



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica
-SEDE DI LECCE-

A.A. 2020-2021

INFERMIERISTICA NELLA DISABILITÀ
III° anno, I° semestre

Docente
Dott. Roberto Lupo



Il valore sociale della disabilità

«ruolo del professionista della salute»



Costruire un ambiente sia strutturale che relazionale in grado di favorire l'espressione delle singole potenzialità, anche se residue.

Operatori e famiglie hanno bisogno di essere valorizzati non come numeri ma come Soggetti portatori di idee e di storia...

Il valore sociale della disabilità

«*ruolo del professionista della salute*»

Occorre favorire il riconoscimento della soggettività degli operatori e dei familiari a fianco della soggettività delle persone con disabilità come garanzia dei processi che portano al riconoscimento delle persone con grave disabilità come adulte.

E' provare a concretizzare la dimensione antropologica "della" cura e "nella" cura (Mario Mozzanica) (*Prendersi Cura, Monti, 1998*): vera umanizzazione della cura e della riabilitazione.

LA PERSONA AL CENTRO DELLE CURE



Qualsiasi intervento riabilitativo, terapeutico, socioeducativo deve mettere al centro la persona umana ed evitare di ledere la dignità

L'operatore deve formarsi non solo sul piano tecnico, ma deve fare un grande lavoro su stesso..un lavoro che interroga la propria storia, le proprie emozioni e la propria sofferenza (Goussot, 2009)

Il valore sociale della disabilità

la persona disabile come risorsa per la vita di tutti noi

Le persone che vivono una condizione di disabilità sono espressione di bisogni complessi, per cui necessitano di un processo di valutazione globale e costante dei diritti della persona e della sua famiglia. Esse devono essere coinvolte come protagoniste, con l'obiettivo dell'inclusione, attraverso la rimozione delle discriminazioni e la promozione di pari opportunità.

«Anche le persone con disabilità possono contribuire a rendere civile la vita di tutti, e nel momento in cui si pongono in relazione con l'esterno in questa logica, si aprono da un lato spazi relazionali ed esperienziali decisivi per la loro qualità della vita e per la loro inclusione, incrementando dall'altro lato il capitale sociale dei territori»



Ma di quale cura hanno bisogno le persone con disabilità e le loro famiglie?

La cura di Chi ascolta, accompagna, provvede, e di quella, meno ordinaria ma importante, di chi sostiene quando le condizioni del corpo e della mente non permettono autonomia.

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE 2019

-Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo

"IL TEMPO DI RELAZIONE È TEMPO DI CURA"



LA CURA

La cura ha bisogno di intelligenza, curiosità, pazienza, generosità, tolleranza, capacità tecnica, accuratezza, tenerezza, ottimismo; deve rispettare la resilienza e chi la esercita deve stimare chi viene curato

LA CURA E L'INTELLIGENZA ...

L'intelligenza è fondamentale per cogliere i bisogni dell'altro spesso nascosti; diventa importante per cogliere il senso dei segni, capaci di modificare la qualità di vita e il processo di cura

IL PENSIERO CHE OFFRE GRATUITAMENTE UNA CURA

L'intelligenza permette di capire il corpo di chi è curato, che cambia per età, cultura, sensibilità, storia degli eventi vissuti; è una comprensione indispensabile, perché sempre il corpo è l'immagine di realtà profonde.

CURA - INTELLIGENZA-CUORISITA' -PAZIENZA

La curiosità è dote che arricchisce l'intelligenza perché permette di entrare, con rispetto e prudenza, dove si ritiene possa annidarsi il bisogno di cura, più o meno nascosto.

“Saper cogliere i loro bisogni, anche quelli più impercettibili”. Ciò richiede la rinuncia ad atteggiamenti preconcepiuti; infatti quello che a noi può sembrare insignificante, per l'altro può avere un ruolo vitale importante»

CURA - INTELLIGENZA-CUORISITA' -PAZIENZA

La pazienza è la virtù che induce ad accompagnare, con costanza e senza fretta, chi soffre. La cura è prima di tutto ascolto paziente, sia perché l'altro non è sempre in grado di esprimere chiaramente la richiesta di aiuto, sia perché la relazione si costruisce lentamente, attraverso tempi che richiedono spazio nella mente e nel cuore.



CURA - INTELLIGENZA-CUORISITA' -PAZIENZA

NON ESISTE CURA SENZA GENEROSITÀ



CURA - INTELLIGENZA-CUORISITA' -PAZIENZA

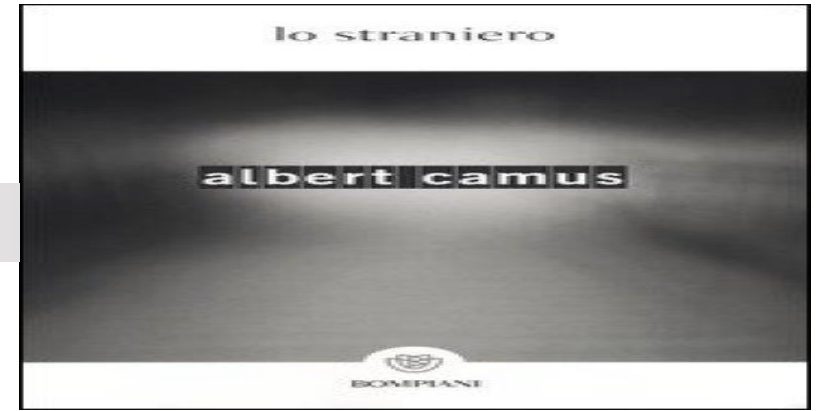
La cura si affianca e non sostituisce, valorizza la capacità di resilienza, non cancella la possibilità di trasformare le crisi in opportunità





LA CURA UNISCE

La cura non è mai banale, sia essa vicinanza umana o intervento tecnicamente qualificato. Non deve soffermarsi su aspetti futili, anche se talvolta la persona tende a portare al centro dell'interesse argomenti secondari per l'incapacità di esprimere i problemi reali o per mascherare le ragioni centrali che inducono sofferenza.



“un mondo senza amore è un mondo morto, e giunge sempre un’ora in cui ci si stanca delle prigioni, del lavoro, del coraggio, per reclamare invece il volto di un essere umano, e il cuore meraviglioso della tenerezza”

La cura non è banale se l'attore conserva la coscienza dell'importanza del suo atto sul piano concreto e su quello psicologico, cercando, allo stesso tempo, di trasmettere a chi è curato il messaggio che conferma l'importanza della relazione.



La cura nella sua essenza è etica, poiché è informata dalla ricerca di ciò che è bene, ossia di ciò che rende possibile dare forma a una vita buona.





La cura è rispetto

Il rispetto si esprime nei gesti e nelle parole, si manifesta nell'avvicinare cioè andare verso l'altro con delicatezza. *Avere considerazione per i pensieri altrui, per il suo vissuto, non giudicare prima di aver dato spazio al suo essere, significa fare posto all'altro.*



Chi ha necessità di cura si affida a chi ha cura

Il difficile ruolo di chi cura è tenere la giusta relazione, nella giusta misura tra il rispondere attivamente alla bisognosità dell'altro e l'agire senza diminuire la sua posizione di soggetto, la sua autonomia, la sua possibilità di fare da sé.



Chi è capace di esercitare una buona cura, sa avvertire quando il rispetto dello spazio dell'altro è messo a rischio, perché sa cogliere i segnali di resistenza

Occorre non cadere nella trappola del pregiudizio di considerare la persona disabile come una persona «diversamente abile» dove per diversamente non sta a indicare un superamento avuto nel corso della storia del termine discriminatorio «Handicap»

**MA PERSONA CAPACE DI DARE E TRASMETTERE QUALCOSA
ALLA SOCIETA' E AGLI ALTRI**

I soggetti affetti da disturbo mentale sperimentano quotidianamente una riduzione della qualità di vita e l'incapacità di realizzare i propri obiettivi personali, non sono solo a causa della sintomatologia e della disabilità caratteristici del disturbo, ma anche e soprattutto a causa del processo di stigmatizzazione di cui sono vittime.



Lo stigma è un marchio indelebile che identifica e personalizza negativamente il soggetto che soffre di disturbi mentali; in altre parole, **rappresenta un segno distintivo di disapprovazione sociale difficile da sradicare, motivo per cui la malattia mentale è ancora un tabù nella società odierna.** Esso, infine, è un importante fattore che ostacola l'accesso alle cure e il percorso di recovery della persona. Ad oggi rimane una tematica poco trattata in letteratura.

Per un malato mentale subire lo stigma significa vivere ogni giorno nell'esclusione, nel rifiuto, nella vergogna e nella solitudine. Lo stigma per la malattia mentale, è un marchio sociale indelebile che personalizza il malato psichico e si proietta anche sul gruppo socio-famigliare di appartenenza. Esso è ancora oggi presente ed è uno dei principali ostacoli ai programmi di terapia e di assistenza dei pazienti psichiatrici.

Lo stigma rappresenta una vera e propria "seconda malattia" a causa del suo significativo impatto. (Finzen, 1996).

