti o nei nodi in cui la rete del paziente diventa più fragile o dove sia facile perdere la continuità evitando la frammentazione.

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
RELAZIONALE	<p>ASCOLTO</p> <p>“Comprendere e valutare i messaggi inviati dall’interlocutore, le sue costruzioni di senso e i suoi significati. ”</p> <p>Fonte: “Il colloquio come strumento psicologico” - Adriana Lis, Paola Venuti, Maria Rosa De Zordo pag. 61. L’ascolto – aspetti costitutivi del colloqui</p>	<p>L’infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizza le evidenze scientifiche o le buone pratiche nella scelta e nell’uso delle diverse tecniche di ascolto, autonomamente e in sintonia con il proprio stile comunicativo (esempio: ascolto riflessivo, ascolto empatico); • realizza un clima di accettazione, apertura e accoglienza, riconoscendo anticipatamente la propria fretta classificatoria, sospendendola; • adatta le tecniche comunicative verbali e non verbali in relazione all’interlocutore; • instaura una relazione terapeutica.
	<p>EMPATIA</p> <p>“Condivisione e interpretazione delle sensazioni, anche vaghe, per far emergere realtà che il paziente conosce solo parzialmente.</p> <p>Fonte: “La supervisione nella psicoterapia focalizzata sulle emozioni. Elementi essenziali.” Pag. 47 Leslie S. Greenberg, Liliana Ramona Tomescu Ed. Severa</p>	<p>L’infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • effettua una lettura dei contenuti inespressi del paziente adattando a tal fine il proprio stato emotivo; • partecipa e condivide, con la giusta distanza emotiva, le sensazioni del paziente, per aiutarlo a vedere più chiaramente le proprie preoccupazioni e difficoltà.

3.4. IL PROCESSO DELLA “PRESA IN CARICO”

Non è compresa tra le competenze la presa in carico, in quanto il gruppo, dopo un confronto importante sul tema, ha scelto di considerare la presa in carico come “il processo assistenziale nel suo complesso”, dentro al quale si agiscono le competenze in relazione ai diversi setting di cura.

La PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA in Salute Mentale è quindi “Una assunzione globale di responsabilità infermieristica verso un paziente, che si realizza mettendo in atto una serie di azioni tese alla gestione complessiva dei bisogni di quel paziente.

Il percorso assistenziale integrato nei suoi passaggi è fondato sulle fasi del processo di assistenza infermieristica (accertamento, pianificazione, attuazione, valutazione risultati ed outcomes del paziente), utilizzando una strategia di lavoro di rete con elevati livelli di interazione e integrazione professionale. Ha come finalità l’empowerment, il recovery e il supporto alla famiglia”.

L’infermiere è in grado di effettuare una valutazione dei bisogni e delle priorità assistenziali ed una progettazione dell’assistenza o del caring, in

termini multiprofessionali, facendo riferimento alle principali teorie del nursing psichiatrico adottate dalla comunità professionale⁶. Formula e ri-formula gli obiettivi del percorso assistenziale mantenendo al centro del percorso i bisogni del paziente, utilizzando le conoscenze specifiche della malattia mentale o i modelli di trattamento psichiatrico adottati.

Applica i protocolli per una corretta gestione del farmaco di cui conosce gli effetti e le complicanze, attua autonomamente i controlli previsti nei protocolli di riferimento. Effettua un'assistenza personalizzata condivisa in equipe, considerando i vincoli giuridici e giudiziari, creando le condizioni per la compliance al trattamento, non solo farmacologica.

Mantiene l'attenzione e la presenza sul momento di vita del paziente tenendo agganciato il progetto di assistenza ai principi di empowerment e di recovery, nei momenti di stabilità come in quelli di crisi.

All'interno di un percorso di assistenza l'infermiere è in grado, autonomamente, di coinvolgere il paziente nel recupero delle abilità pre-esistenti mettendolo in condizione di adottare nuove strategie per giungere a nuove soluzioni.

La scelta di inserire tra le competenze la gestione dell'acuzie, dell'emergenza e urgenza che potrebbero essere viste come una fase iniziale della presa in carico è stata effettuata per enuclearne la complessità e specificità in ambito psichiatrico (scelta più metodologica che operativa) in quanto nella realtà è più frequente che l'attività infermieristica si svolga in un continuum assistenziale, piuttosto che in una sequenza di azioni, anche se la sequenzialità di azioni è finalizzata alla definizione della priorità dei bisogni assistenziali individuati.

Anche la definizione dell'urgenza in ambito psichiatrico merita un chiarimento; con questo termine in Medicina si intende la situazione nella quale ci si trova di fronte all'insorgenza di sintomi acuti che costituiscono un potenziale pericolo per la salute e/o la vita del paziente.

6 Interazione = relazione sociale generica tra due soggetti individuali o collettivi, nel corso della quale ciascun soggetto modifica più volte i propri comportamenti in rapporto a quelli dell'altro. (Garzanti linguistica).

Integrazione = con valore reciproco, l'integrarsi a vicenda, unione, fusione di più elementi o soggetti che si completano l'un l'altro, spesso attraverso il coordinamento dei loro mezzi, delle loro risorse, delle loro capacità. (Treccani).

In Salute Mentale una richiesta con carattere di urgenza ha quasi sempre un'insita ambiguità, determinata dal contesto sociale e affettivo in cui il paziente è inserito, oppure a una malcelata richiesta di controllo sociale. Le situazioni di scompenso o disagio psichico vedono sempre presenti sia l'elemento psicopatologico, nelle sue molteplici forme ed espressioni, sia l'ambito psicosociale della persona e del suo contesto di affetti e relazioni. Convenzionalmente si intende che nell'urgenza l'ambito psicopatologico sia in primo piano, diversamente dall'emergenza, dove sono in primo piano gli aspetti psicosociali della crisi.



4. CAPITOLO

4.1. ESEMPI DI PERCORSI DI CURA DELLA SALUTE MENTALE

Vengono riportate a titolo esemplificativo le descrizioni di alcune esperienze significative, progetti diffusi nel DSM-DP dell'Azienda USL di Bologna, come a livello nazionale, nei quali si evidenzia un'attività infermieristica caratterizzante.

4.1.1. PROGETTO "GRUPPI SPORTIVI"

I gruppi sportivi nascono alla fine degli anni novanta con l'intento di coinvolgere giovani utenti dei Servizi di Salute Mentale in attività e spazi al di fuori dei circuiti psichiatrici. Lo sport, oltre ad avere una valenza importante sulla salute fisica e mentale, viene utilizzato come mezzo attraverso il quale mettere in moto un processo aggregativo che permette di aumentare le opportunità di scambio, di risorse, di affetti tra l'utente, i familiari, la comunità e i servizi. Nel corso degli anni il modello di lavoro dei gruppi sportivi si indirizza sempre più verso il coinvolgimento attivo della cittadinanza, creando momenti sempre più frequenti, costanti e di apertura al territorio. Questa filosofia di co-costruzione dei percorsi sportivi e integrazione sociale, ha permesso a diversi cittadini, molti dei quali estranei ai Servizi, di diventare parte integrante e collaborare alla costruzione e implementazione di diverse realtà associative in rete con cooperative, istituzioni, enti locali, ecc.

I gruppi sportivi sono spesso nati dalla volontà di infermieri ed educatori professionali, che con capacità e costanza hanno creato una rete sociale radicata nel territorio; il Dipartimento di Salute Mentale negli anni ha sempre sostenuto le attività sportive, valorizzando il forte messaggio di aggregazione che esse portano, permettendo di aprire canali di comunicazione e confronto con le scuole, con le associazioni e le tante realtà del territorio.

