

aprile 2002

Supplemento de *L'Infermiere* n. 4/02

Psichiatria

Il ruolo dell'infermiere nell'area della salute mentale: assistenza, legislazione e nuovi percorsi di formazione

S O M M A R I O

La malattia mentale

Dall'esclusione sociale alla cura	3
<i>di Massimo Cozza</i>	
La malattia mentale oggi e nel recente passato	3
Diagnosi e normalità	5
La schizofrenia	5
Le depressioni	6
La presa in carico	6
Le risposte appropriate	7

I modelli concettuali in psichiatria

Le basi teoriche di una corretta pratica assistenziale	8
<i>di Silvia Poblete Caballero</i>	
L'utilità dei modelli concettuali e delle terapie di nursing	8
Quali modelli?	9

I luoghi della salute mentale

Le strutture dove si cura il disagio, ma anche l'accoglienza del malato psichiatrico in strutture sanitarie non specifiche	11
<i>di Marussia Alderighi</i>	
L'articolazione di Servizi per la salute mentale	11
SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	12

CSM: Centri di Salute Mentale	12
CD: Centri Diurni di Riabilitazione Psichiatrica	12
SRP: Strutture Residenziali Protette - Comunità Terapeutiche	13
SRA: Strutture Residenziali Assistite	13
Enti locali ed Università	13
Il paziente psichiatrico nelle strutture sanitarie "generaliste"	13

Faq

Le domande più frequenti sulla cura della salute mentale	15
--	----

di Valerio Fontanari, Duilio Loi, Marin Meri

Qual è il ruolo dell'infermiere nella promozione della salute mentale e nella prevenzione?	15
Cosa significa "prendere in carico" un paziente psichiatrico?	16
Qual è il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione?	16
Il paziente si scompensa: contenzione sì e no	17
Il paziente sta male e rifiuta il ricovero. Come agire se viene indicato il Tso?	17
Il paziente è aggressivo e minaccioso. Come affrontare la situazione?	18
Il paziente è depresso, non vuole più vivere: come aiutarlo?	20
Che cosa sono il "gruppo" e l'auto-mutuo-aiuto	21

Formazione

Una proposta per la Psichiatria e la Salute mentale	23
---	----

di Danilo Massai

Finalità e struttura del Master	23
Ambiti d'intervento	24
Obiettivi del Master	25
Approccio metodico al progetto formativo	25
Linee guida per l'elaborazione della regolamentazione del Master	26

Non c'è solo la 180

Le normative sulla salute mentale	27
---	----

di Massimo Cozza

La legge manicomiale del 1904	27
La legge Mariotti del 1968	28
La legge 180	28
Il Progetto Obiettivo	29
I Livelli essenziali di assistenza in salute mentale	31

Test a risposta multipla

32

 <p>Direttore responsabile: Annalisa Silvestro, Comitato editoriale: Marinella D'Innocenzo, Danilo Massai, Gennaro Rocco, Loredana Sasso, Annalisa Silvestro, Giovanni Valerio, Franco Vallicella</p>	<p>Responsabile dei servizi editoriali: Emma Martellotti Servizi editoriali: Italpromo Esis Publishing srl Coordinatore: Cesare Fassari Segreteria di Redazione: Lorena Giudici Ufficio Grafico: Giordano Anzellotti (<i>responsabile</i>), Giorgio Rufini Editore: Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70</p>	<p>00184 - Roma tel. 06/46200101, fax 06/46200131 www.ipasvi.it Periodicità: trimestrale Stampa: Elocograf, un marchio della Pozzoni Spa, Beverate di Brivio (Lc) Marketing e Pubblicità: Italpromo Esis Publishing srl Sede di Milano: Viale Bianca Maria 19, 20122 Milano, tel. 02.77.19.021, fax 02.76.01.62.64</p>	<p>e-mail: milano.italpromo@ihg.it Sede di Roma: Via del Commercio 36, 00154 Roma, tel. 06.57.29.981, fax 06.57.29.98.21-2. e-mail: italpromo@ihg.it Registrazione: del Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64. <i>La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.</i></p>
--	--	---	---

La malattia mentale

Dall'esclusione sociale alla cura

di Massimo Cozza*

Circa il 20% della popolazione mondiale maggiore dei 18 anni soffre nel corso di un anno di un disturbo mentale. Mentre nell'epoca manicomiale la malattia mentale era considerata di natura esclusivamente organica, incurabile e pericolosa, oggi con la scoperta della psicoanalisi, degli psicofarmaci e dell'influenza fondamentale degli aspetti sociali, questa concezione è cambiata, e si può affermare che anche dalla schizofrenia si può guarire.

*E*very year, about 20% of world population over 18 suffer from a mental disease. During the "mental hospital age", mental diseases were considered depending on organic causes, incurable and dangerous, but today, thanks to the development of psychoanalysis, psycho-pharmaceuticals and the basic influence produced by social issues, this conception has changed and is subsequently possible to say that even schizophrenia can be healed.

Idati epidemiologici disponibili indicano che circa il 20% della popolazione mondiale maggiore dei 18 anni soffre nel corso di un anno di un disturbo mentale, e che circa il 90% delle persone che soffrono di un disturbo psichico non si rivolge ai servizi specialistici. In Italia i 2/3 dei trattamenti delle persone affette da un disturbo mentale sono effettuati da un medico di famiglia e solo in 1/3 da uno specialista. Le donne soffrono maggiormente rispetto agli uomini dei disturbi depressivi, dei disturbi d'ansia e del

comportamento alimentare. Per quanto concerne uno dei disturbi più gravi, la schizofrenia, della quale soffre circa lo 0,5% della popolazione, la frequenza appare simile sia tra i maschi che nelle femmine. In Italia circa 245.000 persone sono affette da questi disturbi, e, in questo caso, la maggior parte sono in trattamento presso un servizio psichiatrico. Tra il 5 e il 15% delle persone possono andare incontro nel corso della loro vita alla depressione, che sembra avere tassi più bassi negli uomini coniugati e non divorziati e tassi più elevati nelle donne con figli ed insoddisfatte dalla situazione matrimoniale. La depressione, che sembra aumentata negli ultimi decenni, è più frequente nella città che nelle aree rurali, e tra chi soffre di gravi malattie fisiche ed invalidanti. Ma che cos'è la malattia mentale?

La malattia mentale oggi e nel recente passato

La concezione attuale della malattia mentale è senz'altro più complessa rispetto alle semplificazioni del passato, anche recente, e vede una sostanziale convergenza del mondo scientifico internazionale e della stessa organizzazione mondiale della sanità (Oms). Si tratta di un disturbo multifattoriale dove gli elementi biologici, psicologici e sociali, giocano un ruolo fondamentale nella genesi, nella evoluzione e nel trattamento.

Ma prima di approfondire alcune tematiche contemporanee correlate alla malattia mentale, appare opportuno, per una migliore comprensione del presente, ricordare alcuni centri storici del recente passato.

Nell'epoca manicomiale, terminata nel no-

* Psichiatra.

stro paese circa 24 anni fa con la legge 180 del 1978, il malato di mente era considerato organicamente deteriorato, inguaribile, pericoloso per sé e per gli altri.

Negli ospedali psichiatrici venivano infatti accomunati persone dementi, handicappati psicofisici, anziani, anche non autosufficienti, insieme a chi soffriva esclusivamente di disturbi psichiatrici.

Il filo logico che univa queste classi patologiche era l'impossibilità della scienza di curarle e la volontà della società di escluderle. I malati di mente erano "rinchiusi" praticamente a vita e le cure limitate a pochi strumenti, consistevano in docce fredde, sedie rotatorie, elettroshock, contenzioni fisiche. Strumenti che erano considerati all'epoca scientificamente validi, pur essendo spesso utilizzati come mezzi di repressione e di punizione.

Con la scoperta della psicoanalisi da parte di Freud, l'aspetto psicologico, la relazione interpersonale, la storia della persona, assumono un ruolo importante, anche se limitato in un primo tempo al lettino dello psicoanalista e inizialmente contestato dalla cultura organicistica universitaria.

D'altro canto la scoperta degli psicofarmaci, a partire dalla seconda metà del Novecento, ha rappresentato un importante fattore di progresso per la psichiatria, consentendo di poter disporre di uno strumento alternativo alle vecchie metodiche custodialistiche-repressive.

La psicofarmacologica ha inoltre favorito il passaggio della psichiatria, da pratica sostanzialmente non medica a branca riconosciuta nell'alveo della scienza ufficiale anche se sempre considerata di minore rilevanza. Un terzo fattore che ha dato un contributo rilevante alla nascita della moderna psichiatria ed alla concezione della malattia mentale è rappresentato dalla scoperta dell'influenza del sociale nella evoluzione dei disturbi psichici.

Al di là delle concezioni ideologiche che nella seconda metà del Novecento hanno pervaso una parte della cosiddetta antipsichia-

tria e che sostenevano l'inesistenza della malattia mentale, in quanto prodotto della società capitalista, la corrente sociale ha portato a considerare l'influenza della società moderna sulla malattia mentale.

A questo proposito è opportuno ricordare che lo stesso Basaglia, psichiatra che con la sua battaglia per la chiusura dei manicomi ha determinato la legge 180, affermava comunque l'esistenza della malattia, pur evidenziando il ruolo condizionante dei valori della società nella sua nascita, evoluzione e considerazione.

Per completare la sintesi dei filoni storici che hanno portato alle attuali valutazioni della malattia mentale, si deve evidenziare il ritorno, in particolare nell'ultimo decennio, della importanza attribuita alla componente genetico-biologica.

Le recenti scoperte del genoma, gli studi sui gemelli monozigoti, hanno dimostrato un ruolo predisponente che giocano i fattori genetici. Ma non bisogna dimenticare il dato più importante rappresentato dalla scarsa conoscenza che ancora oggi abbiamo delle componenti genetiche e soprattutto di come queste influenzano la psiche. È anche opportuno sottolineare che gli stessi ricercatori sul genoma parlano di predisposizione, e non di determinazione, attribuendo una grande importanza all'ambiente.

La scoperta e l'utilizzazione dei metodiche sempre più raffinate (dalla Tac alla Pet) hanno permesso di scoprire alcuni cambiamenti del cervello relativi alle emozioni, in aggiunta alle modificazioni cliniche già conosciute.

Si tratta di ricerche e studi che potranno consentire una evoluzione delle nostre conoscenze scientifiche, ma non sono in grado di spiegare come le modificazioni studiate influenzano gli stati psichici.

È questo un passaggio fondamentale da tenere sempre presente per non cadere nella semplificazione che vuole correlare alterazioni chimiche del cervello allo stato mentale di una persona.

La complessità del cervello è ancora in gran

parte da scoprire e comunque il cervello non è la persona, che vive, agisce, pensa e ragiona in relazione alla sua storia ed al suo ambiente.

Ancora oggi non sappiamo come realmente gli psicofarmaci determinano dei cambiamenti psichici, possiamo fare solo delle ipotesi. L'unica cosa che possiamo affermare è che in qualche modo agiscono sulla psiche e che pertanto le modificazioni cliniche che determinano, influenzano lo stato mentale. Non sappiamo come e perché, non conosciamo le ragioni per le quali alcune persone reagiscono all'assunzione di psicofarmaci in modo diverso da altre, e perché in alcuni casi determinano risultati ed in altri no.

Diagnosi e normalità

Pur con i limiti della necessaria sintesi legati ad un articolo, dovrebbe essere chiaro che la malattia mentale non è un semplice disturbo medico, ma è una sindrome complessa, dove i diversi fattori biologici, psicologici e sociali, si intrecciano con la storia di ciascuna persona e determinano un disturbo mentale specifico per ogni persona.