L'innescò dei meccanismi che caratterizzano e alimentano costantemente il processo di stigmatizzazione, spesso, ha come effetto piú severo la MANCATA RICHIESTA DI CONSULENZA DA PARTE DELLA PERSONA AFFETTA DA DISTURBI MENTALI. Studi empirici hanno dimostrato che lo stigma percepito è correlato a un atteggiamento maggiormente negativo nei confronti della ricerca di aiuto



La relazione ci identifica e identifica gli altri, colloca nel tempo e nello spazio, ci consente di riconoscere i contesti e la nostra posizione nel mondo, attribuisce un senso agli eventi, alle esperienze e alla vita.



L'APPROCCIO RELAZIONALE AL PAZIENTE PSICHIATRICO

Entrando in **relazione** con un paziente, figure professionali come l'infermiere e l'educatore **percepiscono sentimenti, emozioni, sensazioni corporee diverse e specifiche a seconda dell'utente e anche a seconda del proprio stato emotivo. Il passato si ripete nel presente.** Il paziente, senza esserne consapevole, rimette in atto la tipologia di relazione a lui nota e così dal comportamento e dallo stile di interazione si possono ipotizzare le relazioni patologiche del passato: questo si chiama **fenomeno del transfert** e lo mutuiamo dal pensiero psicanalitico laddove è inteso come elemento fondante il **processo di cura**

Il fenomeno del "transfert" riguarda quel sentimento e quelle pulsioni che, a volte, si possono sviluppare nel paziente nei confronti del suo analista, durante un percorso di psicoanalisi.

Inconsciamente, il paziente trasferisce i sentimenti che ha provato in un'altra relazione, ad esempio con i genitori, verso il suo analista. Queste emozioni sembrano reali, tanto da convincersi, ad esempio, di essere realmente innamorati dell'altra persona. Tuttavia, queste sensazioni non sono altro che sentimenti che riemergono proprio grazie alla psicoanalisi ma che sono solitamente legate a conflitti provenienti dall'infanzia.

PROIEZIONE DEI SENTIMENTI

Nei pazienti che soffrono psichicamente e fisicamente, questo fenomeno di ripetizione sarà molto più marcato e visibile ogniqualvolta essi instaureranno una **relazione** significativa. Un altro elemento centrale nel lavoro di infermieri ed educatori è quello della dimensione dell'osservazione e dell'ascolto. **Le emozioni e le impressioni** derivate dal contatto con il paziente andranno condivise e confrontate con quelle degli altri membri dell'équipe. Avendo a che fare sia con pazienti ospedalizzati sia ambulatoriali il carico di angoscia e spesso le sensazioni di **impotenza** che l'operatore può sperimentare sono di notevole intensità e non gestibili in una dimensione individuale. Nel caso in cui l'operatore sia in grado di mettersi in una posizione di **ascolto e di osservazione** non giudicante, paziente e rispettosa, avrà la possibilità di dare voce a quello che davvero il paziente in quel momento sente di esprimere; questo atteggiamento contribuisce a far sentire al paziente che vi è disponibilità a far circolare affetti e ad accoglierlo secondo i suoi bisogni e le sue necessità.

La posizione dell'ascolto sottende una **curiosità costruttiva** verso quello che pensa e percepisce il paziente; **l'utente deve poter sentire che noi siamo lì ad ascoltare proprio lui, le sue parole e i suoi comportamenti anche se bizzarri, spesso inadeguati, molte volte inquietanti.** Non è sicuramente immediato e facile porsi in un tale atteggiamento di fronte alla sofferenza; **l'urgenza di dover fare qualcosa spesso ce lo impedisce.** In sostanza, questo atteggiamento comporta la capacità di gestire la nostra curiosità e il nostro desiderio di sapere per lasciare emergere, proprio dalla spontaneità del paziente, ciò che in quel momento egli sente di comunicarci. Quindi le sue parole e richieste ripetitive si possono intendere come espressione delle emozioni e dei bisogni che in quel momento egli sta provando.

L'operatore cercherà non tanto di attenersi al circuito di botta e risposta, ma tenterà, se possibile, di nominare, di rendere in parole ciò che avviene ad altri livelli di comunicazione. **Nominare vuol dire rendere esistente qualcosa:** questi pazienti si trovano a dover vivere una situazione in parte spersonalizzante come è quella della comunità o quella del ricovero: la sensazione di dover dipendere interamente da un altro che possiede la loro vita mentale e/o fisica non è facile da accettare e quindi le loro richieste sono spesso la modalità esistenti e devono perciò essere ripetute in modo coatto.

IL TEMPO DI CURA

Dare quindi un nome alle cose: dire, ad esempio, ad un paziente "mi sembra stanco... arrabbiato...", comprendo che possa essere brutto dipendere dagli altri" permette di aiutarlo a trovare un nome e una modalità di esprimere quello che prova.



Nominare vuol dire ripetere, riformulare per dare esistenza e dignità personale a quello che il soggetto dice sotto forma di richiesta.

Lavorare a contatto con angosce catastrofiche, con la persistente sofferenza fisica e/o psichica dei pazienti costituisce spesso un'esperienza perturbante ed è per questo necessario che l'operatore sia in grado di riflettere e monitorare le sensazioni e le emozioni suscitate dalla relazione con loro: questa può evocare qualcosa di doloroso e vulnerabile che facilmente ciascuno di noi ha provato in qualche momento particolarmente difficile della sua vita. Quindi nasce **la necessità di una formazione psicologica rivolta all'operatore** in modo tale che diventi progressivamente esperto e abile nel riconoscere le emozioni.

Il rischio è quello di incorrere in quello stato psico-fisico che comunemente è definito come ***burn-out***. Con questo termine si indica la risposta dell'operatore, in termini di valutazione e di emozione, a una situazione relazionale sentita da lui come intollerabile, in quanto viene percepita **una distanza incolmabile tra le richieste rivolte dagli utenti-pazienti e le proprie risorse emotive e fisiche**. Ne può derivare **un senso di impotenza** acquisita dovuta alla convinzione di non poter fare più nulla per gli altri e anche un esaurimento di energie.

Nella relazione con un paziente con disagio psichico si possono identificare tre assi:

- organico (il corpo)
- cognitivo (la mente ...)
- relazionale (il rapporto con il mondo ...)

Per relazione di aiuto intendiamo un rapporto asimmetrico tra un soggetto che per maturità, salute, conoscenza è in condizioni di offrire e gestire un aiuto e mette questa sua competenza al servizio di un altro, portatore di bisogni per immaturità, deficit, malattia, ignoranza. Nel momento in cui il paziente si rivolge all'operatore sanitario per chiedere aiuto, il professionista si trova in una vera e propria posizione di counselling e deve avere la capacità di capire la natura delle difficoltà. Il rapporto operatore sanitario/paziente rientra nell'ambito delle relazioni professionali che usano come strumento privilegiato il sé.

Nella relazione d'aiuto il rapporto è centrato sui problemi di salute del paziente e caratterizzato dall'impegno dell'operatore di aiutare l'utente, teso ad operare cambiamenti ritenuti necessari, implica uno scambio interpersonale reciproco e attuato attraverso la comunicazione

Per creare un buon clima per una relazione d'aiuto è necessario:

- Sospensione del giudizio.
- Rispetto.
- Assenza di manipolazione.
- Valore alla unicità e alle potenzialità personali
- Riconoscimento dei nuclei creativi e positivi.
- Reciprocità.
- Curiosità dell'operatore.
- Autenticità dell'operatore.
- Centralità della relazione.

Capacità relazionale è dunque la capacità di gestire la complessità interpersonale. Uno dei maggiori problemi per il personale che ha rapporti con persone sofferenti è la «distanza emotiva » da mantenere con il paziente.

Fino a che punto è utile, ai fini assistenziali, per l'infermiere e per il paziente, che ci sia un coinvolgimento ed una partecipazione emotiva ai problemi del malato?

Quando un individuo ritiene di aver bisogno di aiuto per una malattia, richiede una prestazione sanitaria: per questo si reca al Pronto Soccorso o ad un servizio sanitario, in rapporto all'urgenza e alla natura del problema. La relazione sarà diversa se la persona si rivolge ad un medico, ad un infermiere o ad un'assistente sociale, ma **il rapporto resterà comunque tra una persona sofferente bisognosa di aiuto e un'altra che per capacità tecniche e personali è tenuta a prestare il soccorso, sia questo la medicazione di una ferita cutanea o la sedazione per uno stato d'ansia.**

In un primo momento è indispensabile una fase di avvicinamento e di identificazione con il paziente: mentre questo riferisce il proprio problema o manifesta dei sintomi, l'operatore cerca di capirne **la natura, la gravità, le caratteristiche.** Per effettuare una valutazione di questo tipo è necessario che l'operatore si lasci coinvolgere nei problemi dell'altro, con un atteggiamento di disponibilità e uno sforzo di comprensione; egli deve cercare di far diventare in qualche misura suoi i problemi dell'altro. Questo processo costituisce **l'empatia**, definita come la capacità di identificarsi con l'altro e di vivere la sua situazione. Ci sono individui dotati in maggior misura di tale capacità; per questi sarà ovviamente più facile instaurare il rapporto con gli altri, ma è opportuno che ogni operatore cerchi di sviluppare tale capacità, conservando il proprio peculiare modo di mettersi in rapporto con gli altri.