Grazie a questi percorsi, possiamo parlare di:

- prevenzione primaria (il lavoro ormai consolidato in alcune scuole secondarie permette di affrontare il tema del disagio psichico, utilizzando il canale comunicativo del gioco);

- prevenzione secondaria (l'apertura dei gruppi sportivi in situazioni per nulla o poco competitive, con grande attenzione al dialogo e all'inclusione, ha permesso spesso opportunità relazionali e di sostegno a persone "fragili" non in carico ai Servizi);
- prevenzione terziaria (il lavoro continuo con gli utenti dei Servizi è sul rinforzo delle abilità fisiche e relazionali e non improntato sulla malattia).

Caratteristica dei gruppi sportivi è quella di lavorare sull'associazionismo quale strumento di coinvolgimento delle persone nella rete sociale; fin dall'inizio l'associazionismo ha permesso di creare e consolidare reti a livello locale, regionale e nazionale. Nello specifico l'infermiere pone la propria competenza nel lavoro di rete per poter lavorare sul numero e la qualità dei rapporti sociali che diventano per l'utente fattore protettivo rispetto agli eventi stressanti. Lo spazio del campo di gioco, quale luogo di incontro con l'esterno, è un setting molto particolare e dinamico, dove l'infermiere si muove avvalendosi delle proprie competenze relazionali per creare quelle condizioni positive che permettano la strutturazione di un ambiente sereno e di scambio.

La capacità di ascolto, la relazione d'aiuto con la conseguente mediazione, sono competenze che l'infermiere deve utilizzare sempre, per sostenere l'utente nel gruppo, ma anche nei momenti in cui un nuovo arrivato si deve inserire nel gruppo, oppure quando un utente sospende la propria partecipazione, si isola, o ancora quando si creano momenti di tensione e di scontro tra i diversi componenti del gruppo. L'infermiere sa utilizzare l'empatia nella relazione interpersonale, durante i momenti di scambio con gli altri gruppi sportivi, nelle vittorie e nelle sconfitte che devono rimanere, o vanno ricondotte sempre, su un livello di sano agonismo sportivo.

4.1.2. PROGETTO GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO (AMA)

L'auto mutuo aiuto è considerato, oggi, una delle opportunità per ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo nell'ottica dell'empowerment del cittadino. L'OMS lo definisce come esperienza in cui, attraverso il coinvolgimento di cittadini, persone non professioniste possono promuovere, mantenere o recuperare la salute all'interno di una determinata comunità e migliorare il benessere della stessa.

L'esperienza della mutualità e l'avvio dei gruppi AMA sul territorio nazionale si esprime con varie modalità. I progetti che utilizzano questa metodologia possono nascere da varie circostanze, per esempio, dalla rilevazione dei bisogni di salute della comunità locale attraverso un questionario sulla percezione dello stato di salute e di qualità della vita, in cui la popolazione esprime il bisogno, la necessità, di affrontare i temi del benessere in un confronto tra pari, valorizzando le competenze relazionali della comunità locale.

Quali competenze dell'infermiere possono essere espresse?

L'infermiere in Salute Mentale, anche in questo ambito, mette in atto competenze per il lavoro di rete rispetto alle opportunità, non solo di cura, da proporre per sviluppare percorsi che tengano conto delle potenzialità dei cittadini (e non solo pazienti) rispetto al contesto e insieme agli attori presenti sul territorio (costruzione di una rete tra Comuni, associazioni, gruppi spontanei di cittadini); sinteticamente si potrebbe parlare di lavoro di rete esterno.

L'infermiere individua, ricerca e applica azioni collettive e partecipative volte a fare "comunità"; è stato formato e conosce la metodologia dell'AMA; riconosce l'importanza dell'AMA per i Servizi che trovano appoggio e supporto nei gruppi (riduzione della rivendicazione rispetto ai Servizi, riduzione della dipendenza dai Servizi, gruppi AMA visti come alleati che contribuiscono attivamente al processo di Recovery); favorisce la creazione della cultura dell'AMA all'interno del proprio ambito lavorativo e sociale, contaminando i professionisti e i familiari con cui è in contatto, anche proponendo loro eventi formativi; promuove e facilita l'avvio di nuovi gruppi rispettandone l'autonomia e avendo ben presente che, non essendo alla pari, la sua funzione sarà quella di "vigile della comunicazione", dichiarando che resterà un tempo stabilito e poi il gruppo dovrà diventare autonomo.

Fondamentale è anche il lavoro di rete interno per cui farà partecipi anche le altre professionalità. L'empatia è fondamentale in una relazione d'aiuto: qui si esplica facilitando la comunicazione all'interno dei vari gruppi, ponendo l'accento sulla sospensione del giudizio.

Tutto questo favorisce una integrazione molto vitale tra realtà di base e spesso spontanee come i gruppi AMA e le istituzioni sanitarie e sociali, oltre alla messa in rete dei gruppi.

Ciò permette alle persone segnate da esperienze difficili di essere ascoltate e accolte senza giudizi; di uscire dall'isolamento e dalla vergogna; di trovare altre persone con cui condividere aspetti della propria vita; di riprendere in mano la propria condizione, superando una posizione spesso passiva e assistenziale.

La frequenza ai gruppi è volontaria, spontanea, libera, gratuita e fondata sull'attento rispetto della riservatezza. I gruppi sono DI persone e non PER persone (questa differenza è fondamentale per cogliere la natura dell'AMA). Può esistere un gruppo AMA per ogni problema o disagio. Ogni gruppo è fine a se stesso e non appartiene ad alcuna istituzione, i gruppi non sono prescrivibili, non sono simmetrici o in antitesi con cure farmacologiche, psicoanalisi, gruppi di sostegno... Nei gruppi viene riconosciuta l'esperienza individuale come conoscenza e possibilità e non solo come malattia da curare (i membri sono esperti per esperienza), si attivano le risorse personali e si ottiene il beneficio di aiutare se stessi aiutando un'altra persona in difficoltà; i gruppi non sono sede per rivendicazioni, non sono associazioni, ma sono momenti (un'ora e trenta) da dedicare a se stessi, al proprio cammino ed eventuale cambiamento.

Spesso l'istituzione è al servizio dei gruppi AMA, consente il coordinamento di tanti gruppi locali diffondendone la messa in rete, ne cura occasioni di formazione e di crescita culturale, promuove la nascita di nuovi gruppi, facilita il contatto e la collaborazione con realtà istituzionali, sociali e culturali del territorio, ma non entra nel merito dei gruppi stessi.

Nel lavoro di rete esterno l'infermiere costruisce un setting organizzativo con gli amministratori locali per la ricerca delle sedi per i gruppi a titolo gratuito, collaborando con gli stessi per segnalare e far conoscere alla Comunità l'esistenza di tali risorse, la possibilità di avvalersene, di agevolarne la messa in rete sul territorio per soddisfare i bisogni dei cittadini. Il tema è rilevante poiché la cultura e la pratica della mutualità stanno diventando sempre più una risorsa importante e innovativa nell'ambito della promozione della salute.

Nel campo dei Servizi alla persona e nelle situazioni di disagio protratto nel tempo, la cultura e la pratica della mutualità costituiscono un terreno ideale di incontro e di crescita comune per utenti, familiari, cittadini e operatori.

Alla luce dell'esperienza maturata in questi anni si può affermare che il diffondersi di questa cultura e la partecipazione ai gruppi porta un riscontro positivo di benefici e vantaggi in termini di salute e cura di sé e nella relazione con le istituzioni e i professionisti di riferimento.

I partecipanti ai gruppi ritengono che l'AMA sia propedeutico a esperienze di cittadinanza attiva, di integrazione e accoglienza delle fasce più deboli ed empowerment di comunità, anche all'interno di spazi istituzionali rinnovati quali possono essere le Case della Salute.