Non è un caso che nella classificazione delle malattie mentali nella nosografia ufficiale (Dsm IV e ICD X) si possono individuare centinaia di disturbi diversi tra di loro, dove ciascuno è costituito da diversi sintomi che devono essere presenti per un determinato periodo di tempo e che gli stessi sintomi possono comunque trovarsi in diversi altri disturbi mentali. Bisognerebbe anche valutare gli aspetti storici e culturali che influenzano la diagnosi.

Basta ricordare che qualche decennio fa l'omosessualità era classificata come malattia mentale e che oggi, senza che vi siano state evoluzioni scientifiche nuove, è stata considerata normale.

A questo punto è necessario affrontare il tema della follia e della normalità. Oggi possiamo dire che il confine non è netto, ma che ci troviamo di fronte ad un *continuum*; tra il bianco ed il nero c'è una zona grigia più o meno estesa a seconda delle diverse valutazioni.

Questo è vero in particolare per tutti i disturbi mentali che, per semplicità e chiarezza di esposizione, possiamo definire più lievi e che ancora, in diversi casi, vengono definiti come nevrosi (ansia, fobie, depressioni reattive ecc).

Una bussola, arbitraria ma utile, per valutare se uno di questi disturbi sia da trattare è rappresentato da come e da quanto nel tempo invalida la vita della persona.

Uno stato depressivo reattivo alla scomparsa di una persona cara è normale, diventa patologico se persiste negli anni e non consente di continuare a vivere la propria vita in modo normale secondo i valori e le regole della società.

Se una persona che abita al secondo piano ha paura dell'ascensore, se non ha altri disturbi psichici, può continuare a vivere tranquillamente senza bisogno di cure psicofarmacologiche e/o psicoterapiche.

Se, per ipotesi, dovesse andare a lavorare al trentesimo piano di un grattacielo si porrebbero dei problemi di scelta di vita e di trattamento.

La schizofrenia

Più complesso è invece il disturbo psichico grave che vede nella schizofrenia e nella depressione maggiore, le malattie mentali più frequenti e più invalidanti. Senza dimenticare il dramma dell'anoressia mentale, tipica della nostra società occidentale che esalta i valori estetici, e che inizialmente viene troppo spesso sottovalutata e, se non trattata, può portare anche alla morte.

La schizofrenia, caratterizzata da idee deliranti, allucinazioni, linguaggio incomprensibile, affettività piatta o incongrua, disturbi del comportamento con ritiro sociale e non consapevolezza di malattia, rappresenta nell'immaginario collettivo la vera e propria follia. L'esordio è in età giovanile e questo rappresenta un fattore di confusione con le fisiologiche crisi adolescenziali, in quanto l'esordio può essere lento e rappresentato da chiusura in se stessi, cambiamenti nelle abitudini di vita, abbandono delle relazioni sociali ed

affettive. Altre volte l'esordio può essere improvviso, relativamente alle manifestazioni comportamentali, ed in questo caso la prognosi è maggiormente favorevole.

Le cause sono multifattoriali (biologiche, psicologiche e sociali) e non sono certo da individuare in fattori magici o fatture, così come purtroppo ancora oggi molte persone credono. Le stesse sostanze stupefacenti possono rappresentare un elemento scatenante ma non una causa.

Oggi possiamo affermare, contrariamente a quanto crede l'opinione pubblica, che di schizofrenia si può guarire. Anzi circa un caso su tre ha esito favorevole, un altro terzo discontinuo e solo un terzo ha una evoluzione in cronicità. Gli interventi sono tra di loro integrati e comprendono trattamenti psicofarmacologici, psicologici e sociali, avendo come obiettivo la migliore qualità della vita possibile, attraverso il recupero delle capacità sociali della persona.

Il cosiddetto schizofrenico è pericoloso più o meno come il cosiddetto normale, anzi è più oggetto che non soggetto di violenza, e spesso è in grado di lavorare. Ha il diritto ad essere curato nella sua comunità con servizi diversificati (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri) in relazione alle sue condizioni cliniche, con l'integrazione delle diverse professionalità e con l'attivazione delle risorse del territorio.

Importante è cercare di porsi di fronte ad una persona con disturbi psichici senza pregiudizi e senza etichette prestampate nella mente.

Le depressioni

Per quanto riguarda la depressione il primo punto da chiarire è l'esistenza non della depressione ma di diversi tipi di depressione. È questo un concetto importante perché i mass media continuano a parlare di una generica depressione accomunando gravi disagi psichici (la cosiddetta depressione maggiore o endogena), con lievi e normali stati di sofferenza mentale, spesso conseguenza di eventi negativi della vita.

La depressione maggiore è caratterizzata da

sentimenti di disperazione, di inutilità, da idee deliranti di rovina e di colpa, da comportamenti suicidari. Non è influenzabile da semplici parole di incoraggiamento e di conforto, i movimenti sono lenti, la parola è limitata, l'appetito è scarso, spesso si presentano precoci risvegli mattutini, e le condizioni psichiche sono peggiori la mattina rispetto al resto della giornata. Rappresenta un disturbo grave, nel quale tra i fattori predisponenti sembrano giocare un importante ruolo la familiarità, le perdite e le separazioni nei primi anni di vita. Tra i fattori protettivi si può evidenziare una valida rete sociale, con una vita affettiva e lavorativa soddisfacente. Il trattamento deve essere individualizzato e necessita di appropriati trattamenti psicofarmacologici, psicologici e sociali.

Le altre condizioni depressive sono invece caratterizzate da una depressione del tono dell'umore meno marcata, con possibili alleuvazioni in seguito ad incoraggiamento o conforto. C'è la tendenza ad incolpare gli altri delle proprie condizioni, irritabilità, pessimismo ma senza idee deliranti di colpa o di rovina, risvegli frequenti, peggioramento delle condizioni psichiche nel pomeriggio-sera. In questi casi l'intervento potrebbe limitarsi all'ascolto, a colloqui di sostegno, oppure a temporanei interventi psicoterapeutici e/o psicofarmacologici. In realtà la divisione tra depressione grave e lieve non è netta ma c'è un *continuum*, con un'ampia zona grigia.

La presa in carico

In tutti i disturbi psichici, fondamentale è la capacità di comprendere, di ascolto, di rapportarsi con l'altro, nonché di condivisione del progetto terapeutico riabilitativo e della consapevolezza dei possibili rischi rispetto ai possibili benefici. C'è, come affermava lo psichiatra Franco Basaglia, "la necessità di considerare il malato di mente come un problema da vivere nel corpo stesso della realtà sociale, piuttosto che continuare a viverlo come una mera realtà scientifica". Questo, giova ripetere a scanso di equivoci, riconoscendo la problematicità della malattia mentale e

la possibilità di interventi psicofarmacologici, psicologici e sociali, nonché la necessità di servizi e strutture.

Si tratta di un rapporto che, se da un lato rischia di cadere nella istituzionalizzazione (medicalizzazione, oggettivazione, mantenimento, ricovero, ideologia della psichiatria biologica, controllo sociale, contenzione) dall'altro lato trova lo spettro dell'abbandono della persona a se stessa o nella famiglia (negazione del disturbo, delega totale alla libera scelta di chi soffre, carente presa in carico, psichiatria sociale ideologica).

Le risposte appropriate

Obiettivo prioritario per chi opera in salute mentale, oltre ai trattamenti migliori possibili, è fornire risposte adeguate ai bisogni primari, il raggiungimento di condizioni di vita dignitose, l'integrazione sociale, l'instaura-

zione di valide relazioni affettive, autonomia e lavoro.

Si dovrebbero superare definitivamente i luoghi psichiatrici della separazione, dell'allontanamento e della contenzione, riconoscendo il diritto per tutte le persone con gravi disagi psichici a non subire azioni lesive della propria incolumità fisica e della propria dignità. Ad una salute mentale "di attesa" senza capacità promozionali e propulsive andrebbe contrapposta una psichiatria di comunità, organizzata sulla presenza di reti di protezione e di servizi sul territorio, aperti anche 24 ore su 24, capaci di una presa in carico evolutiva in grado di ridurre la sofferenza personale e del peso sulle famiglie. Infine, più in generale appare importante attuare incisivi interventi contro il pregiudizio sociale ed il mito del "matto" pericoloso, incurabile ed in-guaribile.

Bibliografia

- *Gilberti e Rossi, Manuale di psichiatria, Piccin & Vallardi, 1996.*
- *Henry EY, Bernard P, Brisset CH, Manuale di Psichiatria, Masson, 1995.*
- *Massimo Casacchia, Rosaria Pioli e Giuseppe Rossi (a cura di), World Psychiatric Association Schizofrenia e Cittadinanza. Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione, Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.*
- *Gian Fiorillo e Massimo Cozza, Il nostro folle quotidiano. Indagine sulla rappresentazione della follia e della malattia mentale, Manifestolibri, 2002.*
- *Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, Basaglia, Bruno Mondadori, 2001.*
- *Edward Shorter, Storia della Psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac, Masson, 2000.*
- *American Psychiatric Association DSM-IV, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, Masson, 1996.*
- *ICD X. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1994.*

Siti Web

- www.psychiatryonline.it/ital/current.htm
- www.consulta-salutemente.it
- www.medscape.com/psychiatryhome
- www.psychlinx.com

I modelli concettuali in psichiatria

Le basi teoriche di una corretta pratica assistenziale

di Silvia Poblete Caballero*

Un'analisi del ruolo dell'assistenza infermieristica e delle funzioni dell'infermiere in psichiatria, nelle strutture deputate ma anche nella società, per individuare le situazioni a rischio e fare prevenzione. In particolare si evidenzia come un modello concettuale di riferimento e le moderne teorie di nursing possano arricchire e qualificare il servizio reso dall'infermiere alla collettività.

*A*nalysis of nursing role and nurse's tasks in psychiatry, either performed into the appointed structures or at a social level, to individuate risky situations and perform prevention activities. Highlights: a conceptual reference framework and the up-to-date nursing theories can improve and qualify the nursing role at the collective level.

Partendo dal presupposto basilare di intendere l'assistenza infermieristica come un processo dinamico, terapeutico ed educativo che prende in considerazione i bisogni sanitari della società possiamo chiederci quali siano le funzioni e lo scopo dell'agire infermieristico.

La norma legislativa definisce per l'infermiere funzioni di carattere preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo. Essa connota inoltre la natura dell'assistenza infermieristica: tecnica, relazionale ed educativa.

Pertanto è possibile affermare che la funzione dell'assistenza infermieristica è quella di aiutare, attraverso azioni/prestazioni tera-

peutiche ed educative, l'individuo e la famiglia ad utilizzare le proprie risorse e potenzialità per gestire autonomamente e nel modo più appropriato possibile la propria salute e la condizione di malattia o disabilità, se fossero presenti.

L'utilità dei modelli concettuali e delle teorie di nursing

I modelli concettuali sono rappresentazioni astratte della realtà e mettono a fuoco, collegano aspetti diversi di una realtà complessa. In altri termini, possono essere intesi come dei tentativi di lettura e di spiegazione di un fatto, l'assistenza infermieristica nel nostro caso, in un dato momento e in un contesto culturale definito.

I modelli concettuali consentono ai professionisti delle varie discipline di applicare e verificare la propria base di conoscenze. Essi definiscono al loro interno l'oggetto di studio, lo scopo, i metodi e gli strumenti disciplinari.

La disciplina infermieristica è una disciplina che si interessa dell'uomo nel suo complesso, in quanto beneficiario dell'assistenza. Di conseguenza il fine che persegue è quello di offrire un servizio qualificato e specifico che si inserisca efficacemente nel vasto campo delle discipline e delle professioni sanitarie.