A. Sviluppo dell'auto-consapevolezza della comunicazione:

- sviluppare la consapevolezza dei propri modi della comunicazione verbale e non verbale;
- riconoscere i valori ed i costumi culturali in rapporto al comportamento personale e degli altri;
- identificare i propri modi di adattamento alle situazioni stressanti;
- sviluppare la capacità di esaminare il proprio comportamento, in particolare nelle relazioni con il paziente;
- riconoscere i propri sbagli e i propri limiti;
- avere consapevolezza dei propri sentimenti, positivi e negativi, verso i pazienti;
- ricordare che la comunicazione può essere influenzata dal contesto in cui avviene, dalla cultura del paziente, dallo stato d'animo, dalla malattia

A. Sviluppo di un rapporto terapeutico

- dimostrare di accettare con cordialità il paziente, pur manifestando disapprovazione per i comportamenti inappropriati quando necessario;
- dimostrare preoccupazione, interesse e comprensione per le difficoltà del paziente;
- sviluppare la sensibilità per i bisogni del paziente e la capacità di comprensione del modo di comunicarli;
- evitare comportamenti di contrasto con il paziente se non sono necessari;
- favorire l'espressione dei sentimenti, delle paure, delle critiche;
- dare al paziente informazioni complete e corrette sul regolamento del reparto ospedaliero o del servizio;
- evitare risposte generiche, ambigue o prive di significato;
- non fare promesse che non possono essere mantenute;
- conquistare la fiducia del paziente con un atteggiamento cordiale, spontaneo, veritiero;
- dimostrare competenza ed efficienza;
- evitare di dare giudizi moralistici sul comportamento del paziente.

I MECCANISMI DI DIFESA ADOTTATI NEL RUOLO DI OPERATORE:

Il **distacco**: compare normalmente nel rapporto con il malato, talvolta può essere esasperato in modo estremo, al punto che l'operatore sanitario cercherà di controllare costantemente e completamente i propri sentimenti, evitando di farsi coinvolgere, anche in modo modesto, nel rapporto con il malato..

Un altro atteggiamento frequente è la **negazione**, cioè il rifiuto di riconoscere una parte della realtà; da parte dell'operatore si evidenzia nella minimizzazione del quadro clinico o nella proposizione di una visione ottimistica del disturbo lamentato dal paziente. Un altro aspetto della negazione può essere considerato **attribuire, da parte dell'infermiere, scarsa importanza al rapporto con il malato. Si cerca così di evitare di stabilire un rapporto personale con il paziente, perché questo espone a successive delusioni.**

Un altro atteggiamento di difesa dall'ansia del rapporto con il paziente è la **proiezione, cioè attribuire ad altre persone intenzioni o atteggiamenti che in realtà sono nostri, e di cui neghiamo la presenza in noi stessi. In questo modo, le difficoltà di rapporto con i pazienti vengono proiettate all'esterno, la responsabilità delle deficienze del servizio vengono imputate ad altri, ai superiori, al medico o alla caposala, comunque al di fuori del rapporto dell'operatore con il malato.**

Se vogliamo migliorare dobbiamo imparare a metterci in discussione, a modellare il percorso terapeutico secondo un concetto di salute olistico. Altrimenti difficilmente il paziente trarrà dei vantaggi dall'interazione operatore/paziente.

La gestione del paziente agitato

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con l'uso di linguaggio offensivo. I medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari sono a rischio più alto di atti di violenza in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo. Episodi di violenza contro operatori sanitari sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori varia da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione. A questo proposito possiamo considerare tre aree di interesse per identificare i fattori di rischio per i comportamenti violenti nei servizi sanitari:

1. **Fattori specifici (caratteristiche individuali) del paziente e dell'operatore**
2. **Fattori di contesto (caratteristiche dell'ambiente lavorativo)**
Fattori strutturali (caratteristiche dell'organizzazione).

In generale, è più probabile che si verifichino eventi di violenza contro operatori nelle seguenti aree:

- Servizio Psichiatrico Di Diagnosi E Cura
- Servizi Di Emergenza-Urgenza
- Strutture Dei Dipartimenti Di Salute Mentale E Dipendenze Patologiche
- Luoghi Di Attesa
- Servizi Di Geriatria
- Servizi Di Continuità Assistenziale
- Carcere

STRATEGIE COMPORTAMENTALI DA ATTUARE CON IL PAZIENTE AGITATO

A) PER TUTTI GLI OPERATORI

- Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (sfida!) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi
- E' sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale
- Posizionarsi a fianco del paziente con un asse di circa 30°: la superficie esposta a colpi è minore; inoltre si comunica più disponibilità al dialogo
- Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza 'di sicurezza' 1,5 mt.
- Disponibilità di 'Via di fuga' l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo, ad es. tra scrivania e il muro, ecc...
- Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio
- Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe
- Non raccogliere atteggiamenti di provocazione\sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche

- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole
- Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi
- Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative
- Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, sportivo, alimentare, ecc.)
- Evitare di indossare monili, scarpe aperte, cinture; avere sempre disponibili i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine)
- non portare mai con sé oggetti contundenti, taglienti e potenzialmente pericolosi (penne, matite, oggetti appuntiti o taglienti, ecc..)
- Evitare di rimanere da solo con il paziente; qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire

AGGRESSIONE IN AMBITO PSICHIATRICO

In un servizio di psichiatria si stima che il 10/15% dei ricoverati in strutture psichiatriche abbiano manifestato comportamenti aggressivi

La maggiore incidenza si ha nei soggetti di sesso maschile con diagnosi di schizofrenia, alcolismo, disturbi mentali organici, ritardo mentale, epilessia, disturbo di personalità.

VIOLENZA e PSICOPATOLOGIA

La violenza può interessare tutti..

- Soggetti sani, senza alcun disturbo mentale, ma appartenenti ad ambienti socio-culturali che si ispirano a ideali di violenza sono particolarmente predisposti a comportamenti aggressivi.
- **La % di atti violenti tra malati mentali non è più elevata rispetto alla popolazione generale.**



Nei comportamenti violenti solo un numero limitato di casi può essere considerato di **interesse psichiatrico** ed essere quindi oggetto di terapia.

Non è sempre agevole stabilire un confine tra normalità e patologia in quest'area comportamentale di confine ma può essere seguita la regola che i comportamenti violenti dipendenti da un disturbo psichiatrico sono, in genere, iscritti in una storia clinica e spesso già oggetto di un trattamento specialistico.

VIOLENZA e PSICOPATOLOGIA

GLI studi epidemiologici non consentono di stabilire quanto **l'associazione con i disturbi psichici elevi la probabilità di commettere un atto criminale**, ma hanno reso evidente che sussiste una relazione non causale tra la **psicopatologia e la violenza**.

ALCUNI DATI

- Nei dipartimenti di emergenza il 55 % degli operatori in un anno subisce aggressioni da parte di pazienti
- Il 40-70 % degli psichiatri hanno subito un'aggressione fisica almeno una volta nella loro vita professionale
- Gli psichiatri sono la categoria meno a rischio: le aggressioni riguardano più frequentemente gli operatori non medici, di sesso femminile e con più scarsa formazione psichiatrica

PERCHÉ IL PROBLEMA È SOTTOSTIMATO

- Insufficienze metodologiche degli studi
- l'istituzionalizzazione aveva limitato il fenomeno
- recentemente droghe ed alcool lo hanno accentuato
- timore dei operatori di alimentare lo stigma.

PERCHÉ IL PROBLEMA È SOPRAVVALUTATO

- largo eco sulle pagine dei giornali di alcuni reati violenti commessi da malati mentali
- Ampliamento dei confini della malattia mentale
- Riduzione del personale nei servizi psichiatrici
- Scarsa formazione del personale che opera nei servizi psichiatrici

COMPORAMENTI VIOLENTI SONO UN TEMA DI INTERESSE CENTRALE IN PSICHIATRIA PER TRE ASPETTI

- 1) **Clinico** – analizza i diversi rapporti tra intensi vissuti emozionali (rabbia, ostilità, paura..) e comportamenti violenti quindi interessa meccanismi di controllo delle emozioni e le loro disfunzioni
- 2) **Medico-legale** - confini tra violenza “normale” e violenza “patologica” - valutare se **un atto violento può rientrare in una variabilità normale o è la conseguenza di un disturbo psichiatrico** in atto che può aver compromesso la capacità di intendere e di volere
- 3) **Sociale** - il comportamento violento in presenza di necessità di cure e rifiuto delle stesse è una delle condizioni che possono portare al trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

PATOLOGIE CON COMPORAMENTI VIOLENTI

- **PSICHIATRICHE:** Schizofrenia, Sindrome Affettiva Bipolare, Disturbi Deliranti, Disturbi di Personalità
- **TOSSICHE:** Alcol, Allucinogeni, Analgesici, Amfetamine, Anticolinergici, Antidepressivi, Antipsicotici, Steroidi, Cocaina
- **NEUROLOGICHE E MEDICHE:** Epilessia, Encefaliti, Emorragia Cerebrale, Demenza, Tumori Cerebrali, Ipossia, Ipertensione, Ipoglicemia, Ipo/Ipertiroidismo, Infezioni Sistemiche, Encefalopatia Epatica, Insufficienza Renale