4.1.3. PROGETTO/SERVIZIO I.E.S.A. (INSERIMENTO ETEROFAMILIARE SUPPORTATO DI ADULTI CON DISTURBO PSICHICO)

Tra le attività nelle quali l'infermiere può esprimere le proprie competenze in Salute Mentale troviamo anche il Progetto IESA, che consiste nell'inserimento in famiglie disponibili all'accoglienza di persone con disturbo psichico. In cambio dell'ospitalità è previsto un rimborso spese mensile all'Ospitante da parte dell'Ospite, che contribuisce sempre, ma in ragione delle proprie disponibilità economiche e che viene integrato, se necessario, dall'Ausl di appartenenza.

L'esperienza IESA è diffusa a "macchia di leopardo" in varie parti d'Italia e del mondo. Il Progetto IESA si concretizza partendo dalla ricerca, conoscenza ed eventuale abilitazione di famiglie disponibili ad accogliere in casa propria utenti dei Centri di Salute Mentale.

Gli utenti (candidati Ospiti) vengono inviati dai CSM al gruppo di lavoro dello IESA, per un percorso di conoscenza e abilitazione. L'infermiere svolge la sua attività con altri professionisti sanitari e utilizza come strumento principe l'équipe. La capacità dell'infermiere di lavorare nell'équipe multiprofessionale permette di mettere a disposizione del gruppo le proprie competenze, integrandole con quelle degli altri operatori, insieme ai quali contribuisce a costruire un lavoro di rete, indispensabile alla stessa attuazione del Progetto IESA.

Nella fase di presa in carico l'infermiere, insieme con il candidato Ospite e con l'équipe IESA, individua e valuta i bisogni prevalenti, come l'esigenza di un luogo di vita, oppure l'inserimento in un luogo diverso dalla famiglia di origine per favorire un percorso di autonomia.

L'attività complessiva consiste in visite domiciliari, incontri programmati nella sede IESA con l'Ospite e l'Ospitante a supporto della convivenza attivata, verifiche congiunte con gli operatori dei CSM inianti e continui scambi tra gli operatori IESA e del CSM, per attuare il lavoro di rete interno.

Considerata la tipologia dei pazienti e le loro caratteristiche è opportuno che la continuità e il sostegno vengano garantiti sulle 24 ore, 7 giorni su 7, con un supporto telefonico. Per esempio attraverso l'utilizzo di un telefono cellulare un operatore IESA può essere contattato, in caso di necessità "importanti", da Ospiti e Ospitanti in una convivenza attiva.

Durante la ricerca e conoscenza delle famiglie ospitanti come dell'Ospite, ma anche nella fase di supporto alla convivenza attiva, l'infermiere utilizza le proprie competenze: ascolto e sospensione del giudizio; mediazione continua tra i diversi attori, promuovendo dinamiche relazionali funzionali al benessere di tutti, verificando che vi sia corrispondenza tra i bisogni specifici dell'Ospite e le caratteristiche della famiglia; attenzione alla costruzione di un setting utile alla conoscenza e all'accoglienza, nella sede IESA come in casa dell'Ospitante prima dell'ingresso dell'Ospite, affiancando entrambi con l'intento di creare un ambiente favorevole. Tutto questo è indispensabile soprattutto per utenti con storie segnate dal disturbo psichico, al fine di creare le premesse per una "seconda occasione".

Avvalendosi dell'empatia l'infermiere sostiene tutto il percorso di convivenza, dai primi momenti delicati e intensi, alla quotidianità, passando per difficoltà o crisi degli Ospiti, ma anche degli Ospitanti, che diventano, nel tempo, un grande punto di riferimento per l'utente. La relazione d'aiuto si esplica utilizzando l'ascolto attivo e il dialogo riflessivo. Inoltre l'infermiere insieme all'équipe IESA promuove e partecipa a incontri rivolti agli Ospitanti di tipo informativo-esperienziali e promuove il Progetto attraverso incontri con la cittadinanza, le associazioni, i social network.

Il Progetto IESA ancora oggi conserva una caratteristica "di novità", determinata dall'inserimento eterofamiliare, che permette al soggetto con disturbo psichico di essere autenticamente inserito nel tessuto sociale. Questo aspetto di innovazione produce una maggior attenzione all'individuazione di indicatori, modelli, best practice, utilizzo di scale di valutazione, raccolta ed elaborazione di dati significativi per verificare costantemente l'attività complessiva ed evidenziare gli esiti clinici del Progetto.

4.1.4. PROGETTO TEATRO

Tra le attività caratterizzanti la Salute Mentale non può mancare il teatro; infatti sul territorio nazionale esistono numerosissime realtà che, con la guida di esperti, tecnici e formatori, utilizzano il teatro come strumento terapeutico, formativo, educativo, maieutico, di riabilitazione, utile ad acquisire nuove consapevolezze, nuove strutture di pensiero, di emozioni, di comportamento e come esperienza di integrazione sociale utile all'inclusione.

Il teatro è il luogo dove i pazienti, allievi attori, diventano un mezzo di comunicazione e di informazione contro lo stigma, perché attraverso la realizzazione di prodotti artistici fruibili anche a un pubblico esterno ai Servizi di Salute Mentale, promuovono una percezione positiva della sofferenza mentale, contribuendo al miglioramento del benessere sociale, svolgendo così anche una funzione di ponte fra produzione di salute e produzione di cultura.

Il teatro può utilizzare vari metodi e tecniche, ma quale che sia la forma utilizzata e sia che si cerchi di de-professionalizzare il teatro o che si cerchi di professionalizzare i pazienti, allievi attori, gli aspetti peculiari sono il lavoro sul corpo e l'integrazione tra la mente e il corpo, tra il reale e l'immaginario, tra il soggettivo e l'oggettivo. Stimola le capacità, le abilità e attive competenze personali, come la capacità di memorizzazione e di esercitare ruoli diversi, rafforza l'autostima, l'identità e la propria percezione rispetto agli altri, aumentando la capacità di stare in gruppo.

L'infermiere che opera in un Progetto di teatro fa da ponte tra arte e salute, collabora in sinergia con tutte le figure professionali, del mondo sanitario e di quello artistico, mettendo in atto abilità di mediazione e competenze necessarie per il lavoro in rete, sia interno al teatro, creando le condizioni necessarie per permettere a un gruppo di professionisti con competenze e funzioni diverse, di lavorare insieme per il raggiungimento degli obiettivi, sia esterno al teatro mantenendo uno stretto legame con il servizio territoriale di provenienza.

Le competenze che l'infermiere pone in essere nel lavoro di rete, così come nel lavoro in equipe, sono necessarie per la condivisione e confronto, sia del percorso del singolo paziente, sia rispetto alla parte organizzativa necessaria al funzionamento del progetto stesso.

L'infermiere accompagna i pazienti, allievi attori, nel momento della formazione e preparazione all'arte teatrale supervisionando la reazione agli stimoli e agli impegni, che possono determinare momenti di ansia e preoccupazioni, affaticamento, necessità di riscontri e conferme nei mutamenti dello stato d'animo e l'equilibrio personale, valutandone la sostenibilità emotiva e sostenendo il singolo nella continua messa in gioco verso l'acquisizione di autonomie, finalizzate al percorso di recovery della persona.

L'infermiere, nei momenti formali di gruppo, spesso composti dagli allievi attori, dagli operatori sanitari e dai tecnici del teatro, stimola e aiuta lo scambio e la verbalizzazione dei dubbi, dei vissuti e delle sensazioni, incentivando la creazione di un ambiente e una rete di aiuto reciproco, mostrando competenze di advocacy, osservazione, ascolto attivo e valutazione sia dello stato del singolo paziente sia del gruppo, per poter cogliere i primi segnali di allarme e intervenire preventivamente.

Se il teatro contribuisce a nuove consapevolezze di identità, l'infermiere contribuisce alla creazione di un'identità di gruppo, stimolando l'interazione tra i diversi partecipanti e favorendo l'espressione e la comunicazione dei sentimenti, delle aspirazioni, dei conflitti, dell'accoglienza dell'altro, accompagnando i pazienti, allievi attori, nell'intricato gioco di relazioni.