I modelli concettuali riferiti alla disciplina infermieristica hanno dunque lo scopo di fornire indirizzi per la pratica assistenziale, la formazione e la ricerca. Trovano collocazione al loro interno i quattro concetti fondamentali della disciplina infermieristica: uomo-persona, ambiente, salute-malattia, assistenza in-

* Iid, Infermiera responsabile del Nucleo operativo Assistenza infermieristica, Dipartimento di Salute mentale, Azienda Usl 3 Genovese.

fermieristica. Un modello concettuale infermieristico consente innanzitutto di precisare il contributo della professione nel vasto campo della salute e quindi permette di spiegare, al pubblico e ad altri professionisti, la natura del servizio reso dagli infermieri. Inoltre, è allo schema concettuale che l'infermiere fa riferimento per chiarire la propria posizione entro l'équipe multidisciplinare e per assolvere al proprio impegno.

Modelli concettuali e teorie di nursing si rivelandosi utili nella pratica clinica dell'infermiere aiutandolo nel processo ideativo e creativo necessario per risolvere problemi/bisogni nuovi, inediti e complessi dei pazienti. Essi devono costituire anelli di congiunzione con altri modelli e teorie peculiari di altri professionisti o di altre discipline della salute in modo tale da configurare una rete unica, solida, valida scientificamente, pluriprofessionale e multidisciplinare competente nel raggiungimento di risultati di salute nella società.

I modelli concettuali e le teorie di nursing configurano la specificità disciplinare ma non dovrebbero costituire barriere di cultura professionale che impediscono l'interscambio in un sistema aperto di conoscenze multidisciplinari.

Quali modelli?

Modelli concettuali e teorie elaborate da studiosi del Nursing di diverse nazionalità sono diventati patrimonio dell'intera professione (vedi bibliografia).

In realtà, però, la conoscenza posseduta appare ancora insufficiente in alcuni contesti. Probabilmente in ambito psichiatrico questa carenza è più accentuata e ciò potrebbe essere attribuito in parte alla rapida evoluzione del concetto di salute e di malattia mentale, sia dei sistemi di cura e luoghi di cura. Soltanto di recente, infatti, i luoghi di cura sono transitati dai vecchi manicomii ai luoghi di vita delle persone, tramite i servizi territoriali di salute mentale. Ciò nella convinzione che le persone affette da disagio psichico e malattia mentale, possano essere cu-

rate e trattate terapeuticamente, senza abbandonare i propri contesti di vita affettiva, familiare, sociale. Proprio per questo si è resa urgente e necessaria la formazione complementare specifica per l'infermiere psichiatrico, che contribuirà a una più compiuta competenza infermieristica anche sulle basi teoriche e concettuali dell'assistenza. Gli sviluppi delle scienze mediche e sociali, della psicologia e delle tecniche psicoterapeutiche, i recenti stupefacenti progressi della psico-farmacologia, la crescita delle professioni sanitarie, contribuiscono e contribuiranno a un miglioramento complessivo della cura del disagio psichico e della malattia mentale e al miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità psichica.

Poiché è fatto indiscutibile che le competenze professionali maggiormente richieste all'infermiere che opera in ambito psichiatrico siano le competenze relazionali ed educative, si potrebbe ad ogni buon conto tenere in considerazione quei modelli concettuali che assumono come fulcro la relazione infermiere/paziente. Probabilmente, però, questo criterio di selezione non è sufficiente.

È un dato di fatto, come dimostra l'analisi sistematica delle teorie del nursing, che le teorie siano costrutti astratti che vengono validati o sconfermati nella realtà dando così origine a uno sviluppo della conoscenza. Si può dunque affermare che, nell'operatività della pratica clinica con pazienti con malattia mentale, possono armonicamente essere integrati anche diversi modelli concettuali e teorie, visto che i bisogni delle persone affette da disagio psichico sono fra i più complessi e mutevoli rappresentando per l'infermiere una continua sfida professionale ed umana. Quanto più l'infermiere psichiatrico incorpora al proprio bagaglio culturale, modelli concettuali, teorie infermieristiche, teorie di altri campi disciplinari come quelle tratte dalla psicoanalisi, teorie comportamentali ed altre ancora, tanto più sarà in grado di svolgere il proprio ruolo di professionista in modo competente e quindi producendo risultati di salute.

Scheda

ALCUNI MODELLI CONCETTUALI DI ASSISTENZA

Le attività di vita secondo il modello di Nancy Roper

Nancy Roper nel suo modello propone una serie di attività di vita entro le quali possono essere ricondotti molti e diversi bisogni. Questo modello concettuale, con le 12 attività descritte, facilita la collocazione dei bisogni del paziente psichiatrico. Le attività di vita individuate dalla Roper sono: la sicurezza ambientale, la comunicazione, la respirazione, l'alimentazione, l'eliminazione, igiene personale e abbigliamento, la temperatura corporea, la mobilitazione, il lavoro e il tempo libero, la sessualità, il sonno, la morte.

Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica di Hildegard Peplau

Hildegard Peplau nel suo modello concettuale mette in evidenza la necessità della relazione nel processo assistenziale come fenomeno di crescita sia per il paziente che per l'infermiere. Nel modello concettuale vengono descritte quattro fasi: orientamento, identificazione, sviluppo, risoluzione. Questo modello ci aiuta ad orientarci nella relazione con il paziente focalizzando l'attenzione sui suoi reali bisogni, prevenendo anche possibili proiezioni dell'operatore nella raccolta dei bisogni e rendendo l'assistenza più mirata. Con questo strumento inoltre la Peplau facilita anche l'orientamento nella difficile attività di osservazione, nell'atteggiamento psicoterapeutico e nell'identificazione operativa, perché affronta le competenze del singolo infermiere nell'uso di se stesso come strumento terapeutico.

Il modello della North American Nursing Diagnosis Association

Un altro importante contributo di riferimento, che però non è un modello concettuale, ci è proposto dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) che si basa sulle diagnosi infermieristiche classificate in 15 categorie che possono essere particolarmente adatte per la pianificazione dell'assistenza psichiatrica. Tale classificazione è riferita alle pratiche quotidiane, che sono: attività/riposo, credenza/presa di posizione, cardiopolmonare (respirazio-ne/circolazione), comfort, percezione/cognizione, comunicatività (comunicazione), integrità fisica, ruolo/relazione, nutrizione, gestione delle risorse, eliminazione, senso/motoria, termoregolazione, emotività, difesa dell'ospite.

A cura di Valerio Fontanari

Bibliografia

- *Cantarelli M.*, Il Modello delle prestazioni infermieristiche, *Ed. Masson, Milano 1996*.
- *IPASVI*, Documenti Congressuali XI Congresso Nazionale IPASVI, *Firenze, 1996*.
- *Krupnik S., Wade A.*, Piani di assistenza in psichiatria, *McGraw-Hill, 1996*.
- *Manzoni E.*, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, *Ed. Masson, Milano, 1996*.
- *Marriner A.*, I teorici dell'infermieristica e le loro teorie, *C. Ed. Ambrosiana, Milano, 1989*.
- *Orem D.E.*, Nursing, Concetti di pratica professionale, *Ed. Summa, Padova, 1992*.
- *Peplau H.*, Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Una struttura concettuale di riferimento per una infermieristica psicodinamica, *Ed. Summa, Padova, 1994*.
- *Rogers M.*, Fondamenti teorici del Nursing, *Ed. Summa, Padova, 1992*.
- *N. Roper e altri*, Elementi di Nursing - Attività Quotidiane della Vita e Assistenza Infermieristica, *Il Pensiero Scientifico Editore*.

I luoghi della salute mentale

Le strutture dove si cura il disagio,
ma anche l'accoglienza del malato psichiatrico
in strutture sanitarie non specifiche

di Marussia Alderighi*

Il Dipartimento di Salute mentale offre, in risposta ai molteplici bisogni delle persone affette da disagio psichico, una organizzazione complessa fatta di servizi, professionalità e risorse diverse. L'infermiere ha l'opportunità di collaborare in ogni ambito e di poter esprimere la propria cultura confrontandola con altri professionisti in un lavoro di rete, sia nelle strutture sia fuori.

The Mental Disease Department offers, as an answer given to the various needs of people suffering for mental difficulties, a complex organisation of services, professionalism and several further resources. The nurse collaborates to each ambit, expresses his skills and compares with other professionals in a network approach, either into or out the appointed structures.

Il Dipartimento di Salute mentale si avvale, per offrire risposte ai bisogni della propria utenza di vari presidi, indicati nei vari PSR e nei progetti/obiettivo triennali per la salute mentale. I Centri di Salute mentale, il Servizio di Diagnosi e Cura, le Strutture Residenziali Protette ed Assistite, i Centri diurni di Riabilitazione psichiatrica, sono tutti luoghi di cura e riabilitazione dove l'infermiere può esprimere la propria professionalità. Far parte dello stesso team fa scoprire i vantaggi del lavoro di gruppo, offre una rete di relazioni agli utenti per garantire l'accoglienza e la continuità di cura, offre la pos-

sibilità di individuare l'ambito di lavoro più rispondente alle caratteristiche dell'operatore e quindi assicura degli outcomes validi per il paziente. Sperimentare, in un processo presidiato (non casuale, pensato sulle caratteristiche degli utenti che fruiscono delle strutture) di turnazione nei vari presidi della Ufsma, le differenze, ma ancor di più le somiglianze, promuove nell'operatore una consapevolezza assoluta della necessità del lavoro di rete e garantisce l'opportunità di scoprire ed individuare le potenzialità del paziente in tutte le fasi della malattia.

Altro vantaggio dato da una turnazione validata è rappresentato dalla prevenzione del burnout, rischio sempre presente in contesti ad alto coinvolgimento emotivo e spesso alta emotività espressa, che si può tradurre in una perdita di speranza e di investimento affettivo da parte degli operatori nel proprio lavoro o al contrario nell'ipercoinvolgimento fino a giungere a vere e propri agiti difensivi.

L'articolazione dei Servizi per la salute mentale

Tutti i diversi presidi rivestono la stessa importanza: hanno la funzione di rispondere ai bisogni della persona con disagio psichico. Secondo le indicazioni di legge operano per prevenire, curare, riabilitare in un modello di rete che prevede una stretta collaborazione, interazione, integrazione nel rispetto della continuità terapeutica. Termine abusato e spesso svuotato del vero

* Afd, Unità funzionale Salute mentale adulti, Zona Empolese, Ausl 11, Empoli.

significato: accompagnare la persona affetta da disturbo grave in un percorso che, utilizzando tutte le risorse possibili, lo conduce ad un benessere possibile fisico, psichico e sociale, il massimo livello raggiungibile. Ogni presidio, e quindi gli operatori che vi lavorano, collabora in funzione del progetto individuale del paziente.

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

È lo spazio ospedaliero dove si effettuano i ricoveri in regime di Trattamento sanitario volontario (Tsv) o in regime obbligatorio (Tso). Il numero di posti letto è in rapporto agli abitanti della zona di riferimento, stabilito per legge tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti, ma in ogni caso ciascun Spdc non può avere più di 16 posti letto.

In tale presidio si effettuano gli interventi di urgenza, ma ha anche la funzione di fornire un'inquadramento diagnostico e di impostare una adeguata terapia, per formulare (o riformulare) un progetto di presa in cura che sarà messo in atto territorialmente. È parte integrante del Dipartimento di Salute mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il Dsm fa parte.