AGGRESSIVITÀ E SOSTANZE DA ABUSO

L'utilizzo di sostanze d'abuso rientra fra gli elementi scatenanti condotte aggressive e violente. **I segni clinici di intossicazione** comprendono **disartria, incoordinazione ed instabilità dell'andatura, nistagmo, dilatazione delle pupille (amfetamine, cocaina, allucinogeni), sudorazione, tachicardia.** La relazione tra abuso di sostanze (alcool, droga) e comportamento violento è condizionata da numerose e complesse dinamiche. Per quanto concerne l'acool, **l'intossicazione** può essere associata ad un comportamento violento come risultato **dell'astinenza o assuefazione. La cocaina produce un effetto euforizzante** ma un uso prolungato per via endovenosa o inalatoria produce un viraggio dell'euforia . **L'astinenza produce depressione e insonnia.** Gli allucinogeni quali **LSD, DMT (dimetiltriptamina)** possono stimolare ideazione delirante, alterazioni della percezione (sentimenti di depersonalizzazione, de-realizzazione, illusioni ed allucinazioni)

Gli infortuni sul lavoro denunciati dalla Professione Infermieristica sono di 13.375 (non classificati per forma di accadimento), in diminuzione del 3,83% rispetto al 2014. Gli Infermieri dedicati all'assistenza di pazienti con patologie psichiatriche presentano, rispetto ai loro colleghi, un maggiore rischio di subire una violenza sul posto di lavoro ed infatti, per questa categoria, sono stati registrati più alti tassi di segnalazioni seguenti a violenza dei pazienti (dal 25% all'80% degli infermieri che lavorano in servizi ospedalieri per pazienti psichiatrici in fase acuta riferisce di aver sperimentato fenomeni di violenza . Inoltre la stessa letteratura ipotizza un'importante sottostima di tali eventi

LA TEORIA DELL'AGGRESSIONE



Il ciclo dell'aggressione



FASI

1. Fase del fattore scatenante (o trigger)
2. Escalation
3. Fase critica
4. Recupero
5. Depressione post-critica

INTERVENTO

1. Riconoscimento del fattore scatenante e dal tentativo della sua rimozione
2. Deviazione dal percorso comportamentale che induce all'aggressività
3. Contenimento, fuga e autoprotezione
4. Evitare stimoli, rimproveri ed elaborazioni
5. Elaborazione, comprensione delle circostanze, confronto e discussione dell'evento

APPROCCIO AL PZ AGGRESSIVO

Ci sono diverse possibilità di scelta dello psichiatra e l'infermiere di psichiatria per strutturare fisicamente nello spazio la valutazione del soggetto:

- **solo col paziente** in una stanza con la porta aperta
- **solo col paziente** in una stanza con la porta aperta e gli infermieri che assistono all'esterno della stanza

Il principio base che può regolare la scelta del luogo del colloquio è legato alla sicurezza fisica dei partecipanti. È opportuno che lo psichiatra abbia una via d'uscita.

ATTEGGIAMENTO CONSIGLIATO

- Rimanere più tranquilli possibile senza scatti improvvisi e atteggiamenti che tradiscono paura
- Il paziente deve avere la percezione che si sta trattando con lui con naturalezza come con una persona qualsiasi con lo stesso rispetto, gli stesso diritti e doveri
- Atteggiamento di disposizione all'ascolto e di partecipazione all'angoscia del paziente
- Ferma gentilezza
- Sostenere le difese del pz prospettando una protezione rispetto alle sue angosce

I LUOGHI DELLE CURE: OSPEDALE, TERRITORIO E COMUNITA'

LA LEGGE 180/78 ISPIRO' I PROPRI PRINCIPI SULLA RELAZIONE COME STRUMENTO TERAPEUTICO MA SOPRATTUTTO SULLA PREVENZIONE. Le normative oggi vigenti nel nostro Paese in materia di salute mentale vedono come elemento centrale di riferimento la legge 180 del 1978, successivamente recepita nell'ambito della riforma sanitaria dettata dalla legge 833 sempre del 1978. Si tratta di norme che hanno cambiato radicalmente la vecchia legislazione manicomiale del 1904, Legge n. 36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati", della quale è interessante ricordare alcuni tratti.

In particolare si prevedeva una responsabilità istituzionale dei manicomi a livello provinciale, con la vigilanza del Ministero dell'Interno e dei Prefetti, e si affidava la piena autorità su tutto ciò che accadeva al loro interno al direttore, come accade con il capitano su una nave.

La legge 180

La terza legge psichiatrica, tuttora vigente, è rappresentata dalla legge 180 del 13 maggio 1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori”, che, successivamente, è stata recepita con gli articoli 33, 34, 35 e 64 dalla legge 833 del 23 dicembre dello stesso anno. Il primo concetto rilevante è rappresentato dalla volontarietà del trattamento, capovolgendo il concetto di obbligatorietà della legge manicomiale n. 36, solo parzialmente mitigato con la 431 del 1968.

Esclusivamente in caso di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, un medico può proporre un trattamento sanitario obbligatorio, un medico di una struttura pubblica lo convalida e il sindaco, massima autorità sanitaria comunale, entro 48 ore dalla convalida emana il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio (Tso) da attuarsi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (repartini di psichiatria denominati Spdc con non più di 15 posti letto all'interno degli ospedali generali).

Entro 48 ore dal ricovero il provvedimento di Tso, tramite messo comunale, deve essere notificato al giudice tutelare che può convalidare o meno il provvedimento dandone comunicazione al sindaco. Quest'ultimo, in caso di mancata convalida, dispone la cessazione del Tso. In caso di cittadini stranieri va data comunicazione del Tso al Ministero dell'Interno ed al Consolato competente, tramite il Prefetto. Nei casi in cui il Tso debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il responsabile dell'Spdc è tenuto a formulare proposta motivata al sindaco che ne dà comunicazione al giudice tutelare, indicando la ulteriore durata presumibile dello stesso.



La cessazione delle condizioni che richiedono il Tso e l'eventuale sopravvenuta impossibilità a seguire il trattamento devono essere comunicati al sindaco, che a sua volta da notizia al giudice tutelare. Qualora sussiste la necessità quest'ultimo adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo. Chi è sottoposto a Tso e chiunque vi abbia interesse, può proporre al Tribunale competente ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare. E' opportuno ricordare che la legge prevede anche la possibilità di accertamenti sanitari obbligatori (Aso), sempre, come nel caso di Tso, secondo l'art. 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

L'Italia, dopo il 1978, mette in moto un processo a livello nazionale di superamento delle strutture manicomiali, che scompariranno definitivamente nel 1999. Il processo di critica e contrapposizione pratica al manicomio prende il nome di "deistituzionalizzazione"; con questo termine si fa riferimento al modello teorico/ pratico di intervento che caratterizzerà la storia della psichiatria italiana in seguito alla riforma Basaglia e la conseguente Legge 180.

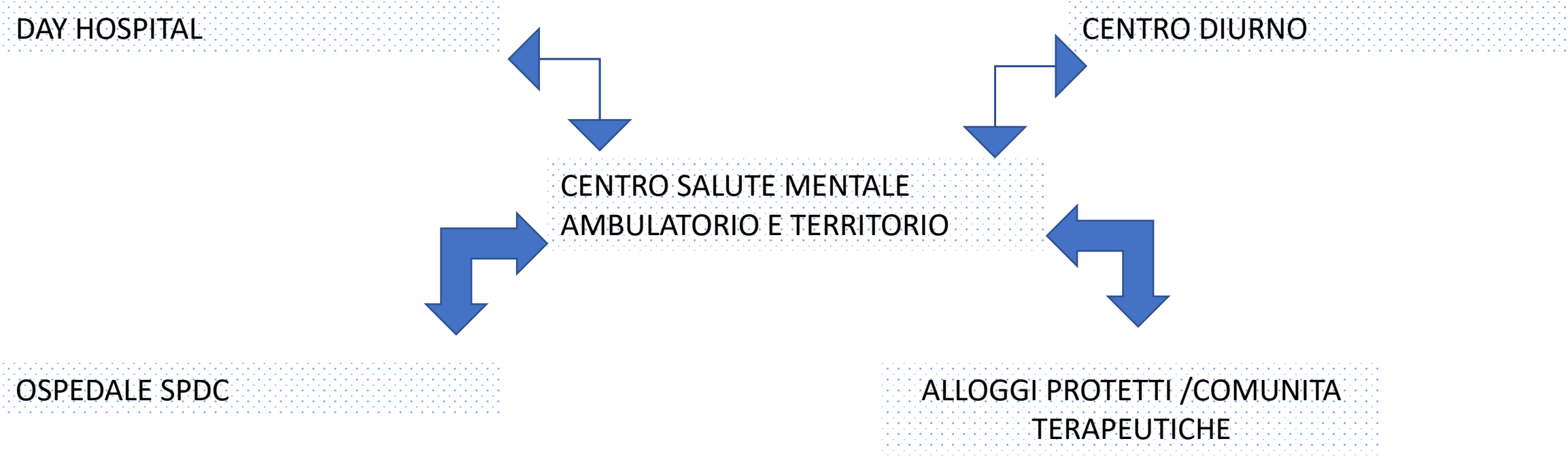
La deistituzionalizzazione prende il via dalla constatazione che l'oggetto della psichiatria non è la malattia ma "la sofferenza mentale all'interno dell'esistenza complessa del soggetto ed immersa nel contesto sociale" (Piccioni, 1995). Ne consegue che l'apparato istituzionale psichiatrico, da sempre centrato sulla malattia, debba essere trasformato in un altro in grado di gestire e comprendere la sofferenza del singolo, offrendogli reale supporto.