Stimola e rafforza costantemente la consapevolezza che si è parte di un gruppo e che il gruppo è sempre "qualcosa di più della somma delle parti"; aiuta il singolo allievo attore a diventarne "parte"; perché vi si possa riconoscere e farsi riconoscere, favorendone il senso di appartenenza, anche ricordando che la responsabilità è condivisa in quanto lo spettacolo dipende dalla collaborazione di tutti gli attori e che va dall'allestimento all'ideazione scenica, dalla stesura della drammaturgia alla realizzazione dello spettacolo, passando attraverso la puntualità e costanza delle presenze, come al rispetto delle regole. Tutte le competenze che l'infermiere mette in campo sono utili a garantire un corretto sviluppo del progetto, accompagnamento e contenimento di quegli aspetti negativi che possono influenzare la riuscita del percorso personale, in un contesto che evoca vissuti emotivi intensi.

5. CONCLUSIONI

“Un malato di mente entra nel manicomio come ‘persona’ per diventare una ‘cosa’. Il malato, prima di tutto, è una ‘persona’ e come tale deve essere considerata e curata (...) Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone.”

(Franco Basaglia)

Questa frase di F. Basaglia ci ricorda quanto l’esperienza della malattia sia per ogni persona, o meglio debba essere, solo una parte della propria vita e quanto sia indispensabile che non vi coincida completamente. Questo senza negare però che, soprattutto in alcune situazioni, l’intera vita di un soggetto possa essere drammaticamente condizionata dall’esperienza della malattia. Ancora oggi è esperienza comune quanto questa affermazione possa essere disattesa, per molte patologie organiche e ancor più per quelle psichiatriche. Siamo tutti figli del pensiero cartesiano: quel “Cogito ergo sum” condiziona fortemente il valore che attribuiamo alla nostra capacità di dare senso alla realtà che ci circonda.

Se negli anni ‘70 un approccio, anche ideologico, ha consentito di superare i muri delle istituzioni totali, oggi un approccio ideologico è in antitesi con quello scientifico e quest’ultimo deve essere, sempre e comunque, alla base dell’agire professionale. La cura del paziente psichiatrico corre ancora il rischio di essere esposta a comportamenti autoreferenziali o ideologici. In un ambito di soggettive definizioni e immaterialità, di quasi totale assenza della tecnologia, come quello psichiatrico, il rischio è certamente maggiore rispetto ad altri ambiti sanitari. Umberto Galimberti ci ricorda cosa si debba intendere con autoreferenzialità delle istituzioni: “... che smarrisce o tralascia il fine per il quale è sorto per concentrarsi su se stesso, sulla propria autoconservazione, quando insomma il mezzo assume se stesso come fine - ovvero diventa autotelico - si ha autoreferenzialità.” Gli infermieri devono conoscere e tenere ben conto di questo rischio.

Oggi si utilizza spesso la locuzione “migliore qualità della vita”, con l’intento di individuarla e promuoverla, definendone dettagliatamente le peculiarità; in ambito psichiatrico è consuetudine aggiungervi l’aggettivo “possibile”, ovvero relativamente a ciò che la condizione psicopatologica rende possibile. Ma è altrettanto vero che si può, quasi sempre, migliorare le condizioni

di vita e l'inserimento nel tessuto sociale di una persona che soffre di un disturbo psichico.

Abbiamo utilizzato pochissimo il termine paziente a favore di parole come utente, soggetto sofferente, persona. Questo non vuole essere un vezzo semantico, quanto la scelta coerente con quanto affermato in precedenza e in linea con il modello teorico del Recovery e dell'Empowerment. Certamente le persone sono anche pazienti e malati che noi, essendo infermieri, abbiamo l'onere e l'onore di assistere, prendendoli in carico, ovvero prendendocene cura. La scommessa attuale è legata soprattutto alla valutazione degli esiti degli interventi terapeutico-riabilitativi che vengono realizzati, alla loro efficacia, come della loro tempestiva erogazione o della capacità di contrastare l'insita cronicità. A tale scopo possono essere un valido supporto le scale di valutazione di settore a completamento dell'osservazione e analisi del gruppo dei curanti.

La "follia" spaventa e affascina allo stesso tempo, non a caso molti "folli" appartengono al mondo delle arti. Quello che spaventa maggiormente è la sua presunta imprevedibilità, per l'incapacità di utilizzare il registro del "normale" e del "consueto". Non va dimenticato, inoltre, che l'assistenza psichiatrica è anche un problema della collettività, così come che gli operatori, tutti, della Salute Mentale sono spesso impropriamente chiamati a fare i conti con la dimensione del controllo sociale.

"Gli uomini saranno sempre pazzi e coloro che credono di poterli curare sono i più pazzi di tutti."

(Voltaire)

Nel ringraziare l'OPI di Bologna per l'opportunità che ci è stata offerta desideriamo ribadire che questo documento non ha la pretesa di essere esaustivo, prende origine dall'esperienza e dalla pratica e desidera essere punto di partenza per un confronto all'interno della Comunità Professionale.

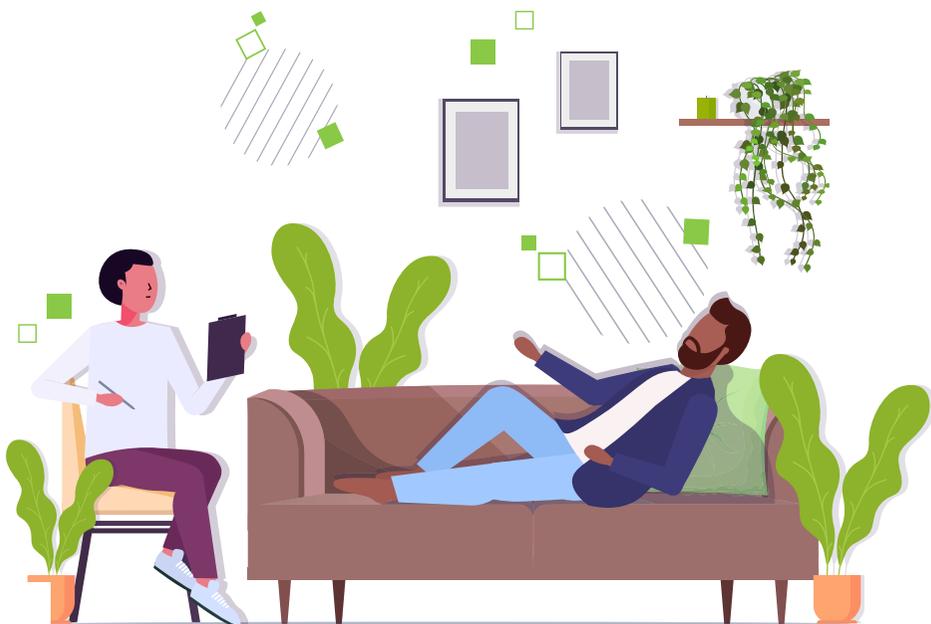
6. PRINCIPALI NORME E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO PER LA SALUTE MENTALE

ARTICOLO	TESTO
Articolo 13 della Costituzione Italiana	La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. [...]
Articolo 32 della Costituzione Italiana	La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana
Art 54 C.P. Stato di necessità «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.....»	Questo articolo del Codice penale permette all'infermiere di realizzare la contenzione (solitamente meccanica) anche durante la temporanea assenza del medico dal SPDC e pertanto in assenza di prescrizione medica, provvedendo però a segnalarlo tempestivamente e sollecitando la valutazione medica appena possibile.
Legge 13 maggio 1978, n. 180, ulteriormente definita con la Legge di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – art.33-34-35)	La Legge Basaglia, che rappresenta l'avvio della riforma psichiatrica in Italia, ha consentito significativi cambiamenti nell'approccio alla malattia mentale (l'Italia è l'unica nazione al mondo che ha chiuso i manicomi; termine ultimo di attuazione della Legge: dicembre 1996). La L. 833/78 definisce vincoli e limiti del Trattamento Sanitario Obbligatorio ospedaliero (T.S.O.), che viene disposto quando sussistono tutte e tre le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • una persona affetta da malattia mentale necessiti di trattamenti sanitari urgenti; • rifiuti il trattamento; • non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere.
Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008.	Linee programmatiche.

DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria	L'AUSL entra nelle Case Circondariali, pertanto anche la Salute Mentale.
Decreto legislativo 229/1999	Il tema della complessità dei bisogni e della corrispondente complessità delle risposte è ripreso fortemente in questo Dlgs, nella parte che tratta l'integrazione sociosanitaria, di attualità e interesse in Salute Mentale. L'articolo 3-quater contiene la prima organica e sistematica definizione del Distretto, come articolazione operativa della Azienda USL e di interesse per un Dipartimento territoriale come il DSM.
Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 2010-2012" e Piano Nazionale Salute mentale, dicembre 2012.	Documenti di politica sanitaria di settore.
Piano d'azione per la Salute Mentale WHO 2013-2020.	Publicato dall'OMS riconosce il ruolo essenziale della Salute Mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa infatti su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione.
Piano di azioni nazionale per la Salute Mentale, 2013."	Documento della Conferenza unificata Stato-Regioni ed Enti Locali, che valorizza le buone pratiche esistenti, favorendo il confronto con le reti di sostegno formali e informali.
Rapporto sulla Salute Mentale 2016.	Rapporto del Ministero della Salute finalizzato a offrire uno strumento conoscitivo della Salute Mentale del Servizio Sanitario su scala nazionale. Ispirato al principio dell'accountability, ossia render conto a tutti coloro i quali siano interessati al funzionamento della cosa pubblica ed al buon uso delle risorse.
Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche, aprile 2019. Art. 4 – Relazione di cura «Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.»	Sancisce chiaramente che la contenzione non è atto terapeutico. La portata etica, legata alla limitazione della libertà personale insita nella contenzione, è espressa chiaramente da questo articolo. Con altrettanta chiarezza si evince il forte richiamo a non ricorrervi per motivi organizzativo-gestionali. Deve sempre rappresentare l'extrema ratio; ma al contempo il confronto su un tema così delicato non deve e non può essere squisitamente ideologico, decidendo a priori di non utilizzarla, in quanto esistono situazioni che la rendono l'unica possibilità a tutela della sicurezza della persona assistita, delle altre persone e/o degli operatori.

<p>Art. 35 – Contenzione - «L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.»</p>	
<p>Decreto Direttoriale del Ministero della Salute - giugno 2019. Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale.</p>	<p>Il Tavolo ha in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il compito di verificare l'implementazione delle linee guida, di indirizzo e documenti scientifici; • verificare l'appropriatezza e la qualità dei percorsi di trattamento e riabilitazione erogati; • approfondire, alla luce dei dati del Sistema Informativo Salute Mentale, l'esistenza di eventuali criticità nei Servizi territoriali ed elaborare proposte per il loro superamento e per l'ottimizzazione della rete dei servizi; • proporre azioni operative e normative per favorire l'attuazione dei più appropriati modelli di intervento per la diagnosi, la cura e la riabilitazione psicosociale dei portatori di disagio psichico, finalizzati alla riduzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e volontari, la contenzione meccanica e quella farmacologica/chimica.
<p>“Patto per la salute per gli anni 2019/2021” Intesa tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano</p>	<p>Affronta il tema della valorizzazione e dello sviluppo delle competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.</p>
<p>Interdizione giudiziale</p>	<p>Strumento giuridico, ovvero una Misura di protezione del paziente incapace, attualmente poco utilizzata. Viene nominato un tutore. Effetto della sentenza d'interdizione è la perdita della capacità d'agire, per coloro i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente, condizione che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi.</p>

Inabilitazione	È il procedimento promosso nei confronti del soggetto maggiorenne infermo di mente, quando le sue condizioni non siano così gravi da procedere all'interdizione. Il soggetto interdetto dovrà essere rappresentato da un curatore. Conseguenza dell'inabilitazione è la limitazione (e non la perdita) della capacità di agire.
Legge Cendon – 6 / 2004 Istituisce la figura dell'Amministratore di Sostegno.	Art. 1. La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.



7. GLOSSARIO: LE PRINCIPALI TECNICHE UTILIZZATE IN AMBITO PSICHIATRICO

COUNSELING

- EAC(European Association for Counselling)
- MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers)
- AssoCounseling e S.I.Co. Associazioni italiane di Counselor Professionali.

Indica un'attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del soggetto, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Si occupa di problemi non specifici (prendere decisioni, miglioramento delle relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, scuola, lavoro).

Il Counseling Motivazionale è un insieme di principi guida, strumenti e strategie per condurre una relazione professionale di aiuto in campo educativo, sanitario, assistenziale, organizzativo, legale e psicologico, attraverso una formazione professionale specialistica.

DBT - Dialectical Behaviour Therapy (Terapia Dialettico Comportamentale)

- www.stateofmind.it

La terapia dialettico comportamentale è stata ideata per il trattamento del disturbo borderline di personalità e prevede un approccio psicoterapico individuale e/o di gruppo ed uno skills training.

La terapia dialettico comportamentale o DBT si basa su una visione del mondo di tipo dialettico. La prospettiva dialettica sostiene diversi aspetti sulla natura della realtà e del comportamento umano. La dialettica sostiene come primo aspetto la fondamentale interrelazione e unitarietà della realtà, implicando che è limitata l'analisi delle singole parti di un sistema se non vengono inserite negli specifici contesti contingenti in cui si esplica il comportamento dei singoli e dei singoli nel gruppo.

Un secondo aspetto è che la realtà non viene concepita come statica, ma

composta da forze interne opposte (tesi e antitesi) in mutamento, e la cui sintesi genera una nuova tensione tra forze opposte. In tal senso, i pattern di pensiero e di comportamento disfunzionali dicotomici ed estremizzati dei pazienti borderline sono considerati come dei fallimenti dialettici: la persona è bloccata su polarità estreme e fatica a muoversi dinamicamente verso una sintesi.

Il terzo aspetto che caratterizza la visione dialettica riguarda l'assunto secondo il quale la natura della realtà è fondata sul cambiamento e sul processo, l'individuo e l'ambiente sono in costante mutamento. Dunque la terapia non mira al mantenimento di uno stato stabile in un ambiente stabile e coerente, ma vuole promuovere le capacità di gestire il cambiamento.

GMP - GOOD PSYCHIATRIC MANAGEMENT

- www.edizioniedra.it
- centropsicoterapiapadova.it

Il GPM è un intervento evidence-based manualizzato a bassa intensità e per questo facilmente utilizzabile sia nei servizi, sia in ambito privato. Lo scopo del modello è quello di fornire i mezzi (tra i quali: gestione della crisi, comunicazione della diagnosi, interventi psicoeducativi, approcci familiari) attraverso i quali i professionisti della salute mentale possano diventare "sufficientemente bravi" per trattare con competenza la maggior parte dei casi di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità.

HOLDING

- www.lastampa.it

È la «funzione materna», ovvero il bisogno di essere accolti e protetti che ogni essere umano ha sin dalla nascita e in modo più intenso nell'infanzia rispetto al resto della vita.