CSM: Centri di Salute Mentale

Collocati territorialmente, con orari di apertura stabiliti dalla legge. Vi lavorano medici psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori.

Nei centri di salute mentale si stabiliscono e mettono in atto i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, si offrono risposte ambulatoriali specialistiche (dal colloquio psichiatrico ai vari interventi psicoterapici duali e di gruppo, le certificazioni medico-legali, le consulenze mediche ed infermieristiche e si programmano e si attuano gli interventi domiciliari per i pazienti in cura al servizio).

Viene inoltre attuata un'attività di raccordo con i medici di medicina generale, di con-

sulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze etc.) ed è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

In sostanza rappresenta per le persone con disagio psichico, grave e non, la porta principale d'ingresso del Dsm, nonché il luogo di coordinamento del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, che si può svolgere all'interno dei diversi servizi e presidi dipartimentali.

CD: Centri Diurni di Riabilitazione Psichiatrica

Sono gli spazi dedicati ai pazienti con disagio psichico serio che necessitano di interventi riabilitativi di medio lungo termine. Non è un luogo asilare, il paziente non va a "passare il tempo" o ad occuparsi genericamente di attività per "distrarsi dalla follia", non è un luogo per trovare lavoro. L'accesso non è diretto, ma è l'équipe stessa che propone al paziente ed alla famiglia il percorso che prevede la frequenza al centro. In questo luogo si propongono interventi che utilizzano varie strategie terapeutiche di gruppo (la drammatizzazione, la musicoterapia, l'arteterapia, la psicomotricità) in un contesto ricco di stimoli, e soprattutto denso di relazioni umane in grado di riattivare e salvaguardare quei processi psichici attaccati dalla psicosi restituendo alla persona sofferente la possibilità di integrare con se stessa e con gli altri.

Dai centri diurni, dove alla persona sofferente si offrono opportunità riabilitative, a partire dalla lettura dei suoi bisogni, possono essere proposti interventi riabilitativi che conducono ad esperienze lavorative, inizialmente a massima protezione (inserimenti terapeutici) e, man mano, di livelli di protezione inferiori fino alla conquista di un lavoro attraverso, ad esempio, l'inserimento in cooperative sociali.

L'infermiere collabora con tutte le altre figure professionali nei progetti riabilitativi integrati.

SRP: Strutture Residenziali Protette - Comunità Terapeutiche

Questo presidio è dedicato ai pazienti con gravi disturbi psichici, giovani che necessitano di interventi di alta specializzazione, lontano dalla famiglia. Ogni inserimento in comunità prevede un percorso individuale con una dimissione graduale, che può condurre ad una vita autonoma, laddove possibile, ad un inserimento in una Sra, ad un rientro in famiglia. Al momento dell'ingresso in Srp, con il paziente e la famiglia viene concordato un programma terapeutico, che verrà verificato periodicamente.

Molti sono i fattori terapeutici espressi dalla comunità: la funzione di riunificazione delle parti scisse esercitata dal gruppo dei curanti, la facilitazione e la mediazione dei rapporti con il mondo esterno, la relazione terapeutica (ascolto e dialogo), la funzione di operatore/modello di riferimento, la condivisione della quotidianità con il suo valore concreto e simbolico, il contenimento dato da regole e orari, la terapia farmacologica, la cura della persona e dell'ambiente contrapposta all'abbandono e alla trascuratezza, il coinvolgimento della famiglia, spesso stanca e rassegnata e/o ad alta emotività espressa, in qualità di oggetto di attenzioni e di terapia, la sua utilizzazione, con varie modalità, come risorsa.

Il gruppo che opera direttamente nella comunità è sostenuto e supervisionato dalla équipe del Csm che, inizialmente ha proposto l'inserimento del paziente e che lo riprenderà in cura, con un nuovo progetto territoriale, al momento della dimissione.

SRA: Strutture Residenziali Assistite

Sono luoghi anch'essi sanitari, intermedi, con un livello di protezione di minor intensità. Hanno la funzione di offrire alla persona che ha già esperito un percorso riabilitativo, di un luogo dove consolidare le proprie autonomie sia personali, che sociali, in un progetto che deve essere anch'esso a termine (non è "casa", ma di nuovo uno spazio riabilitativo).

Il gruppo dei curanti si avvale della collaborazione di operatori sociali che accompagnano il paziente verso il massimo recupero possibile. Le funzioni dell'infermiere sono nuovamente di mediazione e "interfaccia" tra i bisogni dell'utente e la comparsa di soggetti non sanitari (ad esempio assistenti domiciliari di cooperative di servizi) nel progetto riabilitativo.

Enti locali e Università

I Comuni, in relazione alle proprie competenze in tema di interventi e servizi sociali, collaborano con proprie specifiche risorse alla realizzazione del Progetto Obiettivo, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci.

In particolare i Comuni assicurano la fruizione dei servizi sociali rivolti alla generalità dei cittadini, garantiscono il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare e destinano strutture per assicurare i servizi.

Alle Università, nell'ambito della programmazione regionale, viene affidato almeno un modulo tipo del Dsm.

Il paziente psichiatrico nelle strutture sanitarie "generaliste"

Ogni persona, secondo le indicazioni legislative italiane, ha diritto di ricevere le cure nel luogo che risponde più opportunamente alle sue necessità. L'esperienza di ospedalizzazione, naturalmente carica di significati emotivi per ogni utente, può diventare, per la persona con danno schizofrenico, un vero e proprio evento critico, riacutizzando sintomi psicopatologici.

Il gruppo di curanti dei Centri di Salute Mentale, infermieri e medici psichiatri, può, in base alla valutazione della situazione, intervenire per sostenere la persona e la famiglia, facilitare i rapporti con l'équipe di cura del luogo dove la persona è ricoverata, assicurare la continuità psicofarmacologica, fornire ai colleghi strumenti di osservazione e valutazione.

Un vero e proprio progetto di continuità te-

raeutica, potrà essere attuato in collaborazione con gli operatori della sezione, per garantire che le risposte per la persona con problemi di salute mentale, siano le più adatte alle sue necessità.

Spesso un'attenzione all'ascolto, accompagnata da semplici atteggiamenti di risposta e di accoglienza possono condizionare positivamente l'esperienza sia del paziente che degli operatori che si trovano, spesso per la prima volta, a contatto con il disagio psichico grave. Di contro il gruppo curante della salute mentale non può e non deve accettare la gestione di un mandato sociale, che anche se non esplicitato, è quello di oc-

cuparsi di situazioni di cui nessun altro vuole occuparsi (per difficoltà, impegno, ma anche semplicemente per l'inquietudine che trovarsi di fronte ad uno schizofrenico può farci provare).

Il paziente psichiatrico, come qualunque altro paziente, ha il diritto ad avere la miglior risposta possibile, nell'ambito normalmente destinato a quella tipologia di risposte. La funzione del gruppo curante è quella di offrirsi in questo caso da mediatore con l'esterno, interprete dei bisogni più complessi, ma soprattutto di fornire agli altri operatori strumenti di conoscenza e comprensione.



Faq

Le domande più frequenti sulla cura della salute mentale

di Valerio Fontanari¹, Duilio Lo², Marin Meri³

Come interviene l'infermiere nel settore della Salute mentale? Come comportarsi con pazienti in situazioni particolari? Che cos'è l'auto-mutuo-aiuto? Sono le faq (in inglese *frequently asked questions*, ovvero le domande più frequenti) e a queste domande semplici, ma fondamentali, rispondono infermieri impegnati nei Dipartimenti di Salute mentale.

The most frequent questions on mental disease treatment: How the nurse operates in the mental disease sector? How to interact with the patient in peculiar situations? What's the auto-mutual-help? Nurses of Mental Disease Departments give their answers to these, simple but basic, frequently asked questions (FAQs).

Qual è il ruolo dell'infermiere nella promozione della salute mentale e nella prevenzione?

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie rappresentano un'area molto spesso lasciata in disparte. Nella salute mentale molti hanno addirittura la convinzione che non si possa attuare alcun tipo di intervento teso a promuovere la salute. Questa concezione deriva da una cultura che intende l'uomo "essere prevalentemente biologico".

Sicuramente è molto più facile pensare alla promozione della salute fisica attraverso momenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, secondo canoni tradizionalmente esercitati, ma è possibile farlo anche per la salute mentale intervenendo prevalentemente

per diffondere nel territorio (scuole, comitati di quartiere, condomini o altre aggregazioni) la cultura impostata sulla conoscenza del disagio psichico e delle sue manifestazioni, tendente ad abbattere il pregiudizio e l'intolleranza sociale (stigma). Si può poi operare per far conoscere i servizi di salute mentale e le funzioni che svolgono al servizio dell'utenza e per agevolare l'interazione con le associazioni di volontariato e dei familiari, secondo progetti integrati e condivisi. In particolare, l'infermiere può utilmente offrire il suo contributo professionale con diverse modalità.

a) Negli interventi a domicilio:

- leggere le dinamiche familiari utilizzando i modelli teorici di riferimento;
- attuare il processo di relazione di aiuto alla famiglia;
- adattare il progetto terapeutico e assistenziale alle abitudini culturali e sociali dell'ambiente;
- operare per l'inserimento dell'individuo nel tessuto sociale ponendosi come agente di integrazione fra le risorse esistenti e l'utenza;

b) programmare, promuovere e partecipare a momenti di educazione sanitaria e prevenzione sensibilizzando la popolazione, stimolando e sostenendo le iniziative di mutuo aiuto;

c) promuovere e partecipare a programmi riabilitativi e risocializzanti integrandosi con le altre risorse del territorio;

d) condurre gruppi riabilitativi, utilizzando il lavoro di gruppo come tramite per la relazione d'aiuto;

e) collaborare a progetti di inserimenti for-

1) IP Sap, Disturbi comportamento alimentare, Asl Trento.

2) Afd, Direttore Rivista NEU dell'Anin (Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze),

Responsabile Servizio Formazione, Istituto di Riabilitazione Psichiatrica del Centro Fatebenefratelli di S. Colombano al Lambro (Mi).

3) Referente infermieristica del Dipartimento salute mentale, Ass 5 Bassa Friulana, Palmanova (Ud).

mativi e lavorativi, protetti e non, portando un contributo specifico teso a valorizzare le capacità dell'utente e a salvaguardarne la motivazione e l'adesione al progetto.

Uno strumento ancora poco utilizzato dall'infermiere è la ricerca. Appropriarsi degli strumenti offerti dalla ricerca infermieristica e impostare delle linee che esplorino le aree critiche dell'assistenza o dei modelli di intervento, potrebbe agevolare e velocizzare il processo di cambiamento in atto nella professione infermieristica.

Duilio Loi

Cosa significa "prendere in carico" un paziente psichiatrico?

Prendersi cura dell'utente affetto da disagio psichico significa adottare un approccio globale che tenga in considerazione la persona come unica nella sua specificità e fonte fondamentale ed insostituibile di informazioni. Con questa concezione non si può che parlare di approccio personalizzato nella costruzione di un progetto di vita per l'utente, ma soprattutto con l'utente, che tenga conto di tutti i suoi bisogni.

Un progetto personalizzato considera tutti gli assi su cui ruotano le esigenze di ogni persona, che vanno dal bisogno di un luogo da abitare, al bisogno di un'attività lavorativa, al bisogno di socialità.

La casa può essere un bisogno primario, determinato dalla mancanza vera e propria di un luogo in cui vivere, risolvibile con il recupero fisico di un alloggio, ma può essere l'espressione di un disagio legato all'ambiente attualmente abitato, ma non vissuto. Un "luogo" che necessita di interventi a livello relazionale prima ancora che strutturale e/o fisico. Ecco che un inserimento temporaneo in comunità può rappresentare il modo opportuno per distendere una situazione familiare difficile, modo che permette di lavorare sul clima emozionale nell'ottica di un rientro della persona nel suo nucleo di origine.

