



Le buone pratiche nella presa in carico infermieristica della persona con problemi di salute mentale

a cura di

Johnny Acquaro, Maria Giuseppe Balice, Donatella Callegaro, Emilia Comolli,
Annalisa Dal fitto, Teresa Marmo, Barbara Grassellini, Caterina Zito

Nelle fasi iniziali ed intermedia hanno dato il loro contributo:

Morgan Fioravanti, Giuseppe Fucarino, Siria Fuggetta, Noemi Foglia, Antonio Genova, Maria Grazia Imperato, Nadia Lorena Mantovani, Ivan Sette.

Supervisione di Barbara CHIAPUSSO - già Vice presidente OPI Torino (già Collegio IPASVI),
Anna Pace- già Consigliere OPI di Torino (ex Collegio Ipasvi di Torino), Giuseppe Marmo
(CESPI) e **Chiara Boggio Gilot- a cui dedichiamo questo elaborato.**

PREMESSA

Il presente documento fornisce un quadro di riferimento per la pratica assistenziale, nell'ambito della salute mentale (psichiatria e dipendenze patologiche), al fine di promuovere la qualità delle cure, in un campo professionale che cambia continuamente, fornendo indicazioni di buona pratica a beneficio degli infermieri e nell'interesse dei cittadini-utenti, delle famiglie, delle comunità e della salute.

Il gruppo di infermieri esperti considera quest'area d'importanza strategica nell'assistenza in quanto la presa in carico della persona è

- la base della relazione con la Persona Assistita (PA) e del conseguente patto/contratto assistenziale che con essa si stipula;
- la condizione di partenza per quell'incontro che *permette di cogliere quell'appello morale di colui che chiede assistenza, un bisogno di vicinanza e solidarietà che trapassa il camice del professionista per*
- *implicare in profondità la persona che siamo*¹;
- la definizione, in ragione del principio di affidamento, dell'individuazione delle singole posizioni di garanzia sulla valutazione specifica dei bisogni presentati dalla persona.

Il gruppo di lavoro ha pertanto effettuato uno specifico percorso formativo e, al termine dello stesso, una revisione della letteratura nel campo.

Successivamente ha proceduto a costruire un documento, che individuasse le posizioni condivise rispetto alle problematiche considerate.

Il metodo utilizzato, così come il contesto nel quale si è sviluppato il lavoro, nulla ha a che vedere con la produzione di "raccomandazioni scientifiche": si è comunque optato per utilizzare il termine "raccomandazione" nel senso etimologico di suggerimento "autorevole": un'autorevolezza raccordabile sia all'esperienza dei consulenti, che hanno supportato il gruppo di lavoro nella fase di formazione, sia al lavoro meticoloso di revisione della letteratura e di confronto con chi esercita nella pratica quotidiana.

INTRODUZIONE

Il presente documento è il frutto del lavoro di alcuni operatori esperti*² che, a partire da una riflessione sulla pratica professionale, sulla letteratura scientifica recente e sulle attuali costrittività organizzative e formative, hanno elaborato un insieme di indicazioni (facilmente accessibili agli operatori di salute mentale e dipendenze patologiche) per promuovere servizi maggiormente competenti, sicuri ed eticamente responsabili.

Tutto questo attraverso la ricerca di una maggiore adesione a:

- principi di assistenza olistica ed integrata;
- modelli di *recovery*;
- valori etici (autonomia, emancipazione, impegno);
- relazione terapeutica; ▫ lotta allo stigma;
- progetti di ricerca.

In tale documento la **presa in carico** è considerata come un *processo nel corso del quale si aiuta la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile ponendo l'accento sull'aumento delle competenze piuttosto che sulla presenza di sintomi; avendo come obiettivo il graduale ri - apprendimento di abilità strumentali, sociali e affettive per favorire il reinserimento del paziente nel tessuto sociale aumentando le opportunità di scambio di risorse ed affetti (contrattualità...)*³

Le raccomandazioni, di seguito indicate:

- riflettono lo stato delle attuali conoscenze hanno, quindi, caratteristiche di contestualità e dinamicità soggette a verifiche e revisioni future;
- sono condizionate dai determinanti sociali e culturali del contesto territoriale di riferimento (aumento delle disuguaglianze e delle diversità culturali: età, sesso, etnia, razza, orientamento sessuale, lingua, stato socio-economico, spiritualità della popolazione);
- tengono conto dell'aumento della prevalenza di disturbi concomitanti (psichiatria - dipendenze) e delle politiche di integrazione tra servizi per le dipendenze patologiche e la salute e mentale;
- risultano influenzate dalla formazione, dai valori e dall'esperienza dei professionisti coinvolti.

L'infermiere che lavora nell'ambito della salute mentale:

- è responsabile dell'assistenza rivolta a singoli, famiglie, gruppi e comunità;
- svolge la sua attività nel territorio, al domicilio, in ospedale; nei settori accademici e negli ambienti clinici e di ricerca;
- possiede funzioni nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione attraverso interventi di natura tecnica, relazionale, educativa;
- riconosce e rispetta le conoscenze e le competenze della PA/famiglia circa la propria condizione e ne tiene conto nella pianificazione del progetto di cura (riconoscimento di ruolo di esperto per esperienza)
- agisce la pratica professionale nel rispetto di valori etici, religiosi e culturali che "guidano" la relazione con la persona/assistito;
- ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, l'appropriatezza e la pertinenza delle azioni professionali nell'interesse primario della persona/assistito;
- opera sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- sviluppa le sue conoscenze e competenze per rispondere efficacemente ai bisogni dei pazienti nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle buone prassi;
- utilizza un approccio olistico, centrato sul paziente/famiglia/comunità, orientato al maggiore benessere possibile e alla ripresa di ruoli sociali efficaci.