Letteralmente «sostegno». È una funzione di primaria importanza per lo sviluppo psichico di ogni persona. Concetto introdotto da Winnicott (1896-1971), pediatra e psicoanalista inglese per definire la capacità della madre (caregiver) di fungere da «contenitore» delle angosce del bambino, di costituire una sorta di spazio fisico ma soprattutto psichico in cui il bambino si sente accolto, sostenuto, assicurato, incoraggiato nelle prime espressioni di sé. Il bambino è bisognoso di cure fisiche, che devono essere soddisfatte, ma è anche un essere immaturo sempre sull'orlo di una «impensabile» angoscia.

L'holding è rappresentato concretamente dalle modalità con cui la madre tiene tra le braccia (contiene) il lattante, dal modo con cui gli sostiene il capo, orienta il volto verso il proprio, gli sostiene il corpo, regolando la pressione del proprio corpo verso quella del bambino a seconda degli stati presentati dal piccolo. Tale funzione - secondo Winnicott - caratterizza la madre «sufficientemente buona», ovvero sufficientemente empatica, in grado di identificarsi con i bisogni del bambino, di comprendere i suoi stati di malessere o benessere, di dare ad essi un significato e di agire o non agire, a seconda delle circostanze. Se tale funzione è carente, la madre sarà incapace di rispondere in modo adeguato alle emozioni negative del bambino o ignorandole (evitamento) o lasciandosene coinvolgere a tal punto da rimanere a sua volta invischiata, come in una sorta di corto circuito emotivo.

Scrive lo psichiatra Jeremy Holmes (John Bowlby and Attachment Theory, 1993): *«Dalla costanza materna deriva il senso della storia: la affidabilità della risposta della madre al bambino diventa il nucleo della competenza autobiografica. Dall'holding materno deriva l'abilità di tenere se stessi nella propria mente: la capacità di autoriflessione e la possibilità di concepire se stessi e gli altri come persone che hanno una mente»*. Dunque la capacità di autoregolare i propri stati emotivi, di prendersi cura e sostenere psicologicamente se stessi, di relazionarsi in modo rispettoso della individualità altrui.

Quando la funzione di holding da parte del caregiver o di altre figure significative è stata deficitaria o assente è possibile rinvenire anche nell'adulto alcune manifestazioni delle angosce infantili, come l'angoscia di disintegrazione, il sentirsi immersi in un nulla liquido e informe che non sostiene, o un'improvvisa e ricorrente esperienza di perdita di senso e di continuità della propria esistenza.

HUMAN CARING

- www.profinf.net
- brescia.ipasvibs.it

La teoria dello Human Caring è stata elaborata alla fine degli anni '70 del secolo scorso da Jean Watson e il suo principio fondante è definito dalla relazione tra il prendersi cura degli esseri umani e prestare assistenza infermieristica.

«Il modello riconosce un'attenzione importante al curante, in quanto non può esserci benessere per la persona assistita se non c'è anche un benessere emotivo dell'operatore»

(Kelley, 2002)

«Il modello si fonda in primo luogo sulla centralità della persona evidenziando che il lavoro assistenziale è finalizzato alla riabilitazione della persona nella sua interezza»

«L'obiettivo del modello è, pertanto, quello di promuovere la crescita, la consapevolezza, l'evoluzione mentale, affettiva e spirituale di sé come professionista del caring»

(Watson, 2003)

CURA DELL'ASSISTITO E CURA DI CHI SI PRENDE CURA

1. La formazione di un sistema di valori umanistico altruistico
2. L'infusione di fede e speranza
3. La cura della sensibilità verso sé stessi e gli altri
4. Lo sviluppo di una relazione di aiuto e di fiducia
5. La promozione e accettazione dell'espressione di sentimenti positivi e negativi
6. La sistematica adozione del processo scientifico del problem-solving per l'assunzione delle decisioni
7. La promozione di un insegnamento interdisciplinare
8. La creazione di un ambiente mentale, fisico, socioculturale e spirituale che abbiano natura supportiva, correttiva
9. Aiuto nella soddisfazione dei bisogni umani
10. Il riconoscimento delle forze esistenziali fenomenologiche

Il modello è una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona. (Rafael, 2000; Watson 2013)

MBT – MENTALIZATION BASED TREATMENT

- www.stateofmind.it
- www.stateofmind.it

La MBT, come dice il nome stesso, pone al centro il concetto di mentalizzazione, cioè “la capacità di avere un pensiero sugli stati mentali come condizioni distinte anche se potenziali determinati del comportamento” (Bateman & Fonagy, 2004).

Tale capacità emerge attraverso l’interazione con il caregiver ed è influenzata dalla qualità della relazione di attaccamento: se il genitore è capace di riflettere in maniera accurata le intenzioni del bambino senza sopraffarlo, ciò contribuisce allo sviluppo della regolazione emotiva e della funzione autoriflessiva nel bambino. La mentalizzazione ha pertanto le sue radici nel sentirsi compresi dalla figura di attaccamento; qualsiasi comunicazione che implichi il riconoscimento dell’ascoltatore come agente intenzionale aumenterà in lui la fiducia epistemica e la possibilità che codifichi la comunicazione come rilevante, generalizzabile, degna di essere memorizzata.

Il disturbo di personalità secondo Bateman e Fonagy rappresenta il fallimento della comunicazione, l’impossibilità di accedere alla comunicazione culturale e di instaurare una relazione di apprendimento poiché l’apprendimento dall’esperienza è parzialmente negato dall’assenza di fiducia nella conoscenza sociale. Il cambiamento non è possibile proprio perché il paziente non ha fiducia nell’esperienza, ritiene che le intenzioni dell’interlocutore siano differenti da quelle dichiarate e quindi non considera quanto comunicato come proveniente da fonte affidabile; pertanto il normale processo di modificazione delle credenze sul mondo (di sé in relazione agli altri) rimane precluso e il paziente vive un insopportabile senso di isolamento.

OPEN DIALOGUE

- 180gradi.org

“Il Dialogo Aperto non è un modello da seguire uniformemente da luogo in luogo. Siamo realmente contrari alla generalizzazione dei modelli di trattamento psichiatrici, piuttosto siamo dell’idea che ogni pratica debba naturalmente seguire le condizioni e la cultura della società in cui è applicata.

Allo stesso tempo, però, consideriamo il Dialogo Aperto non un metodo, ma uno stile di vita.

Quando nasciamo, la seconda cosa che impariamo a fare, dopo respirare, è quella di coinvolgerci in relazioni dialogiche.

Questo significa che quando organizziamo gli incontri di Dialogo Aperto stiamo tornando all'idea davvero essenziale, basica, della vita umana, non stiamo applicando un metodo. Come professionisti dobbiamo imparare a seguire il modo di vivere e il linguaggio dei nostri pazienti, completamente, interamente, senza eccezioni o pregiudizi. Non è facile. Ma questo è il vero cambiamento."

Seikkula ne è stato il principale sviluppatore ed è colui che ha introdotto negli anni '80 in Finlandia l'Open Dialogue così come è praticato oggi.

La pratica del dialogo aperto consiste nel lavoro di sei equipe multidisciplinari che hanno l'incarico di organizzare il trattamento, prevalentemente psicosociale, del paziente psicotico entro le 24 ore dalla richiesta d'aiuto all'emergere della crisi della persona.

Gli albori dell'Open dialogue risalgono, però, agli anni sessanta e sono da attribuire al gruppo di ricerca finlandese diretto dal dottor Alanen.

I dati confermano (in Lapponia) l'efficacia del dialogo aperto, metodo che implica, in ogni caso, un'attribuzione della terapia farmacologica in un tempo quanto più breve possibile: nel gruppo dei pazienti trattati con questo metodo tra il 1992 e il 1997, il 79% era asintomatico, l'80% aveva un'occupazione lavorativa o studiava o era in cerca di un lavoro; al solo 20% dei pazienti era stata attribuita una pensione di invalidità; circa i due terzi di questi non avevano seguito una terapia farmacologica con antipsicotici (67%).