Il processo di deistituzionalizzazione si realizzò, in Italia, principalmente su due livelli: il livello manicomiale ed il livello territoriale, o di comunità

La nascita del DSM viene sancita attraverso l'articolo 34 della legge 180 che prevede testualmente : "l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative della salute mentale". Coerentemente al testo di legge, ogni regione italiana ha organizzato il DSM secondo un proprio modello, riconducibile, però, ad un modello concettualmente unico, costituito da nuove strutture e nuove modalità operative. Il DSM diviene il simbolo del passaggio da una psichiatria di contenimento e custodia a una psichiatria di prevenzione, cura e riabilitazione.

NASCITA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DI CUI OGNI STRUTTURA HA UNA PROPRIA FUNZIONE SPECIFICA, UN'AUTONOMIA DI FUNZIONAMENTO

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

I LUOGHI DELLE CURE: OSPEDALE, TERRITORIO E COMUNITA'

CENTRO DI SALUTE MENTALE

È il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, coordina tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione. All'interno opera un'equipe multidisciplinare

È il luogo in cui si realizza la presa in carico del pz

È il luogo in cui vengono formulati i Progetti terapeutici

Rappresenta il fulcro organizzativo e l'asse portante dell'assistenza di Salute mentale sul territorio

È la sede organizzativa dove diverse figure operano per delineare

1- filtro /accoglienza della domanda

2- Presa in carico nel tempo della persona

3-Attività di consulenza

4-Assunzione in cura

5-Attuazione del progetto terapeutico

6-Intervento nell'urgenza

7-Attività domiciliare

8-Inserimento lavorativo

9- Attività di risocializzazione

CENTRO DIURNO

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio.

È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato.

Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Strutture Residenziali

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale.

Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero

Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. E' ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari).

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Day Hospital psichiatrico

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI CASE MANAGEMENT

Negli ultimi anni anche in salute mentale si sono sperimentati nuovi modelli organizzativi che rappresentano importanti sfide per rispondere sempre di più in maniera efficace ed efficiente ai complessi bisogni delle persone con disagio psichico

Il Case Management in Psichiatria

Un modello per facilitare l'integrazione territoriale tra servizi psichiatrici ed ospedalieri.

Le principali funzioni del case manager in psichiatria

- Accompagnamento dell'utente nel percorso di cura Intermediazione tra l'utente e l'esterno
- Integrazione servizi coinvolti nel percorso di cura
- Coordinamento della micro-équipe
- Monitoraggio del Progetto Terapeutico Individuale Valutazione del progetto

Si sviluppò negli anni 70 negli Stati Uniti e in Inghilterra per monitorare anziani con disagio psichico

Il Case Management in Psichiatria

Un modello per facilitare l'integrazione territoriale tra servizi psichiatrici ed ospedalieri.

La metodologia classica di intervento prevede si articola in 5 momenti

1- valutazione iniziale

2- costruzione del piano assistenziale individualizzato

3- messa in atto del progetto assistenziale

4- monitoraggio ed eventuale chiusura del caso

5- rivalutazione del progetto a seconda di variabili connesse sia con la persona che con il contesto socio-assistenziale

La responsabilità dei servizi è del case manager

ORIGINI DEL CASE MANAGER

- ANNI GOODRICH, direttrice della scuola di Nursing dell'Università di YALE, ipotizzava la figura di un operatore(community health nurse) che coordinando gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sanitaria garantiva un'appropriata allocazione delle risorse, un contenimento dei costi, una responsabilità diretta delle cure prestate
- Lillian Wald agli inizi del 900 suggerì alla Metropolitan Life Insurance Company di New York di istituire un dipartimento di Infermiere domiciliare per fornire agli assicurati il servizio di case management nursing
- In un' indagine dell'American Hospital Association del 1990, il case management risultò il modello assistenziale più diffuso negli USA

FUNZIONI DEL CASE MANAGER

Le funzioni del case manager in psichiatria possono essere svolte da:

- Psichiatra
- Psicologo
- Assistente sociale
- Infermiere
- Tecnico della riabilitazione Educatore

QUALI OBIETTIVI

- a. miglioramento della integrazione tra i diversi servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali del D.S.M. nel percorso diagnostico terapeutico del paziente

- b. garantire continuità della cura e dell'assistenza al paziente nel suo contesto di vita facendo leva sull'integrazione delle risorse formali e informali presenti sul territorio.

TAPPE DEL PROGETTO

1. Individuazione delle mini équipe pluriprofessionali referenti di area territoriale
2. Formazione specifica riguardo al modello organizzativo
3. Promozione del progetto sul territorio
4. Selezione dei pazienti
5. Assegnazione al case manager

CASE MANAGER: RUOLO

RUOLO CLINICO è responsabile di accertare i problemi sanitari e sociali delle persone e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti e quelli potenziali in collaborazione con altri membri dell'equipe. Sviluppa un piano di trattamento nel quale vengono descritti :

- Le attività assistenziali fondamentali e gli eventi che devono essere completati per gestire i problemi della persona e raggiungere gli obiettivi
- Le attività educative alla persona e alla famiglia
- Il piano per assicurare alla persona un'appropriata presa in carico

CASE MANAGER: RUOLO

RUOLO MANAGERIALE questo ruolo conferisce al CM la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza pianificandole modalità di assistenza, di trattamento, di interventi per soddisfare le necessità delle persone e delle loro famiglie

Determina quanto un trattamento deve durare e inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico. Ciò fornisce un quadro chiaro del tempo a disposizione per completare le attività pianificate.

RUOLO FINANZIARIO assicura che le persone non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte, controlla le risorse necessarie e valuta l'efficienza dell'assistenza erogata

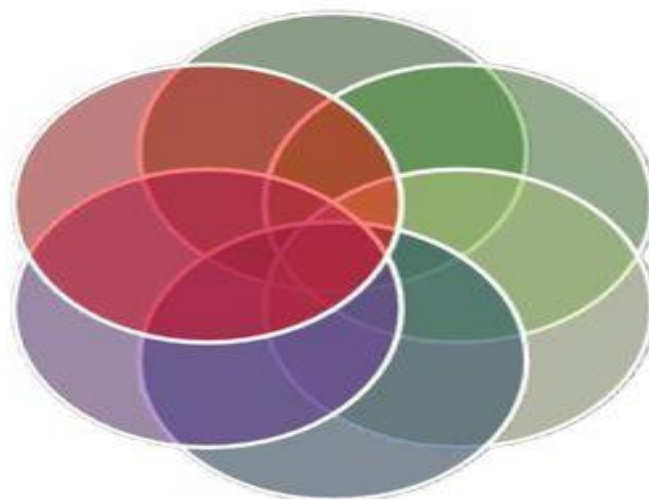
OTTIMIZZARE LE RISORSE PER RESTITUIRE NUOVE ENERGIE AI NUOVI CASI (ESORDI)

IL MODELLO "CASE MANAGER" si sviluppa principalmente in:

Coordina il progetto assistenziale in tutte le sue fasi.

Ottimizza l'integrazione assistenziale.

Trattamento di un particolare target di utenti selezionati per complessità, costo, volume e alto rischio.



Coordinamento dei servizi implementando professionalità e competenze.

E' attento al rapporto costo-qualità.

Pone al centro del proprio interesse il paziente e la sua famiglia.

Il modello organizzativo del case management viene scelto ed applicato in varie regioni sul territorio nazionale, secondo le direttive del Piano Azioni Nazionale della Salute Mentale (PANSM) per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativi alla tutela della salute mentale. In particolar modo per i pazienti con disturbi gravi e complessi viene disposto come intervento territoriale la presa in carico con intervento integrato con il Case Manager (CM), assicurando un'assistenza personalizzata ai bisogni del paziente. Un'assistenza continuativa che non trascura il paziente e rende partecipi anche la famiglia e i caregiver, facendo riferimento all'Infermiere Case Manager (ICM) designato, il quale mantiene i contatti con la rete dei servizi territoriali.

Il CM svolge la funzione principale di: gestione del caso o di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dalla micro-équipe, restando l'operatore referente per il paziente lungo tutto il percorso di cura.

Il CM può identificare più facilmente i pazienti ad alto rischio e quelli che richiedono contatti continuativi anche dopo la dimissione. Durante tutta la presa in carico egli anticipa le necessità del paziente, assicurando gli interventi per garantire la continuità dell'assistenza e la sua qualità (Percudani et al., 2013).

Nel suo ruolo manageriale, il CM deve essere in grado di garantire la continuità delle cure, seguendo il paziente nei diversi setting clinici e rendendo accessibili, ad ogni persona che si occupa del paziente, le informazioni sul suo stato di salute, in modo tale da garantire un'assistenza quanto più possibile personalizzata e specialistica. Pertanto, il CM diviene una figura di riferimento per l'assistito lungo un continuum che va dall'ammissione al follow-up a domicilio (Del Mastro, 2014).