Ma la persona ha bisogno anche di essere

impegnata quotidianamente in attività che non servono per passare il tempo, bensì per incrementare le proprie abilità, il bisogno di appartenenza ad un gruppo, la propria autostima. Ecco che allora il progetto deve comprendere anche momenti di socialità con la promozione di attività ricreative, culturali, sportive, ma soprattutto deve proporsi come propulsore di un'attività lavorativa che, calibrata sulle necessità delle singole persone, può partire da laboratori protetti, passando per corsi di qualificazione, esperienze di borse lavoro, fino ad arrivare ad un inserimento lavorativo vero e proprio, ad esempio nelle cooperative integrate. Prendersi cura dell'utente significa quindi costruire con lui (e non su di lui o per lui) un progetto di vita che permetta di accompagnarlo in un percorso di cambiamento all'interno del territorio di appartenenza che lo riconosca come soggetto attivo con diritto di cittadinanza.

Marin Meri

Qual è il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione?

Il disagio psichico è una condizione che porta la persona a relazionarsi con il mondo esterno adottando dei modelli comportamentali non condivisi dalla società, che implicano la perdita dell'autonomia.

Riabilitare significa mettere in atto una serie di interventi mirati all'acquisizione o al recupero della abilità perse, dove per abilità si intenda la capacità di svolgere nel modo opportuno una serie di attività quotidiane.

Il ruolo dell'infermiere è quello di accompagnare in un percorso a tappe l'utente, con una gradualità di interventi che parte dalla sostituzione dell'utente in determinate attività, passando per il sostegno attivo fino ad arrivare all'autonomia vera e propria della persona, momento in cui il ruolo dell'infermiere diventa unicamente di stimolo ed incoraggiamento.

Il percorso riabilitativo è un percorso che richiede un tempo lungo, tempo che non

deve essere quello cronometrato, misurato cioè dall'infermiere sulla base delle proprie disponibilità ed aspettative, ma deve essere il tempo soggettivo dell'utente, scandito da un prima ed un dopo, ma che non sia bloccato, "cronico". La quotidianità diventa il luogo privilegiato dell'intervento che tiene conto non solo dell'utente, ma anche dell'ambiente circostante. Non è possibile infatti pensare di riabilitare una persona senza modificare anche tutto ciò che la circonda. Devono essere creati i presupposti affinché si possano costruire relazioni e creare le condizioni per la nascita di vere e proprie reti sociali di supporto. Il ruolo dell'infermiere infine è un ruolo inserito in un contesto d'équipe, in cui si integrano autonomie, competenze e responsabilità di professionisti diversi che mirano al raggiungimento di un unico obiettivo. L'infermiere deve essere in grado di riconoscere le disabilità dell'utente, acquisendo però la capacità di far leva sulle abilità presenti permettendo lo sviluppo di comportamenti quotidianamente competenti. Nella complessità del lavoro d'équipe l'infermiere si distingue per la sua funzione peculiare di sostegno nella quotidianità, realizzando un rapporto stabile con l'utente come premessa fondamentale per garantire la possibilità di far emergere bisogni ed aspettative dell'utente.

Marin Meri

Il paziente si scompensa: contenzione sì o no?

La contenzione, sia chimica che fisica, può essere a volte evitata se si riesce a creare intorno al paziente un clima terapeutico che permetta di "contenerlo" emotivamente.

Questo tipo di contenimento (che si differenzia dalla contenzione o coercizione) è favorito da una serie di fattori contingenti come:

- presenza di operatori con buon self control, autorevoli, in grado di tollerare il disagio e la paura, con capacità di dialogo e di empatia;

- possibilità di gestire la relazione con il paziente nella direzione di una minima alleanza, al cui interno si possa negoziare una terapia;
- in cui non si presentino eccessivi elementi di rischio, né fisici (presenza di vegetate, materiali contundenti ecc), né psicologici (eccesso di confusione e rumori), né infine di rischio verso persone che potrebbero essere coinvolte.

Se questo tipo di contenimento non funziona o se il paziente diventa violento, può essere necessario arrivare alla coercizione. L'operatore deve aver ben presente che la contenzione è una pratica che va a limitare in modo violento la libertà del paziente stesso e pertanto va usata solo come estremo rimedio e con prescrizione medica. Il paziente contenuto con fasce è un paziente non autonomo, la cui responsabilità è totalmente nelle mani degli operatori, che devono quindi osservarlo sempre per garantire la sua incolumità.

Il senso della coercizione non deve mai essere quello di una punizione, bensì di un modo estremo di tutelare il paziente dal fare del male a sé o agli altri, e deve essere tenuta per il minimo tempo possibile, per esempio fino a quando la terapia farmacologica prescritta dal medico può fare effetto. La coercizione, avviene comunque all'interno di una relazione e spetta all'infermiere comunicare nel modo più appropriato con il paziente affinché tale intervento violento possa essere rielaborato all'interno di una relazione d'aiuto.

Valerio Fontanari

Il paziente sta male e rifiuta il ricovero. Come agire se viene indicato il Tso?

Il Tso è un atto sanitario e di ordine pubblico emanato con ordinanza dal sindaco. Per effettuare l'ordinanza, se la situazione è particolarmente pericolosa e in situazioni di violenza, è bene che l'intervento avvenga in collaborazione con la forza pubblica. È buona norma comunque che non sia delegata l'effettuazione del Tso alla sola forza

pubblica, perché la presenza dei sanitari è doverosa trattandosi del fatto che è un atto sanitario. I sanitari inoltre possono garantire un intervento con minor danno per il paziente o per chi ne sia in qualche modo coinvolto.

Per il paziente sarebbe anche meno traumatico che il Tso fosse effettuato dai sanitari per i seguenti motivi:

- è facile che i sanitari siano conosciuti dal paziente e che esista già una relazione favorevole fra di loro;
- la forza pubblica spesso è vissuta dal paziente come provocatoria;
- i sanitari rispetto alla forza pubblica possono avere maggiori strumenti professionali attraverso la relazione di aiuto per favorire un clima terapeutico e per convincere il paziente ad accettare il Tso;
- l'arrivare al domicilio del paziente con la macchina del servizio invece della volante o dell'ambulanza può essere un intervento meno plateale e quindi anche meno provocatorio per il paziente.

Un intervento integrato inoltre fra forza pubblica e i sanitari può rinforzare i rapporti di collaborazione superando posizioni di deleghe e/o di scarico dei problemi fra istituzioni, potenziando l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Anche in questo caso l'intervento non deve mai prendere il senso della punizione o della colpevolizzazione nei confronti del paziente, ma deve essere un atto estremo per tutelare il paziente che non è in grado, per colpa della sua malattia, di capire l'estrema necessità del bisogno di cura.

Valerio Fontanari

Il paziente è aggressivo e minaccioso. Come affrontare la situazione?

L'aggressività espressa da una persona può essere evidente o mascherata.

Le forme evidenti di aggressività riguardano le violenze fisiche sottoforma di comportamenti motori aggressivi o distruttivi (colpi, aggressioni fisiche, rottura di oggetti) e le violenze verbali (insulti, offese, mi-

nacce che spesso accompagnano la violenza fisica, ma che possono anche presentarsi senza evolvere poi in violenza fisica). Infine ci sono gli atteggiamenti negativisti: l'aggressività si può esprimere con un atteggiamento oppositivo, il rifiuto di parlare, di mangiare, di aiutare, oppure con un atteggiamento generale di disprezzo per gli altri e per le loro espressioni, opinioni, aspirazioni.

Le forme di aggressività mascherata si manifestano invece con note sarcastiche, commenti sfavorevoli, la dimenticanza di un nome o di un appuntamento, l'uso costante dell'ironia o la tendenza a mettere gli altri in ridicolo.

La reazione aggressiva non è sempre rivolta verso il mondo esterno, contro l'ipotetico responsabile della frustrazione, essa può essere anche inibita o in certi casi rivolta verso se stessi.

Da un punto di vista statistico il 10% dei pazienti ricoverati in strutture psichiatriche manifesta comportamenti aggressivi, mentre per i pazienti seguiti ambulatorialmente la percentuale scende al 2-4% (la stessa percentuale che si trova fra la popolazione generale).

Secondo una ricerca di Faulkner del 1990, i metodi di aggressione si suddividono in: 72% con armi da offesa naturale (pugni, calci), il 23% con oggetti, il 3% con pistole, il 2% con armi bianche.

Non è possibile calcolare le potenzialità aggressive di un utente, ma si possono valutare i rischi di violenza attraverso l'analisi di alcuni fattori predittivi:

- storia recente di violenza, specie se le azioni sono compiute con mezzi fisici;
- storia remota di violenza, in questo caso è importante conoscere e valutare la frequenza degli episodi passati e la presenza di altri episodi significativi quali arresti, procedimenti legali, la tendenza a punire i figli, le sevizie su animali;
- presenza di idee di violenza, specie se rivolte verso una persona in particolare, meno se rivolta a gruppi o categorie;

Scheda

GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI VIOLENTI

- *Individuare le situazioni di potenziale comportamento auto e/o eteroaggressivo o violento, al fine di prendere appropriate misure per la sicurezza di tutti i soggetti coinvolti.*
- **Raccogliere tutte le informazioni possibili da:**
 - parenti;
 - accompagnatori;
 - chi richiede l'intervento.;
 - documentazione disponibile.
- **Da ricordare sempre:**
 - vi è un'anamnesi positiva per comportamenti violenti?
 - ha mai bevuto o fatto uso di sostanze stupefacenti?
 - ad una prima osservazione appare agitato, confuso, clamoroso, sospettoso o ritirato?
- **Misure di sicurezza per il colloquio**
 - Non intervistare il paziente da soli.
 - Non portare il paziente in un ambiente poco spazioso.
 - Avere vicino altri operatori od avere la possibilità di comunicare tempestivamente con loro, previa informazione sulle caratteristiche dell'intervento in atto.
 - Impostare la relazione sul piano di una collaborazione reciproca volta alla migliore gestione delle difficoltà del paziente.
 - Presentarsi in modo chiaro: "Sono l'infermiere Rossi del reparto..." .
- **Atteggiamenti tecnicamente corretti nella relazione**
 - Usare un tono di voce caldo e rassicurante.
 - Assicurarsi dell'identità del paziente (generalità).
 - Usare il nome personale del paziente.
 - Presentarsi in maniera chiara e comprensibile: "Sono l'infermiere Bianchi del turno di questa notte in reparto"
 - Avvicinare il paziente lentamente e da una direzione che non gli causi allarme o sorpresa (se possibile di fronte e non da dietro o di lato e non ostacolare la via d'uscita).
 - Fermarsi ad una certa distanza dal paziente, per non accrescere l'ansia e la paura che può essere attivata da una eccessiva vicinanza e per avere margini d'intervento.
 - L'operatore deve trovare posizione fra il paziente ed il punto di uscita dalla stanza.
 - Il paziente può sentirsi meno minacciato, se la porta della stanza è lasciata aperta.
 - Evitare di esprimere giudizi di biasimo o critiche.
 - Assumere atteggiamento di comprensione empatica: accettazione positiva del paziente e non direttività.
 - Non forzarlo, non allarmarlo, non provocarlo, non contraddirlo. Dichiarsi d'accordo.
 - Accondiscendere, per quanto possibile, alle richieste nell'ambito di un atteggiamento complessivamente contenitivo.
 - Proporre scelte alternative.
 - Non avere fretta eccessiva nel condurre la relazione e nel prendere decisioni.
- **Atteggiamenti tecnicamente non corretti (riprovevoli deontologicamente)**
 - Assumere un atteggiamento ostile o di sfida o raccogliere le provocazioni del paziente.
 - Dare al paziente la sensazione di essere sottovalutato (dare del tu, usare tono della voce alto, dare ordini perentori, banalizzare la sintomatologia del paziente).
 - Manifestare propositi punitivi.
 - Ironizzare con i colleghi sui comportamenti del paziente ed avere un atteggiamento complessivamente svalutativo.
- **Accorgimenti per il colloquio infermiere/paziente**