- Il termine esperienza, secondo Benner, non fa riferimento al mero scorrere del tempo né alla sola anzianità. Indica piuttosto il perfezionamento di nozioni e teorie precostituite grazie all'incontro con molte situazioni reali che aggiungono sfumature o gradi di differenza alla teoria. La teoria offre ciò che può essere reso esplicito e formalizzato, ma la pratica clinica è sempre più complessa e presenta molte più realtà di quelle che la teoria riesce a cogliere da sola. L'infermiere esperto utilizza le teorie, le conoscenze e l'esperienza clinica per arrivare ad una acutezza percettiva che consente di "leggere" rapidamente le situazioni che vanno al di là della conoscenza teorica.

La **Mission della presa in carico** consiste nella tutela e nella promozione della salute mentale attraverso:

- tutela dei valori (consenso, privacy, autodeterminazione, scelta, orientamento alla guarigione...);
- centralità della relazione terapeutica e dell'approccio olistico;
- tutela dei diritti di cittadinanza;
- lotta a stigma, emarginazione e discriminazione;
- valorizzazione della partecipazione attiva di utenti, familiari e loro associazioni;
- promozione e attivazione delle reti informali (volontariato, *co-housing*,.....); ▫
- accesso equo, libero, diretto e tempestivo in caso di urgenza;
- risposte diversificate (individuali, di gruppo, sostegno psicologico, educativo,.....);
- trattamenti di riconosciuta efficacia (appropriatezza dell'offerta terapeutica, valutazione sistematica degli esiti,...);
- gestione del rischio clinico;
- definizione di indicatori e standard di qualità; ▫
- impegno verso la formazione continua e la ricerca.

OBIETTIVI

1. Individuare un modello concettuale condiviso che tenga conto della filosofia di cura del Servizio;
2. Accogliere la domanda dell'utente e della famiglia e decodificare il bisogno di cura e di assistenza;
- 2 a. Accogliere e decodificare i bisogni di assistenza infermieristica transculturale;
3. Identificare le priorità clinico-assistenziali e pianificare interventi tempestivi per la persona assistita (PA)/famiglia nel rispetto dei livelli di autonomia, autodeterminazione e cultura di appartenenza in un'ottica olistica;
4. Garantire la sicurezza dei trattamenti;
5. Promuovere il mantenimento a domicilio;
6. Promuovere un appropriato utilizzo dei servizi di emergenza;
7. Ridurre il numero dei ricoveri al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e nella Case di cura;
8. Ridurre gli inserimenti nelle strutture residenziali come luoghi alternativi al domicilio;
9. Favorire il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia/caregiver nelle decisioni che riguardano il percorso di cura garantendo un supporto alle famiglie in difficoltà.

N°	Obiettivo	
1	Individuare un modello concettuale condiviso che tenga conto della filosofia di cura del Servizio.	
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità		
La condivisione della filosofia di cura sostiene una presa in carico comune e facilita la comunicazione tra i membri dell'équipe.		
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo		Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <p>Contribuisce a sviluppare un pensiero di cura attraverso la definizione delle specifiche competenze e responsabilità del proprio ruolo (identità professionale) mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la stesura di un profilo di posto condiviso; la dichiarazione e l'implementazione di documenti e strumenti di carattere assistenziale, che costituiscano un riferimento metodologico unitario sia per il monitoraggio clinico sia per la verifica sistematica e <i>routinaria</i> degli esiti attesi (scale di valutazione, schede di monitoraggio, questionari di soddisfazione per utenti e famigliari,); ▪ l'adozione di procedure e protocolli nel rispetto delle evidenze di "buona pratica": integrazione e coordinamento fra i servizi implicati nella presa in carico della persona (Medici di Medicina Generale-MMG, Servizi per le Dipendenze Ser.D, Neuropsichiatria Infantile NPI,); ▪ la gestione in sicurezza delle situazioni di crisi e urgenza; ▪ il management del rischio clinico inteso come cultura professionale che consente di identificare, segnalare e gestire le situazioni di rischio per la PA e l'operatore identificando le azioni di miglioramento. 		<p>Modello orientato all'<i>empowerment</i> inteso come modello trasformativo⁴.</p> <p>Guarigione come funzionamento ottimale. Le cure infermieristiche veicolano un potere liberatore che aiuta a guarire⁵.</p> <p>Presa in cura integrante che restituisce potere partecipativo/affermativo al paziente/famiglia⁴.</p> <p>Filosofia del <i>caring</i> che infonde e sostiene la speranza⁶.</p> <p>Assistenza come processo terapeutico che promuove la "crescita" anche attraverso la funzione di sostituto materno (<i>maternage</i>)⁷</p>