Il case management nei servizi psichiatrici è una modalità organizzativa per la gestione dei pazienti psichiatrici gravi che permette di prendersi cura dell'individuo nel suo complesso (Gobbi et al., 2012). In Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il SSN. Il case management in psichiatria si propone, dunque, di fornire un supporto personalizzato per rispondere ai bisogni delle persone che sono in difficoltà all'esterno dell'istituzione (Moriconi, Gavini, 2015).

Nel settore psichiatrico, il CM è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e colui che, nel percorso tra diversi servizi, istituzioni e operatori, è in grado di accompagnare il paziente e di monitorarne il progetto terapeutico, prendendosene cura nella sua globalità. In particolare, l'ICM operante sul territorio, per le sue competenze specifiche, si pone come attivatore della rete dei servizi formali e informali, per tutelare la salute del cliente globalmente considerata (Gobbi et al., 2012). Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, quindi con bisogni complessi, è preso in carico dal Centro di Salute Mentale (CSM), che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI): in questo sono comprese le problematiche connesse a co-morbilità somatica e gli interventi multiprofessionali conseguenti.

Nell'ambito del PTI può essere previsto il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica, per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile. Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento con il ruolo di case manager, l'andamento degli interventi fino alla dimissione. Tale modalità è raccomandata anche nel Piano Azioni Nazionale Salute Mentale (PANSM) redatto nella Conferenza Stato Regioni nel 2013. La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo (Ministero della Salute, 2013). Vengono quindi presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere (Conferenza Stato Regioni, 2013)

La National Association Case Manager (NACM) (1997) ha affermato che uno dei risultati più quantificabili del case management è la riduzione dell'ospitalità e dell'utilizzo di costosi servizi di salute mentale. Il NACM ha inoltre indicato che dovrebbero essere valutate la riduzione dei sintomi e il miglioramento degli indicatori della qualità di vita, come la salute, le opportunità sociali, il lavoro, il rapporto con gli amici e la famiglia e le opportunità sociali (Jones et al., 2012).

Il Case Management Process può essere il mezzo per riuscire a volgere lo sguardo verso un futuro fatto di innovazione, ponendo sempre al centro il paziente e la sua famiglia, incentrando su di essa un'assistenza equa, appropriata e sicura (Moresco e Bascelli, 2014). Il risultato finale del case management sarà il conseguimento di risultati positivi per la salute attraverso l'erogazione di una cura coordinata a costi contenuti e di alta qualità (Jones et al., 2012).

**L'infermiere Case Manager in salute
mentale: follow -up sui pazienti con
scala HONOS**

Rivista L'infermiere N°5 - 2019

Si sono selezionati 70 pazienti, scelti in modo casuale tra i 250, seguiti tra il 2012 e il 2016. Sono stati rintracciati gli infermieri case manager di questi pazienti ed è stato somministrato loro un questionario costituito da nove domande a risposta multipla.

I questionari restituiti sono stati 62, in quanto per 8 pazienti i relativi ICM non erano più in servizio. Gli infermieri intervistati risultano in totale 35, in quanto gli stessi infermieri seguivano più di un paziente. Le domande poste hanno avuto lo scopo di indagare il percorso evolutivo del paziente, la continuità assistenziale ed anche di valutare i miglioramenti dei pazienti nel periodo 2012 – 2016.

Gli esiti assistenziali dei pazienti durante il percorso sono stati valutati mediante la scala HoNOS. Tale scala è stata sviluppata per la valutazione standardizzata nei servizi di salute mentale: è composta da 12 item, raggruppabili in 4 aree principali – area dei problemi comportamentali, area dei problemi relazionali e ambientali, area dei sintomi, area delle disabilità. Ciascun item si valuta con una scala di cinque punti, da 0 (nessun problema) a 4 (gravi / molto gravi), con un punteggio totale che va quindi da 0 a 48.

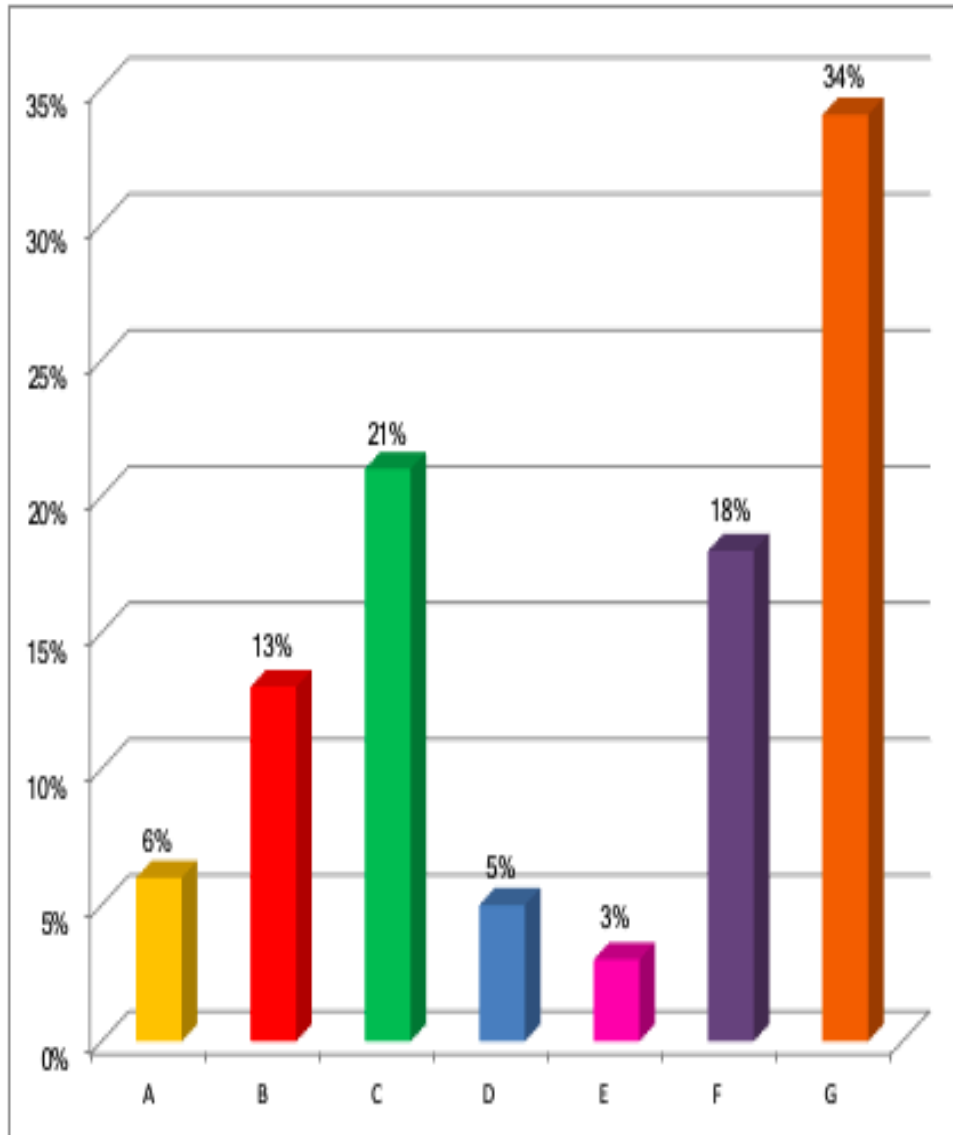
La scheda di valutazione standardizzata fornita dal Dipartimento di Salute Mentale, utilizzata dagli ICM durante l'assistenza continuativa e personalizzata dei pazienti presi in carico, è stata suddivisa secondo le quattro aree principali della scala HoNOS: area disabilità, area dei problemi comportamentali, area dei problemi relazionali e ambientali, area dei sintomi. Come nella scala HoNOS, ogni area presenta diversi item e ad ognuno di questi viene assegnato un punteggio che varia da 0 (nessun problema) a 4 (gravi/molto gravi), con un totale che varia da 0 a 48. Inoltre in tale scheda vengono riportate in sequenza le varie somministrazioni HoNOS per avere il monitoraggio longitudinale dell'andamento del paziente.

Dai risultati ottenuti si evince, che l'8% è rimasto in assistenza con case management per un tempo inferiore ad un anno, il 18% per un anno, il 6% per un tempo inferiore ai due anni, il 23% per due anni, il 14% per tre anni, il 5% per quattro anni, il 10% per cinque anni e per un periodo superiore a cinque anni il 16%.

Si è indagata poi la continuità della relazione ed è risultato che il 35% è ancora oggi seguito da un ICM, mentre il restante 65% non presenta più un proprio ICM.

Si è notato che dei pazienti non più seguiti da un ICM, il 33% si mantiene ancora oggi in contatto con il professionista tramite diverse vie: il 10% telefonicamente, il 18% di persona, il 5% sia telefonicamente sia di persona. Mentre il restante 67% non tiene alcun contatto con l'ICM dal quale era stato seguito.

Il quadro generale che emerge ci fa vedere che gli ICM sono in grado di creare relazioni terapeutiche con i pazienti, tramite la capacità empatica e relazionale, basate sulla fiducia e sono in grado di garantire relazioni stabili e durature. I pazienti, anche a distanza di anni, continuano a mantenere contatti con il loro ex-ICM e gli stessi infermieri sono in grado di dare informazioni sul percorso attuale del paziente non più facente parte del progetto da tempo.