Può essere utile:

 - sedersi comodamente, ma eretti, invitando anche il paziente a sedersi;

- guardare il paziente, senza fissarlo (evitare la posizione frontale);
 - assumere espressioni di tranquillità mentre si ascolta e quando si parla;
 - evitare mosse improvvise che possono allarmare il paziente;
 - evitare ogni contatto fisico se il paziente esprime aggressività o è sospettoso;
 - non puntare il dito verso il paziente;
 - non perdere d'occhio il paziente per prendere appunti;
 - mantenere costante la sorveglianza/osservazione del comportamento;
 - accogliere solo le informazioni necessarie, evitando di incalzare il paziente con troppe domande, piuttosto offrire lo spazio di ascolto;
 - permettere al paziente, nei limiti del possibile, di fare ciò che desidera e di parlare di quello che lui desidera;
 - parlare con tranquillità e chiarezza (chiedere al paziente se comprende);
 - non banalizzare il disagio o fare commenti che sminuiscono il peso della sua sofferenza;
 - cercare di capire la sofferenza del paziente, provando a mettersi nei suoi panni.
- **Potrebbe in alcuni occasioni dimostrarsi inefficace o non attuabile un approccio relazionale con il paziente.**
 - **Di conseguenza, l'approccio psicofarmacologico costituisce l'alternativa scelta dal medico per contenere efficacemente l'agitazione del paziente.**
 - **Queste situazioni evidenziano in genere la condizione del paziente in regime di trattamento sanitario obbligatorio, seppure la ricerca attiva del consenso del paziente da parte dell'équipe sanitaria, sia mantenuta costante.**

A cura di Silvia Poblete Caballero

- mancanza di sistemi di supporto, poiché la presenza di familiari, amici, gruppi, sono fattori che limitano il rischio di condotte violente.

L'aggressività può essere una reazione ad una situazione o persona ritenuta pericolosa. Vista in questi termini l'aggressività è una modalità estrema di richiesta di aiuto, una manifestazione di disagio, di sofferenza, oppure può essere l'esternazione di un conflitto interiore.

Se l'infermiere è in grado di cogliere in questi termini le manifestazioni aggressive, avrà la possibilità di prestare attenzione alle domande che sottendono tali atteggiamenti e soprattutto di relazionarsi nel modo migliore, adottando il contenimento dell'aggressività attraverso la via preferenziale della relazione d'aiuto anziché condividere l'automatismo della contenzione fisica o farmacologica come prima ed unica istanza.

Marin Meri

Il paziente è depresso, non vuole più vivere: come aiutarlo?

Il paziente depresso vive in un mondo di rovina e di disperazione e il suo primo bisogno è che sia riconosciuta e rispettata la sua sofferenza. È importante quindi non banalizzare o sconfermare questo vissuto.

Il depresso è un paziente che sta male, si lamenta e nello stesso tempo sembra non fare niente di quello che gli sarebbe utile. Per questo la relazione con il paziente depresso non è facile e comporta che l'infermiere sappia gestire la rabbia e l'angoscia che il paziente stesso evoca; richiede inoltre che l'operatore sappia mantenere la fiducia in un miglioramento, mentre tollera le continue frustrazioni. È importante che l'infermiere non si contrapponga al paziente; che abbia ben presente le caratteristiche di questo paziente che sono di chiedere aiuto da una parte e svalutare qualsiasi intervento dall'altra; che vengano riportati in équipe i vissuti negativi che gli vengono evocati; che

consideri l'importanza di una particolare attenzione alle dinamiche dei famigliari e dell'ambiente di appartenenza del paziente per il recupero di eventuali potenzialità per la collaborazione alla cura.

Nei casi più gravi, quando il paziente sente che vivere è troppo pesante, si lascia andare e non è più in grado di badare alla sua sopravvivenza.

Bisogna allora intervenire al posto del paziente stesso nelle attività di vita indispensabili: alimentazione, igiene personale e ambientale, eliminazione, mobilizzazione. Nello svolgere queste attività, è bene comunicare al paziente quello che si sta facendo, commentando che lo facciamo noi al posto suo perché lui, a causa della sua malattia, non è in grado di volerlo. Una particolare attenzione va rivolta a creare intorno al paziente un ambiente sicuro rispetto al rischio di suicidio: va controllata scrupolosamente l'assunzione della terapia farmacologica allo scopo di prevenire l'accumulo e l'assunzione di dosi massicce di farmaci; vanno tollati dall'ambiente gli oggetti che in qualche modo possono essere usati per farsi del male come forbici, coltelli, oggetti appuntiti o altro materiale pericoloso; va preso in considerazione il rischio di defenestrazione o impiccagione.

La sicurezza dell'ambiente non esime dal controllo del paziente, ma soprattutto bisogna calibrare il bisogno di osservazione protettiva con il bisogno del paziente di non sentirsi controllato in modo persecutorio.

Valerio Fontanari

Che cosa sono il "gruppo" e l'auto-mutuo-aiuto?

Il gruppo svolge un ruolo fondamentale in ambito psichiatrico per la sua capacità di mettere in luce aspetti quali la cooperazione, la libera espressione, la condivisione di situazioni comuni, la soluzione collettiva dei problemi. Nel gruppo le persone sono portate ad adottare comportamenti simili finalizzati al riconoscimento dei propri meriti, aumentando l'autostima.

I gruppi di auto-aiuto sono organizzati su base volontaria e sono finalizzati all'aiuto reciproco e al raggiungimento di particolari scopi, assicurano assistenza reciproca ai vari membri nel soddisfare bisogni comuni, garantiscono un sostegno emotivo e si impegnano in genere nella produzione di cambiamenti personali o sociali, intervenendo, ad esempio, con attività di lotta allo stigma della malattia mentale o sollecitando le istituzioni pubbliche rispetto a specifici problemi.

La composizione di questi gruppi si differenzia per la presenza di soli pazienti, di soli familiari, entrambi, con o senza operatori di supporto. Il numero dei partecipanti non è definito da criteri univoci, anche se si possono differenziare gruppi che si occupano di situazioni di crisi (con un numero limitato di partecipanti limitato 4/6, per garantire un ambiente protetto) da altri gruppi più allargati 8-15 persone, fino ad un massimo di 20 partecipanti.

Il numero comunque deve favorire la comunicazione e permettere la libertà di espressione e la sicurezza del singolo individuo. Inoltre un numero limitato di partecipanti impedisce la formazione di alleanze e di sottogruppi che possono minare il lavoro del gruppo.

Il ruolo dell'operatore nei gruppi di auto-mutuo-aiuto è un ruolo che si modifica con la crescita del gruppo stesso. Oltre all'impegno di rispettare l'autonomia del gruppo e di facilitare l'assunzione di responsabilità da parte di ciascun membro, l'operatore passa da un ruolo di leader iniziale, con una forte funzione di riferimento per i vari membri, ad una posizione più staccata, di sostennitore esterno, ma soprattutto di osservatore delle dinamiche gruppali.

Il suo compito è in parte didattico, nel fornire informazioni sulla patologia, sui comportamenti più idonei da tenere, ma svolge anche un ruolo di sostegno nel contribuire a ridurre i sensi di colpa spesso presenti nei genitori dei pazienti psichiatrici e nel ridurre gli atteggiamenti emotivi, attenuando le si-



tuazioni di stress familiare. I gruppi di auto-aiuto diventano risorse insostituibili quando riescono a raggiungere la maggior parte degli obiettivi per cui sono nati: dal supporto emotivo all'erogazione di informazioni e consigli, dall'offerta di forme di

supporto pratico all'organizzazione di attività sociali. Tutto questo passando attraverso la condivisione delle esperienze e la responsabilizzazione di ogni singolo membro del gruppo.

Marin Meri

Bibliografia

- *AAVV*, Depressione, *Aggiornamenti Professionali* N°5/99 di *"L'Infermiere"*, settembre 1999.
- *M. Casacchia e P. Stratta*, Urgenza Psichiatrica, *Ed. Masson*, Milano 1995
- *C. Ciambrello e altri*, Infermieristica clinica in igiene mentale, *Ambrosiana Milano* 2001
- *M.L. Drigo e altri*, Clinica e Nursing in Psichiatria, *Ambrosiana Milano* 1993
- *Valerio Fontanari*, Formazione degli infermieri professionali: proposta di formazione complementare, *in atti XX° Congresso nazionale Anin, Roma, 1995*.
- *Duilio Loi*, Applicabilità delle teorie infermieristiche all'operatività: elaborazione e proposte di linee guida per un modello concettuale nell'assistenza psichiatrica, *in atti XX° Congresso nazionale Anin, Roma, 1995*.
- *S.E. Hyman*, Manuale delle emergenze psichiatriche, *Ed. Mc Graw-Hill*, Milano 1995
- *S.L. Krupnick e A. Wade*, Piani di assistenza in psichiatria, *Ed. Mc Graw-Hill*, Milano 1996
- *L. Fin e B. Gasperetti*, Contenzione fisica, prevenzione degli agiti violenti e trattamento sanitario obbligatorio. Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica, *ANIN, Masson*, Milano 2000
- *Royal College of Psychiatrist*, Il trattamento della violenza imminente, *Ed. CIC Edizioni Internazionali*, Roma 1999
- *M. A. Tacchini*, Professione infermiere nei servizi psichiatrici, *Ed. Masson*, Milano 1998



Formazione

Una proposta per la Psichiatria e la Salute mentale

di Danilo Massai*

Come si articola il Master universitario destinato alla formazione infermieristica specialistica in psichiatria, che accoglie molte indicazioni fornite dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi: modalità d'accesso, organizzazione dei corsi, obiettivi didattici e professionali.

A rticulation of the University Master, a special educational training for psychiatry nurses, accepting the indications given by Ipasvi, the National Federation of Colleges: admittance, courses programme, educational and professional objectives.

L'attivazione dei Diplomi universitari prima e la successiva emanazione di disposizioni riferite alla programmazione, all'integrazione, all'accreditamento, costituiscono la realizzazione di quanto affermato dai Decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, oltre che il raggiungimento di un importante obiettivo per la professione infermieristica.

Il Dm 739/94, in particolare, ha individuato cinque aree di Formazione specialistica, per ciascuna delle quali possono essere formati infermieri "ad hoc": sanità pubblica, pediatria, salute mentale-psichiatria, geriatria, area critica.

Nella definizione del percorso formativo si sono accolte le indicazioni della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi (1998) contenute nel documento *Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal Dm 739/94*, che aveva lo scopo di favorire una formazione comple-

mentare infermieristica omogenea e finalizzata all'acquisizione delle funzioni e attività professionali che un infermiere, al termine di un Master, deve essere in grado di esercitare, per contribuire in modo specifico e significativo alla prevenzione e al trattamento di problemi prioritari di salute di una popolazione

Finalità e struttura del Master

Il Master in Psichiatria e Salute mentale è un corso di formazione avanzata, nel quale l'infermiere acquisisce competenze professionali specifiche necessarie negli ambiti operativi del Dipartimento di Salute mentale in cui è necessario gestire (pianificare, realizzare, monitorare e valutare) strategie assistenziali globali, continue, tempestive e di elevata qualità:

- in risposta ai bisogni di salute e ai problemi fisici, psico-sociali complessi, reali o potenziali, che possono manifestarsi nelle persone dalla nascita alla fine della vita;
- riferite a particolari condizioni di elevata dipendenza o vulnerabilità della persona assistita, della sua famiglia o di una comunità.