N°	Obiettivo
2	Accogliere la domanda dell'utente e della famiglia e decodificare il bisogno di cura e di assistenza.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
Un'accoglienza ed una lettura adeguata della domanda garantiscono: interventi appropriati, utilizzo razionale delle risorse, prevenzione dei <i>drop out</i> e dei fenomeni di espulsione/emarginazione collegati ad un aumento della emotività espressa nel nucleo familiare e in altri ambiti relazionali/sociali della PA.	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ adotta protocolli condivisi per la definizione di setting strutturali e relazionali adeguati; ▪ individua e allestisce il setting per accogliere la persona (prepara il contesto: luogo tranquillo, spazioso, accogliente, luminoso, riservato); ▪ realizza interventi mirati allo sviluppo della relazione terapeutica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ presta attenzione alla Persona (atteggiamento di apertura, contatto oculare,...); ▪ osserva: l'aspetto esteriore, il comportamento, le incongruenze, se stesso nella relazione,...); ▪ concentrandosi su: contenuto, tono della voce e modo di esprimersi; ▪ sospende il giudizio, ricorda ciò che l'altro dice, individua i temi ricorrenti,...); ▪ risponde: al contenuto, ai sentimenti, al significato. ▪ Effettua il colloquio con modalità esplorative (ascolto attivo, domande aperte, riformulazione ...) attraverso un processo sistematico e continuo, mantenendo la concentrazione sulla persona, al fine di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ le informazioni inerenti alle dimensioni biologica, culturale, ludica, relazionale/affettiva e scolastico/lavorativa; ▪ incoraggiare la narrazione degli eventi e l'esplicitazione della "rappresentazione" del problema così come è percepito dalla persona. 	<p>Linee guida e Standard <i>American Psychiatric Association (APA)</i>⁸.</p> <p>Codice Deontologico Infermieri⁹.</p> <p><i>La capacità di gestire l'incontro con l'altro in tutto il suo divenire [...] saper entrare in contatto con l'utente consente di comprenderne le richieste, i bisogni, il punto di vista. Non si tratta tanto di capire razionalmente, quanto di sentire; questo è il senso dell'espressione "essere in contatto": con l'interlocutore e con se stessi</i>¹⁰.</p> <p><i>La relazione terapeutica è centrale a tutta la pratica infermieristica, rappresenta l'elemento primario di un rapporto interpersonale centrato sull'obiettivo che è diretto al migliore interesse e risultato per il cliente</i>¹¹.</p> <p>La capacità dell'infermiere di valutare le situazioni e prendere decisioni influenza l'adeguatezza, la tempestività e la qualità delle risposte assistenziali erogate^{12 13}.</p>

N°	Obiettivo
2.a	<p>Accogliere e decodificare i bisogni di assistenza infermieristica transculturale. (Le azioni assistenziali declinate nel presente obiettivo sono trasversalmente applicabili ai cittadini a prescindere dall'appartenenza etnica).</p>
<p>Motivazioni - razionale a sostegno della priorità</p>	
<p>Il crescente fenomeno migratorio ha determinato un carattere multiculturale della società odierna. L'alterità culturale della PA¹⁴, portatrice di bisogni e aspettative assistenziali culturalmente definite, necessita di un approccio orientato a superare i deficit comunicativi¹⁵ che possono determinare il fallimento dell'alleanza terapeutica, compromettere l'efficacia della relazione di cura e minacciare il diritto inalienabile della scelta¹⁶.</p>	
<p>Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo</p>	<p>Evidenze a sostegno</p>
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sviluppa una coscienza culturale: conduce un'autoesame della propria cultura e storia professionale, esplora le proprie paure, dogmi, convinzioni. E' consapevole dei propri pregiudizi ed assunti sugli altri che possono interferire con la pratica clinica; ▪ riconosce il ruolo che i fattori socio-culturali rivestono nell'influenzare il modo di vivere e manifestare il disturbo mentale; ▪ ricerca il "significato" che le PA attribuiscono alla loro esperienza di malattia; ▪ esplora i bisogni specifici inerenti le sei aree di <i>assessment</i> globale dell'individuo straniero (tempo, spazio, ambiente, comunicazioni, variazioni biologiche, organizzazione sociale)¹⁷; ▪ conduce il colloquio con la finalità di far emergere credenze, valori, comportamenti culturalmente definiti e come le persone considerano il corpo, la malattia e la cura; ▪ fornisce cure culturalmente appropriate e competenti rendendole congruenti con le esigenze delle persone e tenendo conto delle differenze culturali circa il modo di concepire e vivere la crisi ed i trattamenti terapeutici suggeriti (comprensione/rifiuto/accettazione); ▪ programma la consulenza del mediatore culturale per promuovere la comprensione dei "significati" e la "costruzione" di legami. 	<p>Un'assistenza culturalmente competente influisce sulla qualità delle prestazioni erogate, numerosi modelli infermieristici sono utili, in tal senso, per orientare una presa in carico efficace del paziente straniero¹⁸.</p> <p>Il progressivo aumento del fenomeno migratorio fa sì che sia sempre più probabile e frequente l'incontro tra infermieri e persone provenienti da paesi, contesti, culture, etnie diverse, con tradizioni, credenze, religioni, modi di pensare, abitudini e linguaggio differenti¹⁹. E' necessaria, quindi, una assistenza infermieristica culturalmente competente: <i>Affinché gli esseri umani vivano e sopravvivano in modo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli, legati all'assistenza culturale, per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente</i>²⁰.</p> <p><i>Chi sta male, chi soffre, non è mai fuori luogo e non dovrebbe sentirsi così, almeno fino a quando la parola "umanità" riuscirà a conservare significato</i>¹⁷.</p> <p>Riferimento agli standard che definiscono le norme di buona pratica per un nursing culturalmente competente²¹.</p> <p>Codice Deontologico⁹.</p>