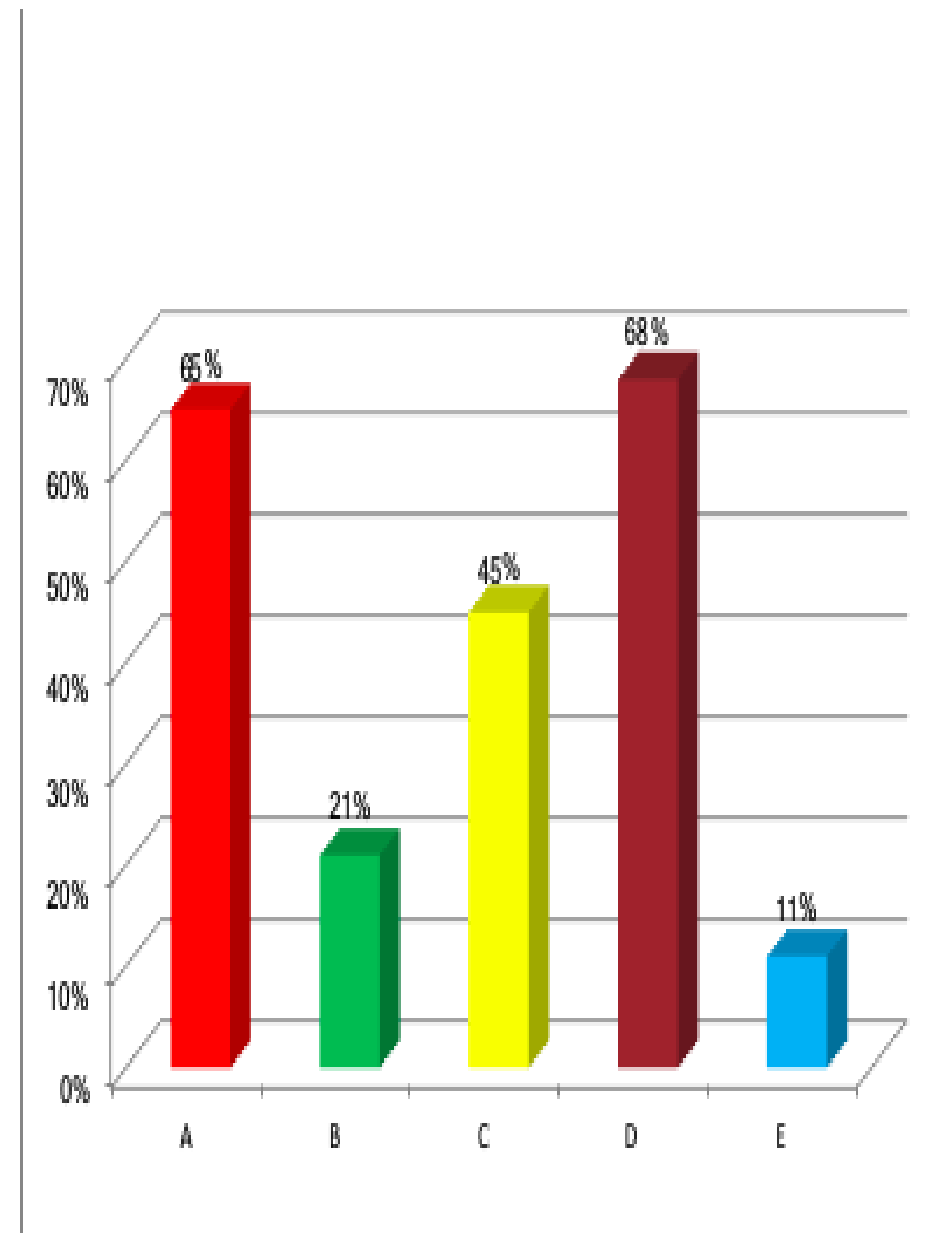


- A= Remissione dei sintomi
- B= Allontanamento del paziente
- C= Cambio servizio
- D= Cambio residenza
- E= Decesso
- F= Progetto evolutivo
- G= Stesso servizio.

Alla domanda mirata sull'assistenza personalizzata e continuativa ai pazienti psichiatrici si è ottenuta una risposta unanimemente positiva: l'assistenza continuativa e personalizzata produce buoni risultati e il 100% degli ICM concorda sulla sua ottima efficacia nel recupero dei pazienti psichiatrici.

In questo studio di follow-up sono stati presi in considerazione anche gli esiti assistenziali misurati mediante la scala HoNOS, relativamente alle quattro aree relative a problemi comportamentali, disabilità, sintomi e problemi relazionali e ambientali. Agli ICM è stato chiesto in quali di queste aree i pazienti hanno ottenuto una evoluzione positiva, raggiunta per mezzo dell'assistenza personalizzata.

La maggior parte dei miglioramenti si è manifestata nell'area dei problemi comportamentali (A) e nell'area dei problemi relazionali ed ambientali (D). Il 68% dei pazienti ha riportato miglioramenti nell'area dei problemi relazionali e ambientali (D); il 65% ha ottenuto miglioramenti nell'area dei problemi comportamentali (A); il 45% miglioramenti nell'area dei sintomi (C); il 21% nell'area delle disabilità (B). Infine l'11% non ha presentato miglioramenti in alcuna area. I risultati dello studio ci mostrano anche come alcuni pazienti abbiamo ottenuto miglioramenti in più aree HoNOS: il 24% ha manifestato miglioramenti sia nell'area dei problemi comportamentali che nell'area dei problemi relazionali e ambientali, il 10% ha ottenuto miglioramenti sia nell'area A, sia nell'area D e sia nell'area dei sintomi (C). Il 3% dei pazienti ha ottenuto miglioramenti nelle aree associate A e C e nelle aree associate C e D, mentre il 2% dei pazienti ha riscontrato miglioramenti nelle aree associate BD, ABC e BCD.





Negli anni sessanta, in Italia, si inizia a parlare di riabilitazione, ossia portare fuori, ossia liberazione del ghetto maniacale. Nascono i primi laboratori protetti, le prime comunità

E le prime esperienze di risocializzazione. Si conferisce alle USL la responsabilità della realizzazione di strutture adeguate e di progetti riabilitativi ad hoc

Nel 1978 il PSN per il triennio 1994-1996 ribadisce l'importanza della riabilitazione che comprende attività a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni. In questa direzione prevale un concetto prima di intervenire e maggiori saranno le possibilità di recupero

LA RIABILITAZIONE

Il significato della riabilitazione in psichiatria ha subito negli ultimi anni un'importante evoluzione, passando da obiettivi semplicemente creativi o ricreativi, a obiettivi più impegnativi e ambiziosi, finalizzati ad un vero e proprio **recupero funzionale globale del paziente**, che prevede un reinserimento sociale e lavorativo a pieno titolo.

Sostanzialmente, ciò che un tempo era il punto di arrivo ora è il punto di partenza, non ci si accontenta più di tenere il paziente impegnato, o lontano dalla famiglia per dare un po' di respiro al *caregiver*, ma ci si prefigge di recuperare il più possibile consapevolezza, autodeterminazione e autonomia. **Il paziente non ha più un ruolo passivo, ma diventa vero e proprio "attore principale" del processo riabilitativo.**

Gli obiettivi riabilitativi devono essere personalizzati e adeguati al paziente, per questo prima di iniziare un percorso è opportuno identificare:

- Le risorse personali e familiari
- Il suo modo di relazionarsi con il proprio mondo interno
- Il suo modo di interagire con l'ambiente e con gli altri

Le strategie riabilitative prevedono interventi ben strutturati e validati a diversi livelli:

1.Intrattenimento (livello base di partenza)

2.Livello sociale e interpersonale

3.Livello lavorativo

Negli ultimi anni si è particolarmente sviluppato il filone della "**cognitive remediation**" (rimedio cognitivo), le cui tecniche di intervento sono supportate da robuste evidenze cliniche e neurobiologiche.³ Questi interventi si pongono l'obiettivo di **migliorare i deficit cognitivi** che inficiano i risultati del percorso riabilitativo psicosociale

Tali funzioni cognitive sono soprattutto la memoria, l'attenzione, la concentrazione e le funzioni esecutive (le funzioni che permettono di pianificare e organizzare strategie e obiettivi) e sono alla base dell'autonomia e della qualità della vita. Le tecniche consistono in esercizi di difficoltà progressiva, mirati a promuovere anche la resistenza allo stress ambientale. Diversi studi hanno dimostrato che al risultato clinico visibile, si associa anche una **maggiore plasticità neuronale**, si verificano cioè dei meccanismi compensativi a livello cerebrale, grazie ai quali gruppi di neuroni "imparano" a svolgere nuove funzioni.

Tra le altre tecniche riabilitative, ricordiamo tra le più utilizzate ed efficaci:

- **Training delle abilità sociali** (*social skills training*)
Consente l'acquisizione di una maggiore capacità nell'affrontare gli impegni della vita quotidiana, riducendo al tempo stesso lo stress a cui l'individuo è sottoposto a causa della mancanza di specifiche competenze.