Questi numeri sono rimasti stabili per un periodo di oltre 10 anni (1992-2005) e c'è da considerare che sempre in questo arco di tempo il 70 % dei pazienti non ha avuto ricadute di alcun tipo.

In Italia si sta già cercando di trasferire questo metodo nelle strutture sanitarie. L'ASL TO1 del Piemonte ha chiesto al ministero della salute il permesso e i fondi per avviare esperienze di Open dialogue anche in Italia e di valutarne la compatibilità col nostro contesto, per un progetto che coinvolgerà varie regioni del Sud, del Centro e del Nord Italia.

PRIMARY NURSING

- www.fnopi.it

Un modello organizzativo basato sulla relazione e guidato dalle risorse. Un modello che ha il suo baricentro nella relazione che si instaura tra infermiere e persona assistita quale condizione più adatta per scoprire e comprendere le persone che vengono curate e per rendere significative le informazioni che esse veicolano. Evidenziamo come il prendersi cura o caring infermieristico sia una pratica che si realizza attraverso azioni competenti e disponibilità a occuparsi intenzionalmente della persona assistita. L'infermiere capace di prendersi cura della persona dispone di conoscenze, competenze cliniche esperte, capacità di problem solving e di decision making, competenze tecniche e capacità relazionali. Tutto ciò porta gli infermieri a sviluppare competenze che, una volta, erano principalmente di "sostituzione" mentre ora mirano allo sviluppo delle capacità di autogestione della persona. Passaggi chiave la scelta del modello e la sua dichiarazione, l'analisi della realtà, la condivisione, la sperimentazione, la verifica e l'implementazione.

Molto importante la puntualizzazione sulla pianificazione come strumento "che parla al futuro" e che aiuta a stabilire corretti rapporti tra infermiere di riferimento (primary) e infermiere associato. Come lo è anche la visibilità del ruolo infermieristico nel percorso della persona assistita, che è sia un riconoscimento, ma anche una responsabilità che gli infermieri non sempre sono pronti ad affrontare.

Un importante lavoro vien proposto sulla documentazione: ogni elemento fondamentale del primary nursing è stato analizzato e sono stati rivisti sia gli strumenti sia le modalità di utilizzo (ad esempio la trasmissione delle consegne). Interessante inoltre la nascita di progetti complementari al primary nursing che individuano specifici ruoli (case manager) o costruiscono strumenti per la valutazione della performance del professionista. Questi progetti testimoniano come, attraverso una progettualità condivisa, si aprano nuove e originali prospettive di lavoro ad integrazione dei percorsi

Questo modello può aiutare gli infermieri ma anche la dirigenza, a vedere oltre agli ostacoli un orizzonte di possibilità. Possibilità che devono da una parte basarsi sul riconoscimento e sulla valorizzazione dei soggetti in gioco - le persone che assistiamo, le persone che assistono - e dall'altra,

orientarsi al confronto su come le nuove modalità di erogazione dell'assistenza contribuiscano a raggiungere risultati sulla collettività.

Questo lavoro lancia quindi due sfide: la prima è la sperimentazione di questo modello anche in realtà sanitarie meno protette dal punto di vista organizzativo e integrate tra servizi ospedalieri e servizi di cure domiciliari a sostegno della continuità assistenziale; la seconda sfida riguarda la valutazione degli outcome conseguibili dall'applicazione dello stesso.

Lavorare sui risultati vuol dire identificare con chiarezza lo scopo per il quale lavoriamo: sviluppare l'autocura e sostenere l'autodeterminazione delle persone delle quali ci prendiamo cura.

SCHEMA THERAPY (ST)

- studicognitivi.it

È uno sviluppo innovativo della psicoterapia cognitivo-comportamentale altamente efficace nel trattamento dei disturbi di personalità e dei disturbi psicologici cronici o difficili da trattare. Integra, oltre la CBT (Cognitive-Behavioural Therapy o in italiano TCC Terapia Cognitivo-Comportamentale) diversi approcci psicoterapeutici quali la Gestalt (psicologia della forma, nata in Germania prima del 1915), l'Analisi Transazionale (teoria psicologica che rappresenta un'evoluzione in senso relazionale della psicoanalisi freudiana), concetti della teoria dell'attaccamento e delle scuole psicodinamiche, offrendo un concetto esplicativo molto chiaro che permette un approccio di trattamento facilmente applicabile da tutti gli operatori.

La ST, sviluppata dal dr. Jeffrey Young, mira a individuare con il paziente i propri schemi e modalità disfunzionali e le loro origini nell'infanzia, a riconoscere gli effetti nella vita e a trovare attivamente modalità funzionali per smantellarli. La consapevolezza del funzionamento di ciascun paziente è importante, anche, per gli operatori, in quanto consente di impostare in modo specifico la relazione terapeutica che deve puntare, in modo esplicito e nei limiti del possibile, a soddisfare i bisogni del paziente, non colti nell'infanzia, in termini di una "limited reparenting" (rigenitorializzazione).

Nella psicologia cognitiva uno schema è un modello organizzato di pensiero e comportamento. Può anche essere descritto come una struttura mentale di idee preconcepite, una struttura che rappresenta alcuni aspetti del mondo o un sistema di organizzazione e percezione di nuove informazioni.

La ST cerca di cogliere le tematiche che si nascondono dietro i sintomi, i cosiddetti “schemi”: emozioni, pensieri, ricordi, sensazioni corporee dolenti che si sviluppano se bisogni universali d’amore, di protezione, autonomia, libertà, spontaneità-gioco e contenimento non sono stati soddisfatti nell’infanzia.

Questi schemi possono essere attivati da particolari situazioni che in qualche modo richiamano gli eventi dolorosi del passato e possono essere rivissute ripetutamente nel corso della vita causando una sofferenza intensa e portando a condotte disfunzionali.

Queste condotte disfunzionali, i cosiddetti stili di coping (p.e. resa, evitamento, ipercompensazione), che ognuno sviluppa per fronteggiare e/o evitare le emozioni intense possono loro stesse mantenere oppure aggravare la problematica.

La ST attribuisce un grande significato alle emozioni ed ai bisogni delle persone, cercando di cogliere quali esperienze si attivano in un determinato momento (i cosiddetti mode) e aiuta a trovare delle modalità adattive e sane per soddisfare i propri bisogni. Esempi di mode: il narciso disprezzante, il debole e indifeso, il freddo manipolatore, il libertino disregolato, ecc...).

Nelle persone senza disturbi psicologici i vari “mode” sono integrati sotto un cappello unitario (l’identità personale) e soprattutto volontariamente regolati nella loro espressione. Gli stili di coping sono le risposte comportamentali di una persona agli schemi.

Esistono tre potenziali stili di coping:

- “Evitante” dove la persona cerca di evitare situazioni che attivano lo schema.
- Nella “resa” la persona cede allo schema, non tenta di combatterlo e cambia il suo comportamento aspettandosi che il risultato temuto sia inevitabile.
- Nel “contrattacco”, chiamato anche “sovracompensazione”, la persona mette eccessivo impegno nel non permettere che il risultato temuto dello schema si verifichi.

Questi stili di coping disadattivi (sovracompensazione, evitamento e resa) spesso finiscono per rinforzare gli schemi.

Esempio: avendo immaginato una minaccia di abbandono in una relazione e sentendosi triste e in preda al panico, una persona che usa uno stile evitante può comportarsi in modo da limitare l'intimità nella relazione per cercare di proteggersi dall'essere abbandonata. La risultante solitudine o addirittura la perdita effettiva della relazione potrebbe facilmente rafforzare lo schema dell'abbandono. Altro esempio, un bambino con un bisogno insoddisfatto di legame - per esempio a causa della perdita dei genitori per morte, divorzio o dipendenza da sostanze, potrebbe sviluppare uno schema di "abbandono".