Al termine del Master lo studente è in grado di:

- realizzare un'assistenza infermieristica mirata al problema di salute e alle necessità di aiuto della persona assistita in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare i legami affettivi e sociali;
- gestire (pianificare, monitorare e valutare) il processo di assistenza infermieristica nell'ambito del gruppo di lavoro;
- promuovere l'educazione terapeutica del

* Componente del Comitato centrale della Federazione nazionale Collegi Ipasvi.

paziente, della sua famiglia e di altre persone risorsa;

- applicare i processi assistenziali negli ambiti della Salute mentale;
- contribuire alla promozione della salute attraverso l'educazione sanitaria della popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce;
- gestire le risorse umane e materiali dei servizi per realizzare un'assistenza efficace ed efficiente;
- partecipare alle attività di formazione del personale;
- partecipare alle attività di ricerca;
- promuovere la costituzione di gruppi di auto-aiuto e offrirvi consulenza.

Ambiti d'intervento

Si riportano di seguito gli ambiti operativi dell'infermiere che opera nei contesti di Salute mentale:

- la Comunità rappresentata da un'ampia gamma di Servizi sanitari di base, di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto alla persona è in grado quindi di rispondere ai bisogni di salute della popolazione;
- i servizi di prevenzione per rischi specifici (per esempio consultori, centri per le dipendenze, centri di medicina preventiva per l'età evolutiva, servizi di igiene men-

tales, osservatorio epidemiologico, centri di educazione alla salute ecc.);

- i servizi ospedalieri, deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiatriche (Spdc...);
- i servizi distrettuali (assistenza domiciliare, centro di igiene mentale ecc.);
- i centri di sostegno per gruppi di auto-mutuo-aiuto;

Il Master è strutturato in 6 Moduli o Corsi di perfezionamento che sviluppano le specifiche competenze dell'infermiere in Psichiatria e Salute mentale e che ne caratterizzano il profilo (v. scheda).

Il Master ha una durata complessiva di 1500 ore corrispondenti a 60 crediti formativi universitari comprensivi di attività didattica formale ed esercitazioni (500 ore), attività di studio guidato (450 ore) e insegnamento apprendimento - clinico/tirocinio (550 ore). Ogni CFU corrisponde a 25 ore di lavoro per studente (ai sensi del Dm 509/99).

Ciascun modulo è strutturato in obiettivi formativi, corsi integrati e settori scientifico disciplinari, e prevede l'alternanza fra formazione in aula e contestualizzazione operativa attraverso esercitazioni applicative, ricerche sul campo e tirocinio.

Sono previsti esami di corso integrato e la certificazione delle competenze acquisite nel tirocinio sulla base del programma di tiroci-

Scheda

ARTICOLAZIONE DEI MODULI/CORSI DI PERFEZIONAMENTO PER IL CONSEGUIMENTO DEL MASTER

10 CFU	6 CFU	14 CFU	6 CFU	12 CFU	12 CFU	60 CFU
Epidemiologia, Infermieristica metodologica basata di analisi sull'evidenza in Psichiatria scientifica e Salute mentale e la ricerca e Sistema informativo	Counseling, educazione terapeutica e formazione	Infermieristica nella gestione dell'evento e acuto psichiatrico	Infermieristica nella gestione delle problematiche psichiatriche acute negli adulti	Infermieristica nella gestione delle problematiche psichiatriche negli adulti	Infermieristica nella gestione delle problematiche psichiatriche nell'infanzia e nell'adolescenza	MASTER
250 ORE	150 ORE	350 ORE	150 ORE	300 ORE	300 ORE	1500 ORE



nio stabilito. Per il conseguimento del certificato in Master in area Psichiatrica e Salute mentale, lo studente che ha concluso il ciclo di studio previsto, sostiene un esame finale che consiste nella dissertazione di un elaborato su tematiche trattate nel percorso formativo globale.

Obiettivi del Master

L'infermiere che abbia conseguito il Master in area Psichiatrica e Salute mentale ha acquisito competenze specialistiche per operare negli specifici ambiti della psichiatria. Nell'ambito delle funzioni dell'infermiere (prevenzione; diagnosi precoce; educazione alla salute; assistenza; educazione terapeutica; gestione; formazione; consulenza; ricerca), il Master in area Psichiatrica e Salute mentale sviluppa le seguenti competenze:

- 1.** Progettare, attuare e valutare:
 - interventi di promozione, prevenzione della malattia e diagnosi precoce;
 - interventi di assistenza alla persona e alla famiglia;
 - interventi di educazione – formazione;
 - interventi di consulenza;
 - interventi di ricerca;
 - indagine epidemiologica e/o multidimensionale in comunità e/o famiglie;
 - analisi organizzativa di organizzazioni, gruppi, associazioni.
- 2.** Ristrutturare e promuovere lo sviluppo organizzativo in Area psichiatrica;
- 3.** Ottimizzare l'uso delle risorse.

Approccio metodologico al progetto formativo

Il metodo utilizzato per la progettazione del Master in area Psichiatrica e Salute mentale, ha seguito un approccio basato sull'individuazione dei problemi prioritari di salute della persona, della famiglia e della Comunità. La scelta di orientare la formazione ai problemi prioritari di salute deriva dalla constatazione che il sistema educativo rappresenta uno dei principali sistemi di sostegno del servizio e della politica sanitaria. Allo scopo è fondamentale che esso si orienti dina-

micamente verso i problemi prioritari di salute, connessi alle strategie preventive, educative e assistenziali.

L'approccio metodologico è centrato sull'apprendimento; lo studente è da considerare in posizione attiva nel gestire il proprio apprendimento, favorito dall'esperienza e dall'esercizio delle proprie competenze. Gli obiettivi educativi prevedono una suddivisione nelle tre sfere: del processo intellettuale, della comunicazione e delle abilità gestuali, permettendo ai docenti e tutor una scelta differenziata di metodi formativi e valutativi.

Gli ambiti di tirocinio rappresentano l'aspetto saliente della formazione, prevedendo esperienze nei servizi specifici per il profilo professionale in formazione, dove attività tutoriali, programmi specifici e strumenti di supporto adeguati, creino l'opportunità formativa per l'acquisizione delle attività proprie. Si individua la figura del tutor come risorsa indispensabile per la preparazione, gestione e controllo del contesto favorevole di tirocinio per il raggiungimento degli obiettivi proposti e per una guida specifica alle necessità del singolo studente.

Il progetto formativo si fonda sulla definizione di obiettivi educativi, cioè sull'individuazione di quelle funzioni e attività professionali che lo studente deve essere in grado di esercitare al termine del periodo di studi, attraverso esperienze formative integrate. Le attività rappresentano la base per la definizione di obiettivi specifici, dei concetti e relativi settori disciplinari, tempi, metodi di apprendimento e valutazione. Inoltre le attività professionali dell'area Psichiatrica e Salute mentale sono state attribuite ai vari Moduli o Corsi di perfezionamento del corso. Le metodologie di insegnamento/apprendimento favoriscono la partecipazione attiva dello studente, con l'attivazione di ambiti di apprendimento quali l'aula, il laboratorio esperenziale, con il doppio obiettivo di migliorare le competenze da un lato, nonché di orientare una cultura basata sull'efficienza verso il miglioramento continuo. Il progetto

formativo comporta l'utilizzo di validi metodi di valutazione. La valutazione degli studenti ha lo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi educativi. I metodi di valutazione sono riferiti alle rispettive competenze necessarie per svolgere le attività specifiche dell'area.

La scelta dei metodi di valutazione tende a:

- ridurre la distanza tra momento formativo e momento dell'esercizio professionale, consentendo l'immediato utilizzo delle competenze acquisite nell'ambito del sistema organizzativo;
- facilitare i formatori nel garantire la pertinenza della formazione alle competenze professionali necessarie per affrontare i problemi di qualità dei servizi;
- esplicitare i concetti considerati essenziali per l'analisi del contesto operativo, per l'identificazione di strategie di soluzione dei problemi, per la progettazione di sistemi atti al superamento dei gap identificati, nonché per valutare e monitorare i risultati conseguiti.

La valutazione è prevista a conclusione di ogni Modulo o Corso di perfezionamento e al termine di ogni esperienza di tirocinio.

Linee guida per l'elaborazione della regolamentazione del Master

Requisiti di ammissione al Master

Il Master in Infermieristica in area Psichiatrica e Salute mentale è riservato agli infermieri in possesso dei seguenti requisiti:

- diploma di infermiere;
- diploma di maturità quinquennale;
- due anni di esercizio professionale nello specifico profilo, documentato.

Corsi di insegnamento/apprendimento

Il programma del Master, e dei singoli Modu-

li o Corsi di perfezionamento che lo compongono, definisce gli obiettivi formativi, gli ambiti e i settori disciplinari, indica i metodi di insegnamento/apprendimento. I settori scientifico disciplinari sono aggregati in corsi integrati.

Titoli rilasciati

a. Certificato di perfezionamento

Al termine di ciascun Modulo o Corso di perfezionamento, può essere rilasciato un Certificato di merito con la dizione "perfezionamento del Profilo Infermieristico in..."

a. Master

A seguito degli esami finali del Master viene rilasciato il titolo di studio "Master 1° livello: Infermieristica in Psichiatria e Salute mentale".

I suddetti titoli possono costituire credito per il Corso di Laurea specialistica, secondo criteri definiti da appositi organi universitari.

Docenti

I docenti sono identificati tra gli esperti delle tematiche trattate. Per l'area dello specifico professionale sono identificati tra gli infermieri esperti nei settori specifici afferenti al Master, nel campo della formazione e della ricerca.

Attività tutoriale

Il tutorato è assicurato da personale infermieristico esperto nel campo della prevenzione, in processi educativi, assistenziali e gestionali/organizzativi identificati dal direttore del Master.

Sedi di tirocinio

Sono identificate in base alle attività che lo studente deve apprendere, tenendo conto di criteri correlati alla complessità organizzativa, presenza di processi preventivi, assistenziali e gestionali-operativi.

Non c'è solo la 180

Le normative sulla salute mentale

di Massimo Cozza

La legge 180 del 1978 ha rivoluzionato teoria e pratica della psichiatria italiana, con la chiusura dei manicomì e un nuovo rispetto per i diritti del paziente psichiatrico. A quella legge ne sono seguite altre, di dettaglio, fino al Progetto Obiettivo Salute mentale e alle nuove politiche istituzionali orientate verso una delega dei poteri alle Regioni.

Law n. 180/78 revolutionized theory and practice of Italian psychiatry, enacting the shut down of mental hospitals and a new respect of the psychiatry patient rights. After this law, others have been issued, going into details, up to the "Mental Health Objective Project" and to the new institutional policies, oriented to the empowerment of Regions.

La legge 180 del 1978 ha capovolto il concetto di obbligatorietà della cura prevista dalla legge manicomiale del 1904, prevedendo di norma la volontarietà e solo in alcuni casi il trattamento sanitario obbligatorio. La 180 ha inoltre determinato la chiusura dei manicomì indicando il territorio come luogo di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali. A più di vent'anni da quella legge, quali sono le attuali normative dal Progetto Obiettivo Salute mentale alle nuove politiche istituzionali orientate verso una delega dei poteri alle Regioni?