N°	Obiettivo
3	Identificare le priorità clinico-assistenziali e pianificare interventi tempestivi per la PA/famiglia nel rispetto dei livelli di autonomia, autodeterminazione e cultura di appartenenza in un'ottica olistica.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
La decodifica della domanda e l'attribuzione delle priorità assistenziali consentono di riconoscere tempestivamente la complessità assistenziale e l'intensità di cura come parte integrante della valutazione del rischio clinico (<i>drop out</i> , ricoveri, accessi impropri nei Dipartimenti Emergenza Accettazione - DEA) attraverso il coordinamento e l'integrazione con tutti i servizi specialistici, socio sanitari e la rete informale.	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accerta i bisogni del paziente al fine di individuare livelli di autonomia, consapevolezza di malattia, aspettative nei confronti del servizio avvalendosi di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ colloqui; ▪ scale di valutazione validate. ▪ Promuove il coinvolgimento attivo della PA e famiglia nel percorso di cura attraverso la stesura di un contratto terapeutico condiviso che preveda anche la dimissione; ▪ definisce il piano di cura secondo le linee di priorità (<i>assessment</i>) indicando tempi, strumenti (colloqui, visite domiciliari, attività risocializzanti, riabilitative, ...) ed indicatori di esito che rispettino i criteri di multidimensionalità, multi assialità e longitudinalità; ▪ documenta gli interventi identificati e pianificati; ▪ favorisce l'integrazione multiprofessionale, multidisciplinare ed il lavoro di equipe; ▪ promuove l'attivazione di risorse esterne formali e informali e la riduzione dello stigma; ▪ utilizza la supervisione come strumento di valutazione delle attività svolte dal case manager e dalle altre figure professionali coinvolte nel processo di cura. 	<p>L'accertamento è una sistematica raccolta di dati diretta a determinare lo stato funzionale e di salute, nonché a valutare i modelli di adattamento attuali e passati⁴.</p> <p>Il colloquio permette di avere informazioni sull'anamnesi emotiva e sociale, sullo stato mentale e su alterazioni comportamentali, per accertare il funzionamento psicologico e comprendere i sistemi di <i>coping</i> e i loro effetti¹³.</p> <p>L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza¹⁰.</p> <p>Lavoro in <i>équipe</i> implica che la cura venga effettuata da un gruppo "integrato" composto da persone che lavorano in modo armonico tra loro e che condizionano il proprio compito attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti e di pareri²².</p>

N°	Obiettivo
4	Garantire la sicurezza dei trattamenti.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
<p>La letteratura scientifica evidenzia come ogni trattamento farmacologico impatti sulla salute fisica, sulla qualità di vita della persona e sull'insorgenza di disabilità, con ripercussioni sui costi sanitari.</p> <p>L'aderenza alla terapia si gioca sull'assenza degli effetti avversi e sull'efficacia dei diversi trattamenti. La relazione presuppone un'alleanza basata sulla trasparenza, sulla possibilità di contrattare le cure e sulla capacità di mettere la PA nella condizione di operare una scelta consapevole rispetto a trattamenti e sistemi di cura complementari.</p>	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ garantisce, in collaborazione con il medico, che la prescrizione e la somministrazione dei farmaci sia basata sulla trasparenza (esplicitazione chiara di rischi e vantaggi, nei tempi e nei modi adeguati al contesto e alle caratteristiche della persona) e sulla possibilità di negoziare le cure; ▪ assicura il monitoraggio clinico e farmacologico attraverso la programmazione di colloqui, visite ambulatoriali e domiciliari; ▪ garantisce il monitoraggio dei controlli ematochimici e diagnostici secondo i protocolli; ▪ identifica le persone a rischio di sviluppare eventi avversi, o di non aderenza ai trattamenti; ▪ riconosce e segnala tempestivamente gli effetti avversi e le complicanze correlate al trattamento farmacologico; ▪ individua le azioni necessarie al monitoraggio e trattamento delle comorbidità (integrazione con MMG, richiesta di visite specialistiche, integrazione con altri Servizi, ...); ▪ attiva percorsi di educazione terapeutica rivolti PA/famiglia; ▪ promuove stili di vita sani in collaborazione con i MMG e le altre figure professionali; ▪ favorisce l'implementazione di percorsi di "riduzione del danno" che possano aiutare le persone a prendere le proprie decisioni in merito alla possibilità di ridurre/sospendere i farmaci in condizioni di sicurezza; ▪ individua e propone trattamenti integrati e sistemi di cura complementari. 	<p>Indagini sulle disabilità psichiatriche correlate all'uso degli psicofarmaci²³</p> <p>²⁴.</p> <p>Studi clinici su morbilità e mortalità correlate all'uso di farmaci psicoattivi ^{25 26 27}.</p> <p>Linee guida APA⁸.</p> <p>Studi che dimostrano una riduzione dell'aspettativa di vita e un aumento dell'indice di morbilità nelle PA trattate con psicofarmaci²⁸.</p> <p>Ministero della Salute - Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale 2012²⁹.</p> <p>Numerosi studi mettono in evidenza che le persone trattate (al primo episodio di crisi) senza farmaci o con dosaggi molto bassi di farmaci dimostrano risultati notevolmente migliori rispetto ai pazienti sottoposti ai trattamenti tradizionali^{22 24}.</p> <p>Importanza della negoziazione delle cure³⁰.</p>