L'obiettivo della ST è quello di aiutare i pazienti a soddisfare i loro bisogni emotivi di base, aiutandoli ad apprendere come sanare gli schemi diminuendo l'intensità delle memorie emozionali che comprendono lo schema e l'intensità delle sensazioni corporee e cambiando i modelli cognitivi connessi allo schema, sostituendo stili di coping e risposte disadattive con modelli di comportamento adattivi.

SOCIAL SKILLS TRAINING (SST)

<http://www.formas.toscana.it>

Questo modello di addestramento alle abilità sociali è raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno degli elementi cardine nei progetti per la salute e il benessere. Tale modello, di derivazione comportamentista, si basa su un approccio bio-psico-sociale alla malattia mentale, centrato sulla 'promozione' della salute intesa come sviluppo delle potenzialità umane. Uno dei principi fondamentali alla base dei Social Skills Training è quello dell'apprendimento. La ricerca indica infatti che tutti i comportamenti sociali possono essere appresi – e quindi modificati – grazie all'esperienza e all'allenamento. Il modello comprende 4 elementi centrali: STRESS, VULNERABILITÀ, COPING, COMPETENZA.

APPLICAZIONI:

- SCHIZOFRENIA
- DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ
- DISTURBI D'ANSIA
- DISTURBI AFFETTIVI MAGGIORI
- ABUSO DI SOSTANZE
- DEFICIT ATTENTIVI

CARATTERISTICHE:

- Attività prevalentemente in gruppo
- Utilizza il Role play e il Problem solving
- Azioni di feed-back correttivo
- Rinforzo positivo
- Obiettivo la **COMPETENZA EMOTIVA** = L'insieme delle capacità che consentono di riconoscere, comprendere e rispondere coerentemente alle emozioni altrui e di regolare l'espressione delle proprie.
- 5 emozioni fondamentali: felicità, paura, tristezza, rabbia, vergogna.

PROGRAMMI DI ABILITÀ SOCIALI SOCIALI DI:

- conversazione
- gestione dei conflitti
- assertività
- gestione della vita quotidiana
- amicizia e corteggiamento
- gestione dei farmaci
- lavorative e di qualificazione professionale.

TEORIE DELL'ATTACCAMENTO

- <https://www.stateofmind.it/tag/attaccamento/>

In psicologia tratta del legame che unisce il bambino a chi si prende cura di lui. La teoria dell'attaccamento fu formulata alla fine degli anni 1960 e la sua diffusione è legata soprattutto alle opere di J. Bowlby e alla numerosa serie di ricerche a esse ispirata. L'attaccamento viene, in questa prospettiva, definito come una classe di comportamento, sia del bambino sia della madre, che hanno come scopo comune quello di raggiungere e/o mantenere la vicinanza reciproca. Questi comportamenti sono intesi come istintivi, in antitesi sia alle teorie psicanalitiche sia a quelle comportamentistiche (ipotizzando così che la motivazione sociale risultante nei comportamenti di attaccamento sia una motivazione primaria). Appartengono quindi al corredo biologico della specie umana in funzione probabilmente di una "protezione dai predatori" che, in termini di sopravvivenza della specie, riveste un'importanza almeno eguale alla nutrizione e alla riproduzione.

I due tipi principali di comportamento di attaccamento sono quello di segnalazione (pianto, sorriso, vocalizzi, richiami, gesti), che ha per effetto di avvicinare la madre al bambino e quello di accostamento (aggrapparsi, seguire, suzione per fini non alimentari), che ha per effetto di avvicinare il bambino alla madre. L'inizio di questo comportamento si verifica nell'uomo generalmente fra i 4 e i 12 mesi, quando il bambino risponde in modo differenziato alla madre e tende a mantenere il contatto con lei. Successivamente (1-3 anni), quando lo sviluppo delle potenzialità psico-fisiche (psicomotricità, linguaggio ecc.) consente al bambino il distacco temporaneo dalla madre e la possibilità di ritrovarla, viene suscitato anche da altre circostanze (per es., il distacco incombente). Dopo i 3 anni, il panorama relazionale e affettivo si arricchisce e il bambino riesce a realizzare una gamma più vasta di rapporti interpersonali, il che porta a una diminuzione dell'attaccamento verso i genitori.

“Anche se particolarmente evidente nella prima infanzia, il comportamento di attaccamento caratterizza l'essere umano dalla culla alla tomba”.

(John Bowlby)



8. BIBLIOGRAFIA

- Albertazzi C. e AA VV, *RInTRACCIARE PAROLE. Incrocio di sguardi sulle tossicodipendenze*, Pendragon, 2007.
- Aluffi G., *Dal manicomio alla famiglia. L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici*, FrancoAngeli, 2007.
- Asioli F., *Le emergenze in Psichiatria*, Masson, 1990.
- Benedetti F., *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*, Mondadori, 2018.
- Benner P., *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, McGraw-Hill, 2003.
- Bolocan Parisi L.G. e AA VV, *Il lavoro di gruppo. Metodologie, tecniche, formazione, aggiornamento dell'operatore sociale*. NIS La Nuova Italia Scientifica, 1994.
- Bowlby J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- Carozza P., *La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale*, Franco Angeli, 2010.
- Cunico L., *L'assistenza al paziente con problemi psichici*, McGraw-Hill 2002.
- Federazione IPASVI, *Evoluzione delle competenze infermieristiche*, documento 25/4/2015.
- Fioritti A., *Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, 2002.
- Gamberoni L. e AA VV, *L'infermiere laureato specialista/magistrale*, McGraw-Hill, 2008.
- Guilbert J.J., *Guida pedagogica per il personale sanitario*, Pubblicazione Offset OMS n°35 - IV ed. - Edizioni Dal Sud, 2002.
- Jervis G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, 1994.
- Liberman R.P., *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Giovanni Fioriti Editore, 2012.
- Merini A., *L'altra verità, Diario di una diversa*, Edizione Libri Scheinwiller, Milano 1992.
- Ruani R., *Utenti, Famiglie e Servizi*, Franco Angeli, 2011.
- Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, ETAS, 2000.
- Secchiaroli L. e Turella B., *L'operatore sanitario in psichiatria*, Carocci Faber, 2009.
- Schober M. e Affara F., *Assistenza infermieristica avanzata*, Casa Editrice Ambrosiana, 2008.

8.1. DOCUMENTI-ARTICOLI-RIVISTE

- IPASVI, Linee guida per il master di primo livello. Infermieristica in salute mentale-psichiatria; Formazione infermieristica 8, 2002.
- Mangiacavalli B., Competenze avanzate degli infermieri: ecco il modello dell'ipasvi, in "Rivista: L'Infermiere" N.3 – 2015.
- Gargiulo A., Pazzaglia A., Agostini S., Piscinnè T., Argondizzo L., Girone C., Competenze infermieristiche specialistiche in Psichiatria. L'esperienza della Ausl di Bologna, in "Rivista: Professione Infermiere - Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna"; a. XXV, N.2 - 2016.
- NEU (Associazione Nazionale Infermieri Neuoscienze), Rivista di informazione infermieristica, a.XXXVIII, N.2 – 2019.
- Starace F, Baccari F, Mungai F, La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei DSM, Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica , N.1/2017.

8.2. SITOGRAFIA (MARZO 2020)

- www.agenas.it
- www.salute.gov.it
- www.quadernidellasalute.it
- assr.regione.emilia-romagna.it
- www.rivistadipsichiatria.it
- www.francoangeli.it
- <http://docplayer.it>
- www.lavoroculturale.org
- www.redattoresociale.it
- www.stateofmind.it
- www.psychiatry.org
- www.who.int
- <http://iesaitalia.altervista.org>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it>
- <https://terapistioccupazpisa.files.wordpress.com>
- www.nurse24.it
- www.sciencedirect.com
- www.fnopi.it
- www.metisjournal.it
- www.gazzettaufficiale.it
- www.trovanorme.salute.gov.it