La Legge manicomiale del 1904

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 36 *Disposizioni sui manicomì e sugli alienati*, della quale è interessante ricordare alcuni tratti. In particolare si prevedeva una responsabilità istituzionale dei manicomì 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. Nel regolamento manicomiale, di cinque anni successivo alla legge, Regio Decreto n. 615 del 1909 *Regolamento sui manicomì e sugli alienati*, si affermava che i requisiti per diventare infermieri erano una sana costituzione fisica, aver serbato buona condotta morale e civile, aver svolto buona scrittura oltre ad aver compiuto 18 anni.

Agli infermieri spettava sorvegliare ed assistere i malati, vigilare affinché non nuocessero a sé e agli altri, adibirli ad occupazioni ecc. Non potevano ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali, col permesso scritto del medico e con l'indicazione della natura e della durata del mezzo di coercizione. Era previsto un registro nel quale, giorno per giorno, dovevano essere annotati i pazienti cui erano applicati i mezzi di coercizione.

L'autorità di pubblica sicurezza, in caso di assoluta urgenza, poteva disporre, con ordinanza motivata, il ricovero provvisorio in base al certificato medico.

Dopo un periodo di osservazione che poteva durare al massimo un mese veniva con-

fermato o meno il ricovero dal tribunale, che, in caso di definitivo ricovero nominava un amministratore provvisorio per gli alienati.

La Legge Mariotti del 1968

Circa 64 anni dopo la legge manicomiale n. 36 è stata emanata la seconda legge che riguardava la psichiatria, Legge n. 431 del 1968 *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, che cambiava la denominazione dei manicomii in ospedali psichiatrici, con non più di cinque divisioni, ciascuna con non più di 125 posti letto. Se si pensa che i grandi manicomii arrivavano a contenere dai 3.000 ai 5.000 posti letto, si trattava di una drastica riduzione, solo in parte attuata. Riguardo al personale per la prima volta si prevedeva la figura dello psicologo e si definiva il rapporto di un infermiere ogni tre posti letto. La 431 prevedeva l'istituzione, sempre da parte delle province, dei Centri di igiene mentale con medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali, personale infermieristico e ausiliario. Veniva inoltre introdotta, su autorizzazione del medico di guardia, la possibilità del ricovero volontario e si abrogava l'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali nel casellario giudiziario.

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 (reparti 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 da 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 sussista 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.

È 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.

Il secondo concetto rilevante è rappresen-

tato dalla disposizione di chiusura degli ospedali psichiatrici (Op), prevedendo l'aggiornamento e la riqualificazione del personale infermieristico da parte della regione, e la soluzione delle convenzioni di enti pubblici con istituti privati che svolgono attività psichiatrica. Si vieta di costruire nuovi Op, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche e di istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e di utilizzare come tali sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Come strutture alternative al manicomio la legge 180 prevede che con legge regionale, nell'ambito delle Asl, venga disciplinata l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Il Progetto Obiettivo

Una delle critiche maggiori rivolte alla legge 180 è rappresentata proprio dalla mancata definizione dei servizi e presidi alternativi all'ospedale psichiatrico e delle conseguenti linee guida. Alcune Regioni hanno in pochi anni assolto il loro compito definendo standard ed obiettivi, altre sono rimaste per diverso tempo sostanzialmente inerti. Solo con il primo Progetto Obiettivo tutela della Salute mentale 1994-1996 sono state definite a livello nazionale le tipologie e gli standard dei servizi per l'assistenza psichiatrica. Nell'ultimo Progetto Obiettivo 1998-2000 (Po), pubblicato nel novembre 1999, oltre alle tipologie ed agli standard vengono definite anche le linee di intervento dei servizi stessi. Si prevede l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.

In quest'ambito è importante l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti

o che abbandonano il servizio. I piani di trattamento sono personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica, e prevedono l'integrazione e l'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali). Le stesse famiglie sono coinvolte nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico, rimanendo fermo che tale coinvolgimento è volontario e che la responsabilità dell'assistenza è del servizio e non della famiglia.

Dal punto di vista strettamente clinico il Po indica l'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della medicina basata su prove di efficacia (Evidence based medicine), ma viene anche promosso il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuoaiuto di familiari e di pazienti, e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo.

Viene anche sottolineata l'importanza dell'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà, aumentando, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.

Dal punto di vista organizzativo si prevede l'istituzione in ogni azienda sanitaria del Dipartimento di Salute mentale (Dsm), con unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite una direzione unica. Il Dsm, in relazione alla densità della popolazione o alla estensione territoriale, può essere articolato in più moduli tipo, "sottunità" del Dsm, che comprendono le componenti organizzative relative a corrispondente ambito territoriale. Ciascun modulo ha una direzione unica, sempre a garanzia dell'unitarietà e continuità degli interventi, e

serve un ambito territoriale, tendenzialmente coincidente con uno o più distretti, con un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti.

Nel Po vengono richiamati anche i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private introdotti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, che per la salute mentale prevedono, tra l'altro, un numero massimo di 20 posti per le strutture residenziali psichiatriche.

Il direttore del Dsm è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate e adotta un documento in cui sono esplicitati la missione, gli obiettivi generali e prioritari, nonché le attività principali che il Dsm si impegna a svol-

gere, in accordo con lo stesso Progetto Obiettivo nazionale e con gli indirizzi programmatici delle regioni.

Viene indicato tendenzialmente un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti ricoprendo in tale rapporto psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, assistenti sociali educatori, ausiliari od operatori tecnici di assistenza ed il personale amministrativo.

Ogni Dsm attiva un nucleo di valutazione e miglioramento di qualità che collabora con gli uffici centrali per la valutazione e il miglioramento di qualità, impegnandosi nella valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività condotte dal Dsm, promovendo ogni anno almeno un progetto di Mcq rela-

Scheda

TUTTE LE LEGGI

Legge 14 febbraio 1904, n. 36, Disposizioni sui manicomì e sugli alienati, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 febbraio 1904

R.D. 16 agosto 1909, n. 615, Regolamento sui manicomì e sugli alienati, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 settembre 1909

L. 18 marzo 1968, n. 431, Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 aprile 1968

L. 13 maggio 1978, n. 180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 maggio 1978

L. 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana G.U. del 28 dicembre 1978

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, Approvazione del progetto obiettivo Tutela salute mentale 1994-1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 aprile 1994

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 20 febbraio 1997

Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, Approvazione del progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 22 novembre 1999

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla "Gazzetta Ufficiale" n. 33 dell'8 febbraio 2002

tivo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita.

I Dsm adottano, attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, in particolare definendo le modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia, i criteri per la presa in carico, le modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati degli utenti gravi e per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.

Presso la direzione del dipartimento è collocato il sistema informativo dipartimentale, il quale raccoglie, elabora ed archivia i dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di, consentire di valutare e di ridefinire le politiche e gli obiettivi del dipartimento. Il direttore del Dsm predispone un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del dipartimento stesso, con l'indicazione di un responsabile.

Tale piano deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali, e nello stesso tempo favorire la capacità di lavoro in équipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale.

Dal punto di vista organizzativo i servizi essenziali costitutivi del Dsm (e di ciascun modulo tipo, ove presente) sono il Centro di salute mentale (Csm), il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc), il Day hospital (Dh), il Centro diurno (Cd), le Strutture residenziali (Sr) (v. *I luoghi della salute mentale*, pagina 11).

I Livelli essenziali di assistenza in salute mentale

Le nuove politiche istituzionali orientate verso una delega dei poteri alle regioni, stanno determinando un progressivo spostamento delle potestà decisionali dalle leggi nazionali alle normative regionali. Diventano per-

tanto centrali gli accordi Governo-Regioni che in materia sanitaria hanno visto la recente emanazione Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza (Lea).

Con il Decreto le prestazioni comprese nei Lea sono garantite in tutte le regioni, dotate di specifico finanziamento concordato, ma vengono monitorate in relazione ai benefici in termine di salute a fronte delle risorse impiegate. Le regioni che dovessero avere ulteriori esigenze finanziarie per attuare i Lea, rispetto a quelle pattuite con il Governo, dovranno fare ricorso a mezzi propri (ticket, tasse ecc.).

I livelli riguardanti la tutela della salute mentale sono sostanzialmente ripresi dal Po e prevedono che il Dsm sia istituito in ogni azienda e che, qualora sia articolato in moduli, ogni modulo serva un ambito territoriale con un bacino d'utenza non superiore a 150.000 abitanti.

Sono inoltre indicati per il Dsm un organico di almeno un operatore ogni 1500 abitanti, un numero di posti letto in Spdc non superiore a 16, con un totale di p.l. ospedalieri tendenzialmente pari a 1 per 10.000 abitanti, nonché strutture residenziali con non più di 20 p.l. con una dotazione complessiva di 1 p.l. per 10mila ab.

Inoltre tra i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in Day hospital individuati come inappropriati – in quanto potrebbero essere trattati in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse – nel decreto sui Lea vengono indicati come possibili indiziati per la salute mentale i due Drg *Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)* e *Nevrosi, eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)*.

In conclusione si può affermare che le normative sulla salute mentale appaiono delineare in modo chiaro ciò che andrebbe attuato, in primo luogo da parte delle Regioni, su tutto il territorio nazionale. Una scommessa ancora da vincere.

Autovalutazione

TEST A RISPOSTA MULTIPLA

1. La schizofrenia

- A)** è una malattia ereditaria
- B)** è un male inguaribile
- C)** può essere guarita
- D)** è causata da sostanze stupefacenti

2. Per chi soffre di disturbi psichici

- A)** è necessario l'isolamento
- B)** occorre la "presa in carico"
- C)** bastano gli psicofarmaci
- D)** non c'è cura

3. Le teorie del nursing

- A)** aiutano a progettare l'intervento assistenziale
- B)** sono inutili nella pratica
- C)** riguardano solo i medici psichiatri
- D)** si contraddicono tra loro

4. I Centri di salute mentale

- A)** sono rivolti solo al disagio grave
- B)** sono sempre all'interno degli ospedali
- C)** accolgono sul territorio le persone con disagio psichico

- D)** sono day-hospital psichiatrici

5. I Centri diurni di riabilitazione psichiatrica

- A)** servono per distrarre i "matti"
- B)** sono il luogo di distribuzione dei farmaci
- C)** accolgono chiunque si presenti
- D)** offrono percorsi finalizzati al reinserimento sociale

6. Quando il paziente ha una crisi

- A)** deve essere "punito"
- B)** deve sempre essere immobilizzato
- C)** bisogna solo aspettare che passi
- D)** può essere contenuto emotivamente

7. Se il paziente è violento si deve

- A)** assumere un atteggiamento aggressivo
- B)** mostrarsi calmi, prendendo le indispensabili misure di sicurezza

- C)** fargli capire chi è il più forte
- D)** minacciarlo

8. Il gruppo di auto-mutuo-aiuto

- A)** è composto dagli operatori di una struttura
- B)** è un luogo di formazione del personale
- C)** ha almeno 20 partecipanti
- D)** accoglie i pazienti e/o i loro familiari

9. La legge 180

- A)** è ancora in via di sperimentazione
- B)** è stata approvata nel 1992
- C)** è stata approvata nel 1978
- D)** è decaduta

10. Il Tso (trattamento sanitario obbligatorio)

- A)** deve essere disposto dal sindaco
- B)** può essere deciso da un familiare del paziente
- C)** è imposto dal medico curante
- D)** può durare anche per tutta la vita del paziente