N°	Obiettivo
5	Promuovere il mantenimento a domicilio.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
<p>I modelli di intervento basati sul supporto domiciliare sono orientati ad aiutare la PA/famiglia a svolgere un ruolo attivo nella pianificazione ed attuazione degli interventi <i>recovery oriented</i> che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ promuovono la “riacquisizione” di abilità, il mantenimento e/o il recupero dell’autonomia; ▪ migliorano la qualità di vita; ▪ sostengono e promuovono il mantenimento della rete affettiva e sociale; ▪ facilitano i processi di inclusione sociale, di recupero e mantenimento del diritto di cittadinanza; ▪ riducono la necessità di inserimento in strutture residenziali ed istituzionali; ▪ prevengono il ricorso al ricovero ospedaliero improprio; ▪ contribuiscono al contenimento dei costi sanitari. <p>Il supporto della persona, nel proprio ambiente di vita, promuove inoltre il riconoscimento precoce delle situazioni di crisi attraverso la capacità di individuare gli eventi scatenanti, il modo in cui si manifesta la crisi, le strategie di coping adottate dai pazienti.</p>	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L’infermiere, in autonomia e in collaborazione con altre figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attiva, valorizza, valida la rete formale e informale; ▪ individua il caregiver, in accordo con la PA; ▪ garantisce un supporto alla famiglia e al <i>caregiver</i>; ▪ sostiene le capacità relazionali/sociali della PA contrastando la tendenza alla chiusura e all’isolamento; ▪ individua le aree di disabilità attraverso l’utilizzo di scale validate; ▪ valuta il contesto (struttura), le condizioni abitative (utenze e arredi) e le condizioni economiche; ▪ sostiene la PA nel reperimento delle risorse necessarie al mantenimento di vitto e alloggio; ▪ mantiene l’integrazione con Servizi Sociali, privato sociale e associazioni di volontariato; ▪ supporta la PA nelle attività di vita quotidiana; ▪ tutela la salute fisica (assicura il rapporto con MMG e/o specialisti accompagnando l’utente per visite mediche, curando la relativa documentazione e monitorando le eventuali prescrizioni, ...); ▪ valuta il contesto residenziale della PA (vicinato, colleghi di lavoro, compagni di scuola,...) al fine di ridurre eventuali situazioni di stigma; (insieme al punto 6); ▪ sostiene nei momenti critici, durante i ricoveri, nella fase di inserimento in strutture residenziali (quando la permanenza a casa non risulta più possibile); ▪ assicura la continuità delle cure ed il coordinamento delle attività connesse al progetto terapeutico del paziente. 	<p>Il domicilio come luogo elettivo della presa in carico implica la necessità di rivedere i processi organizzativi al fine di ancorare i percorsi di cura al territorio di riferimento. <i>La casa, intesa come conquista concreta dell’abitare, è intesa come attivazione di desideri e abilità³ e progetti.</i></p> <p>Il domicilio è il setting privilegiato della conoscenza della persona, della sua biografia, del suo contesto: la casa è il <i>luogo impregnato della storia e della cultura delle persone e delle famiglie. Ci sono case abitate e case emotivamente deserte [...]ci sono case dove il paziente abita con la famiglia, case dove gli altri abitano ed il paziente è ospite, case in cui tutti abitano ma ciascuno lo fa per conto proprio³¹.</i></p> <p>Adesione alle indicazioni ministeriali ed internazionali che promuovono l’adozione di una metodologia fondata sul lavoro per progetti, la valutazione dei bisogni delle persone, approcci multidimensionali e percorsi di cura</p>

- Favorisce l'inclusione sociale attraverso:
 - la mappatura delle agenzie presenti sul territorio e l'utilizzo delle risorse territoriali (biblioteca, palestra, piscina,...);
 - gli inserimenti formativi e lavorativi;
 - la gestione concordata del tempo libero.

basati su buone pratiche^{29 32 33 34}.

N°	Obiettivo
6	Promuovere un appropriato utilizzo dei servizi di emergenza.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
Il supporto individualizzato nella gestione dei problemi di salute, delle relazioni con la famiglia, la rete sociale e la gestione della quotidianità, permettono l'individuazione e la soluzione tempestiva dei problemi emergenti. L'utilizzo appropriato del DEA permette una riduzione del rischio di cronicizzazione, dell'atteggiamento passivo/delegante e dello stigma correlato.	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ adotta i protocolli aziendali; ▪ organizza e realizza interventi di prevenzione secondaria e terziaria e di sensibilizzazione alle problematiche inerenti la salute mentale; ▪ individua e adotta il modello di assistenza più adatto alle persone assistite e suoi famigliari (vedi racc.1); ▪ utilizza la visita domiciliare come strumento privilegiato di intervento; per rilevare i bisogni della persona e la sua famiglia; monitorare il benessere e la qualità di vita; rispondere ai bisogni specifici del progetto di assistenza e riabilitazione; ▪ fornisce supporto al <i>caregiver</i> e alla famiglia soprattutto ai primi segnali di crisi; ▪ garantisce percorsi di educazione terapeutica alla famiglia e al <i>caregiver</i> volti a riconoscere, segnalare e gestire i primi segnali di crisi e le strategie più opportune da attivare nell'ambito domiciliare. 	<p>Il <i>Mental Health Action Plan</i> si fonda su un approccio globale e multisettoriale; sottolinea l'importanza di aspetti quali la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, la cura e la <i>recovery</i>³².</p> <p>I documenti di programmazione regionale prevedono percorsi specifici che promuovono la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e il (MMG)³⁵.</p> <p>I servizi devono creare le condizioni e le opportunità affinché le persone possano scegliere i percorsi di cura più appropriati alle loro esigenze³⁶.</p> <p>La visita domiciliare, programmata o in urgenza, rappresenta uno strumento privilegiato di intervento perché consente di osservare il contesto di vita della PA, le risorse presenti e i reali bisogni della PA e del suo nucleo familiare, osservare le dinamiche relazionali, fornire supporto alle attività quotidiane, monitorare il benessere e la qualità di vita; rispondere ai bisogni specifici del progetto di assistenza e riabilitazione. La famiglia, quando riconosciuta come risorsa nel progetto di cura, funziona come fattore terapeutico e promuove miglioramenti sul piano clinico, sul piano sociale, nella qualità di vita del paziente²²</p> <p>^{37 38} ^{39 40}.</p>