- **Musicoterapia**

La musicoterapia sta acquistando sempre più importanza nei programmi riabilitativi, in quanto studi **clinici supportano l'evidenza di un miglioramento delle funzioni cognitive compromesse (attenzione, memoria), favorendo il processo di "rimedio cognitivo"**. Alcuni studi riportano anche l'esperienza di una sensazione di "libertà dalla malattia", che dovrebbe essere l'obiettivo finale della riabilitazione, ovvero il passaggio dal sentirsi paziente al sentirsi persona. Inoltre, facilita la presa di contatto del paziente con il proprio mondo interno, promuovendo la consapevolezza dei processi emotivi profondi, soprattutto in presenza di stati emozionali negativi. Anche i processi di interazione e comunicazione con gli altri ne risentono positivamente.

•Cura del sé

Purtroppo i pazienti con disturbi psicotici gravi hanno la tendenza a uno stile di vita sedentario, poco sano, con alimentazione scorretta. Inoltre la terapia con antipsicotici tende a favorire l'incremento ponderale e altri fattori di rischio di malattie cardiovascolari, come l'iperglicemia e l'iperlipidemia. E' quindi importante anche occuparsi di questo aspetto, sia con un allenamento in una palestra, sia con elementi di educazione alimentare e igiene personale.

•Ruolo della famiglia nell'inserimento sociale e lavorativo del paziente

La malattia psichica non riguarda solo il chi ne è affetto, ma tutti coloro che lo circondano, soprattutto i familiari, che possono sentirsi abbandonati e isolati. La riabilitazione, così come la malattia, interessa quindi tutta la famiglia, nel senso che anche i membri della famiglia devono seguire un percorso per riconquistare il proprio ruolo sociale e lavorativo.

Un aspetto importante riguarda riconquistare e/o mantenere il ruolo genitoriale nei confronti degli altri figli, soprattutto se sono ancora in tenera età, in quanto potrebbero manifestare disturbi dello sviluppo psicomotorio, o avere difficoltà relazionali in età adulta. E' bene prestare attenzione ad eventuali segnali di disagio

La **riabilitazione psichiatrica** è un processo che ha come obiettivo principale la “guarigione sociale” della persona con **disabilità psichiatrica**. Essa lavora sulla compromissione delle abilità nello svolgere ruoli sociali e mira all’integrazione totale della persona nel contesto sociale di appartenenza a partire dalla riorganizzazione e dal potenziamento delle sue capacità residue.

La **riabilitazione psichiatrica** è un processo guidato in genere da un’èquipe multiprofessionale, nella quale un ruolo chiave è rivestito dal **Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)**. Questo professionista ha il compito di progettare ed attuare **interventi riabilitativi** ed educativi in collaborazione con l’èquipe curante e la persona destinataria dell’intervento, al fine di potenziarne il funzionamento personale e sociale. Per fare ciò si serve di tecniche e strumenti che funzionano solo se associati ad una competenza relazionale di base. A livello sociale il compito di questo professionista è orientato alla creazione ed al mantenimento di una rete collaborativa con l’esterno. Per esterno ci si riferisce alla cerchia dei familiari e conoscenti dell’utente, ma anche alla realtà sociale più ampia, al fine di mediare l’inserimento della persona che vive l’esperienza della malattia mentale nella società sia a livello ricreativo che lavorativo.

L'inserimento della persona con **disabilità psichiatrica** nella società risulta di difficile attuazione, soprattutto nel mondo del lavoro. A prescindere dall'attuale crisi che interessa il nostro Paese, ciò avviene da un lato per il timore della persona avente il disagio psichico di frequentare posti "non protetti" lontani dall'atmosfera rassicurante e non giudicante propria delle **strutture psichiatriche**, dall'altro per la mancanza di prontezza della società che fatica ancora ad aprirsi a questo tipo di disabilità, vuoi per l'assenza di politiche forti, vuoi per la mentalità orientata al profitto più che al processo.

Inoltre, anche se a livello legislativo è ormai da tempo sancita la centralità della persona con disabilità nei percorsi di inserimento lavorativo, nella pratica dei fatti gli esigui inserimenti lavorativi che si concretizzano risultano spersonalizzanti e inadeguati a rinforzare e valorizzare le capacità della persona. Gli utenti vengono spesso inseriti in tirocini o percorsi lavorativi che non sono loro a scegliere e che non tengono conto delle loro potenzialità e vocazioni.

L'Arte sembrerebbe accompagnare gli individui di ogni Epoca e Società e si potrebbe facilmente affermare che essa sia nata contemporaneamente con lo sviluppo dell'umanità.

A partire dalla seconda metà dell'800, all'interno degli istituti psichiatrici, si inizia a notare che i pazienti per rispondere alla necessità di esprimersi, tendessero a ricorrere all'espressione artistica, apportando notevoli benefici diagnostici alla loro condizione patologica.

Tuttavia solo a partire dagli anni '40 iniziano ad essere davvero riconosciute le potenzialità dell'arte e si è iniziato a parlare di arte in termini terapeutici, riconoscendo l'arte come mezzo riabilitativo psichiatrico.

L'Arteterapia è frequentemente applicata nei reparti psichiatrici, nei centri diurni e nelle comunità.

Seppure è possibile lavorare sia individualmente che in gruppo, solitamente quest'ultima modalità di intervento viene preferita, dato che la situazione grupale permette una più viva condivisione dell'esperienza.

La flessibilità e l'adattabilità delle tecniche dell'Arteterapia, è uno dei motivi che ha favorito la sua diffusione.

Per fronteggiare la malattia psichiatrica, quindi, si rivela utilissimo affiancare alle cure farmacologiche e alla psicoterapia, forme di trattamento espressive, quali appunto le Artiterapie.

Il teatro con i suoi molteplici linguaggi apre canali comunicativi fra psichiatria – individuo e sociale. In questo scambio, la psichiatria considera la “persona” prima ancora della sua malattia, con i suoi valori e diritto di cittadinanza e la comunità accoglie le fragilità interne ad essa, riconoscendo il disagio psichico. La consapevolezza delle fragilità delle persone porta a un’esigenza di riconoscimento sociale. Attraverso il laboratorio teatrale si sviluppa un percorso che mette in gioco attori e autori in grado di scegliere quale ruolo recitare, in quale azione, personaggio e testo sperimentarsi.

La riabilitazione è un processo che deve facilitare, agli individui con disabilità, l’accesso a tutte le opportunità per raggiungere il livello ottimale di funzionamento autonomo nelle comunità di appartenenza. Questo sia orientandosi a migliorare le competenze individuali, sia ad introdurre modificazioni ambientali che creino le condizioni per la migliore qualità di vita possibili”.

Il laboratorio teatrale opera in due direzioni convergenti: dall'esterno, intervenendo sul corpo, sulla postura, sul movimento, sul linguaggio; e dall'interno, attraverso l'analisi del personaggio e la comprensione dei suoi movimenti emotivi. Così inteso, il laboratorio assume le caratteristiche proprie di un approccio riabilitativo interdisciplinare le cui basi teoriche sono rintracciabili in diversi ambiti: Antropologia, Sociologia, Psicologia, Psicoterapia, Teatro, Teatro sociale, inserendosi a pieno titolo nel vasto campo delle "Artiterapie espressive" oggi molto utilizzate come strumenti di prevenzione in contesti sociali, pedagogici e sanitari.

Per i pazienti essere in grado di gestire le emozioni di un personaggio rappresentandolo nella funzione scenica, può convincere che sia possibile interpretare, possedendolo e gestendolo, il copione della propria esistenza, uscendo dal ruolo passivo e impotente che spesso la malattia impone a chi ne è portatore.

L'uscita da un reparto psichiatrico è un momento delicatissimo. Un'ampia ricerca ha messo in evidenza i molti fattori di rischio. Lo psichiatra Nahon: «Il paziente deve avere già una visita prenotata entro un mese e non deve tornare subito al lavoro»

Il ritorno a casa dopo un ricovero per motivi psichiatrici è un momento molto delicato. Diciamo pure rischioso perché si impenna il pericolo di tentativi di suicidio. Lo si sa da tempo, ma **una ricerca inglese** lo riporta all'attenzione con uno studio retrospettivo su 100 casi di pazienti psichiatrici (età 18-65 anni), che si sono tolti la vita **entro due settimane dall'uscita dall'ospedale**. Il Centre for Mental Health and Risk dell'Università di Manchester li ha messi a confronto con 100 pazienti tuttora viventi, scelti in base ad analoghe date di dimissioni. Scopo dell'indagine, individuare i fattori di rischio e, all'opposto, i fattori protettivi per un passaggio che acuisce le fragilità.

Il 55% dei suicidi è risultato verificarsi nella prima settimana dopo l'uscita dall'ospedale e, di questi pazienti, la metà non aveva ancora avuto la prima visita di controllo. Quanto ai **fattori di rischio** la ricerca ha indicato: **avversità recenti, ricovero molto breve, età più alta**, infine la presenza (**comorbidità**) di altri disturbi psichiatrici. Come fattore protettivo contro il suicidio è emersa un'intensa e tempestiva assistenza post-ospedaliera, che non lasci solo il paziente, e la necessità che i medici siano al corrente delle sue vicende personali prima di decidere se e come dimetterlo

GLIORARE LO STILE DI VITA PER
ORARE LA MALATTIA MENTALE

*Forse occorre fermarsi....
E dare senso e significato alla
nostra esistenza!*

Tutti noi siamo stati disabili almeno una volta senza rendercene conto. La disabilità non è solo legata alla persona ma dipende dal contesto



Grazie per la cortese attenzione

Dott. Roberto Lupo