N°	Obiettivo
7	Ridurre il numero dei ricoveri in SPDC e nella Case di cura e la durata della degenza.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
L'utilizzo del ricovero in SPDC e nelle Case di Cura neuropsichiatriche deve essere finalizzato esclusivamente alla gestione di situazioni di scompenso non gestibile a domicilio e dai servizi territoriali.	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ favorisce l'attivazione di percorsi di cura integrati (PIC) al fine di promuovere la collaborazione e il coordinamento tra strutture territoriali e ospedaliere per garantire la continuità assistenziale; ▪ collabora con le altre figure professionali nella verifica dell'appropriatezza della degenza; ▪ collabora con l'equipe dell'SPDC nell'individuazione dei tempi e delle modalità per la tempestiva presa in carico della PA ancora non conosciuta; ▪ prosegue la relazione di supporto durante il ricovero per le persone già in carico al Centri di Salute Mentale (CSM). ▪ pianifica con i colleghi dell'SPDC la dimissione e il rientro a domicilio; ▪ educa, addestra e supporta la famiglia a riaccogliere la PA nel proprio domicilio. 	<p>Il ricovero psichiatrico ospedaliero può essere inteso in chiave di "trattamento intensivo continuo" anziché di trattamento "breve" o peggio "rapido". E' il dispositivo idoneo al trattamento della acuzie clinica⁴¹.</p> <p>Durante la degenza, il lavoro clinico/assistenziale è orientato in base ad un programma di ricovero concordato con il CSM che rimane il servizio titolare e garante del progetto terapeutico. La dimissione dovrebbe rappresentare il momento di maggior coordinamento tra SPDC e CSM anche in funzione di fornire il maggior sostegno possibile alla persona dimessa nel suo ambiente di vita⁴⁰.</p>

N°	Obiettivo
8	Ridurre gli inserimenti nelle strutture residenziali come luoghi alternativi al domicilio.
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità	
Promuovere l'evoluzione della funzione delle strutture residenziali da "contenitori assistenziali" a "residenzialità funzionale" permette di privilegiare l'empowerment della PA verso la maggiore autonomia e la migliore qualità di vita possibile, riduce la cronicizzazione e lo stigma.	
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo	Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ redige in collaborazione con l'equipe curante il Piano di Trattamento Individuale (PTI) con cui sono individuati il bisogno di intervento riabilitativo intensivo e/o la necessità di risiedere temporaneamente o permanentemente in un luogo alternativo al domicilio della PA; ▪ propone, in concerto con l'equipe curante, alla PA e alla sua famiglia l'opportunità di inserimento in struttura residenziale presentando varie opportunità e le finalità dell'intervento; ▪ elabora con l'equipe curante e l'equipe della struttura residenziale il progetto terapeutico riabilitativo e personalizzato (PTRP) promuovendo il coinvolgimento della PA e della famiglia ponendo particolare attenzione agli obiettivi, tempi e modalità di dimissioni; ▪ monitora l'evoluzione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) e garantisce il proseguimento della relazione di cura con PA e famiglia (funzione di case manager) attraverso incontri periodici pianificati e disponibilità in caso di comparsa di problemi/crisi; ▪ pianifica, in collaborazione con l'equipe del CSM e della struttura residenziale, coinvolgendo la PA e la famiglia, la dimissione promuovendo prioritariamente il reinserimento nel proprio domicilio e comunità di appartenenza. ▪ Nel progetto di dimissione e reinserimento sociale coinvolge anche le reti formali e informali e l'associazionismo. 	<p>Le strutture residenziali sono individuate secondo l'intensità riabilitativa e assistenziale sulla base di criteri di accreditamento definiti a livello nazionale⁴².</p> <p>L'infermiere e l'equipe individua la risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: intensità riabilitativa e intensità assistenziale²⁹.</p> <p>Il percorso clinico-assistenziale nella struttura residenziale è declinato nel PTRP, definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale (PTI), in accordo con il servizio inviante. Forte è l'indicazione nei documenti di programmazione regionale di un coinvolgimento della rete sociale, della collaborazione con gli altri soggetti istituzionali (Enti locali, Scuola), con le associazioni e il privato sociale anche nella programmazione delle attività dei Dipartimenti.</p> <p>Un ruolo specifico è riconosciuto alle associazioni rispetto a progetti specifici di lotta allo stigma. Un approccio multisettoriale è necessario laddove i servizi sostengono le persone nelle diverse fasi della vita e, se necessario, facilitano il loro accesso a diritti fondamentali, quali l'impiego lavorativo (inclusi programmi di reinserimento), le opportunità abitative e formative, la partecipazione ad attività nella comunità ed a programmi e attività dotate di "significato"³².</p>

N°	Obiettivo	
9	Favorire il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia/caregiver nelle decisioni che riguardano il percorso di cura garantendo un supporto alle famiglie in difficoltà.	
Motivazioni - razionale a sostegno della priorità		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migliora l'adesione al progetto di cura; ▪ riduce i fenomeni di <i>drop -out</i>; ▪ diminuisce il carico emotivo, lo stress familiare e il carico assistenziale dei <i>caregiver</i>; ▪ previene le ricadute facilitando l'identificazione precoce della crisi; ▪ determina una riduzione dei ricoveri e della degenza media razionalizzando i costi; ▪ riduce l'espulsione del paziente dal suo contesto di vita e la conseguente istituzionalizzazione; ▪ favorisce la partecipazione di un numero maggiore di componenti di ogni singolo nucleo familiare. 		
Azioni necessarie per perseguire l'obiettivo		Evidenze a sostegno
<p>L'infermiere, in autonomia o in collaborazione con altre figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individua il/i <i>caregiver/s</i> e raccoglie il consenso del paziente; ▪ informa il paziente e la famiglia in modo preciso e professionale, sulla rete e sulle funzioni del Servizio. ▪ Adotta uno stile comunicativo efficace adeguandolo al paziente e alla famiglia/<i>caregiver</i>. ▪ Incoraggia la partecipazione a gruppi di familiari di pazienti; ▪ Identifica e raccoglie i bisogni espressi e inespressi del paziente e della sua famiglia/<i>caregiver</i>; ▪ Comunica con il paziente e la sua famiglia/<i>caregiver</i>, utilizzando modalità comunicative interpersonali verbali e non verbali nel rispetto della persona, dei suoi valori e delle diversità culturali ▪ Aiuta il paziente/famiglia/<i>caregiver</i> ad individuare strategie di <i> coping</i> e <i>problem solving</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire con esattezza il problema/obiettivo ▪ Esprimere le possibili soluzioni ▪ Valutare le alternative ▪ Scegliere la soluzione ottimale ▪ Fare un piano per attuarla ▪ Verificare i progressi compiuti ▪ Gestisce il processo infermieristico in cooperazione con la persona assistita, la famiglia, la rete dei servizi di riferimento, il contesto lavorativo e l'ambiente di cura ▪ Sostiene la famiglia/ persona assistita nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi educativi ▪ Incoraggia i familiari nell'individuare strategie di mantenimento dei propri interessi e spazi personali 		<p>Gli studi sugli interventi di "psicoeducazione familiare" hanno messo in evidenza la loro efficacia: - nella riduzione dello stress familiare, considerato un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi psicotici, depressivi e maniacali; - nella diminuzione/prevenzione delle ricadute e dei ricoveri dei pazienti^{43 44 45}.</p> <p>La famiglia, quando riconosciuta come risorsa nel progetto di cura, funziona come fattore terapeutico promuovendo un miglioramento sul piano clinico, sul piano sociale, nella qualità di vita del paziente^{22 38 39}. Lo sviluppo, da parte del paziente/famiglia, delle capacità di <i> coping</i>, di comunicazione e di <i>problem solving</i> aiuta a superare il processo di auto-stigma che blocca l'accesso ai servizi e alle opportunità di cura, ostacola la guarigione e rappresenta uno dei peggiori limiti alle opportunità di recupero^{46 47}.</p> <p>L'acquisizione di conoscenze e competenze circa la malattia e la sua gestione diventano fattori protettivi per il rischio di ricaduta ed influiscono indirettamente anche sul rischio di futuri ricoveri: il lavoro sulle famiglie non sembra determinare una riduzione delle ospedalizzazioni ma una diminuzione statisticamente significativa delle giornate di degenza⁴⁸.</p> <p>Secondo l'Organizzazione Mondiale</p>

- Analizza e discute i progressi effettuati e i problemi che si sono manifestati.
- Propone (qualora si rivelasse necessario) in concerto con l'equipe curante, alla PA e la sua famiglia l'inserimento in struttura residenziale presentando varie opportunità e le finalità dell'intervento.

della Sanità l'educazione terapeutica è un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a capire la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione di tutto il percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute per mantenere e migliorare la propria qualità di vita. *Consiste in un programma di formazione, al termine del quale il paziente/famiglia diviene capace di esercitare autonomamente delle competenze terapeutiche che, in un altro contesto, sarebbero di responsabilità del curante*⁴⁹.

Riferimenti Bibliografici

- 1 Manara D. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Lauri Editore; 2000
- 2 Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere - L'apprendimento basato sull'esperienza. Milano: MacGrawHill; 2003
- 3 Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione Psichiatrica*. 1^a Ristampa. Milano: Etaslibri-RCS Medicina; 1996
- 4 Carckuff R. *L'arte di aiutare*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson; 1993
- 5 Collière MF. Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne alla assistenza infermieristica. Milano: Sorbona; 1992
- 6 Watson J. Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring. Milano: Editrice Ambrosiana; 2013
- 7 Peplau H. *Il nursing delle relazioni interpersonali*. Padova: Edizioni Summa; 1992
- 8 American Psychiatric Association (APA) practice guidelines provide evidence-based recommendations for the assessment and treatment of psychiatric disorders, 2002
- 9 Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. *Codice deontologico dell'Infermiere*; 2009
- 10 Blandino G. Le capacità relazionali. Prospettive psicodinamiche, Utet, Torino; 1996
- 11 Nursing Best Practice Guideline. Establishing therapeutic relationships. RNAO; 2002
- 12 Raucci V, Spaccapeli G. Triage Psichiatrico Territoriale (TPT) e gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria. Atti del convegno: INFORM; 2014
- 13 Barelli P, Spagnolli E. *Nursing di salute mentale*. Carocci Faber Editore; 2004
- 14 Manara D. *Infermieristica Interculturale*. Roma: Carocci Editore; 2004
- 15 Colasanti R, Geraci S. "I livelli di incomprensione medico-paziente migrante". Roma: Ed. Anterem, Caritas di Roma; 2000. Cap. *Approcci transculturali per la promozione della salute*. p. 213-220
- 16 Quaranta I, Ricca M. *Malati fuori luogo: medicina interculturale*. Raffaello Cortina Editore; 2012
- 17 Davidhizar R, Giger JN, Hannenpluf LW *Transcultural Assessment (GDTAM)*; 1988
- 18 Bressan V, Stevanin S. *La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano*. L'Infermiere N°2 – 2014
- 19 Tartaglini D. *Il ruolo dei mutamenti culturali nelle organizzazioni sanitarie*. International Nursing Perspectives; 2005
- 20 Leininger M, Farland MR. *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*. Cea Editore; 2004
- 21 Douglas M K e Pierce J H et al. *Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update*. J Transcult Nurs, 2011, 22(4), 317-333.

- 22 Seikkula, J.I *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche* Giovanni Fioriti Editore; 2014
- 23 Whitaker R. Indagine su un epidemia. *Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*. Roma: Giovanni Fioriti Editore;2013
- 24 Whitaker R. *Argomenti a sfavore dei farmaci antipsicotici: più danni che benefici in 50 anni d'impiego*. Medical Hypotheses (2004) 62, 5-13 - traduzione a cura di Paola Marangon, diffusione a cura dell'Osservatorio Italiano Salute Mentale (www.oism.info)
- 25 Muench J, Hamer AM. *Adverse effects of antipsychotic medications*. Am Fam Physician. 2010 Mar 1;81(5):617-22. Review
- 26 Roman M, Farmer SY.. *Antipsychotic medications and cardiac conduction risks*. Issues Ment Health Nurs. 2010 Jan;31(1):68-70. 2004;164:1293-1297.
- 27 Straus SM et al. *Antipsychotics and the Risk of Sudden Cardiac Death*. Arch Intern Med. 2004;164:1293-1297
- 28 Gotzsche PC. *Medicine letali e crimine organizzato. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il Sistema Sanitario*. Fioriti Editore; 2015
- 29 Ministero della Salute - *Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale*, 2012
- 30 Hutton P, Morrison AP, Shiers D, Turkington D. *Antipsicotici: è giunto il momento di introdurre la scelta del paziente?* The British Journal of Psychiatry (<http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83>) - traduzione di Angelo Arecco
- 31 Ferro AM, Peloso P F, Moretti M. *L'intervento domiciliare: uno strumento prezioso della psichiatria di comunità*, in *Psichiatria di Comunità*, 2002, n.° 1-2:47-56.
- 32 WHO European Ministerial Conference on Mental Health. *Mental Health Action Plan for Europe*. Helsinki, 2005
- 33 WHO. *European Pact for Mental Health and Wellbeing*. Bruxelles, 2008
- 34 Conferenza Stato - Regioni per la Salute Mentale del 24 gennaio 2013
- 35 Gruppo di lavoro SIP Conferenza Nazionale delle Sezioni Regionali SIP – I Seminario *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale* Legnaro, 10-11 settembre 2010 QUIP 2012;XXXI(3) Suppl:1-2
- 36 Carta (Bozza) per i Servizi Orientati alla Recovery/Guarigione *La dimensione sociale e politica della recovery: per intraprendere i vari e diversi viaggi nelle possibilità di guarigione* www.forumsalutementale 2011
- 37 V. Raucci,G. Spaccapeli. *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*. Maggioli, 2013
- 38 Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K.. *The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland:I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states*. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches.2011
- 39 Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.. *The comprehensive open-dialogue approach: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project*. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches. 2011

- 40 M.D'Innocenzo, D.Massai, G.Rocco, L,Sasso. *Linee guida per il master I livello. Infermieristica n salute mentale-psichiatria* 2011
- 41 V.Feroli. *Il ricovero psichiatrico ospedaliero*. Ed G.Fiorito,2014
- 42 Gruppo di lavoro residenzialita' psichiatrica, *Documento strutture residenziali psichiatriche* approvato dal GISM il 25 marzo 2013, (AGENAS-GISM)
- 43 Falloon I, *Handbook of behavioural family therapy* edited; London (etc.): Hutchinson, 1988
- 44 Massai V, Perone R, Rispoli A, Barbacci A, Umbriano G, *Gruppi con familiari di pazienti con sindromi psicotiche*, SALUTE E TERRITORIO , Anno XXXIV Luglio-Settembre 2013, I servizi di salute mentale N. 198: 152-155
- 45 Falloon I, *Intervento psicoeducativo integrato in Psichiatria*, Edizione Erickson, 1993
- 46 Dixon L et al. *Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2001, 52 (7), 903-10
- 47 Bromley J. S, Cunnigham S. *You don't bring me flowers any more: an investigation into the experience of stigma by psychiatric in - patients*. Psychiatric Bulletin, 28(10), 2004, 371-374
- 48 Tong CW, Morrisseng J, D. Thompson. *Effectiveness of a mutual support groups for families of patients with schizophrenia*. Journal of advance nursing, pp. 595- 608 , 2005
- 49 Gagnayre R., D'Ivernois J.F.. *Educare il paziente un approccio pedagogico*. McGraw-Hill. III^ edizione 2009, 2-23