



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**RUOLO DELL'ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA NEI GRUPPI  
APPARTAMENTO NELLA GESTIONE DELLE  
CRITICITA' CLINICO-COMPORTAMENTALI:  
studio retrospettivo osservazionale**

**THE ROLE OF NURSING CARE IN SUPPORTED  
HOUSING IN MANAGING CLINICAL AND  
BEHAVIOURAL INSTABILITY: a retrospective  
observational study**

**Relatore:  
Dott. Maurizio Mercuri**

**Tesi di Laurea di:  
Francesca Scanzani**

**Correlatore:  
Dott.ssa Stefania Impicci**

**A.A. 2024/2025**

## **INDICE**

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
1.1 CONTESTO DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE	1
1.2 CRITICITA' CLINICHE E RUOLO INFERMIERISTICO	2
1.3 RAZIONALE DELLO STUDIO	4
1.4 OBIETTIVO	5
<b>2. MATERIALI E METODI</b>	<b>7</b>
2.1 MATERIALI	7
2.2 METODI	7
<b>3. RISULTATI</b>	<b>11</b>
3.1 SEGNALI PRECOCI DI CRITICITA'	11
3.2 INTERVENTI INFERMIERISTICI	13
3.3 ESITI CLINICI	16
3.4 RELAZIONE TRA INTERVENTO INFERMIERISTICO ED ESITI CLINICI	17
3.5 CARATTERISTICHE DEGLI EPISODI CON RICOVERO	17
<b>4. DISCUSSIONE</b>	<b>19</b>
4.1 INTERPRETAZIONE GENERALE DEI RISULTATI	19
4.2 SEGNALI PRECOCI DI CRITICITA'	20
4.3 INTERVENTI INFERMIERISTICI	21
4.4 RELAZIONE TRA INTERVENTO ED ESITI CLINICI	23
4.5 CRITICITA' NON INTERCETTATE E LIMITI	26
4.6 IMPLICAZIONI E RUOLO INFERMIERISTICO	29
4.7 CONTESTO, SIGNIFICATO E PROSPETTIVE	32
<b>5. CONCLUSIONI</b>	<b>38</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>41</b>

## **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

Nei servizi di salute mentale territoriali, i gruppi appartamento rappresentano un contesto assistenziale orientato alla promozione dell'autonomia e alla continuità della presa in carico. In tali setting, l'intercettazione precoce delle criticità clinico-comportamentali riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione delle ricadute e nella riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero. L'assistenza infermieristica, grazie alla presenza continuativa e alla relazione terapeutica con l'utente, si configura come elemento centrale nell'identificazione dei segnali precoci di instabilità.

### **OBIETTIVI**

Analizzare il ruolo dell'assistenza infermieristica nell'intercettazione dei segnali precoci di crisi nei gruppi appartamento, con particolare riferimento alla relazione tra tempestività dell'intervento infermieristico ed esito clinico, in termini di ricovero ospedaliero entro 30 giorni.

### **MATERIALI E METODI**

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo di tipo descrittivo-analitico su un campione di 12 pazienti inseriti in gruppi appartamento afferenti al Centro di Salute Mentale di Ancona, nel periodo successivo al trasferimento dalla struttura residenziale "Casa Rossa" (novembre 2023). L'unità di analisi è rappresentata dall'episodio di criticità, definito come una giornata in cui risultava documentato almeno un segnale clinico-comportamentale significativo. I dati sono stati raccolti dalla documentazione infermieristica aziendale e analizzati mediante statistica descrittiva.

### **RISULTATI**

Sono stati analizzati 3193 episodi assistenziali, di cui 128 (4,0%) caratterizzati da criticità. Complessivamente sono stati rilevati 171 segnali precoci, prevalentemente di natura comportamentale e relazionale, tra cui irritabilità/aggressività (29,8%), riduzione della partecipazione alle attività (17,0%) e conflittualità relazionale (12,3%). Nel 90,6% degli episodi di criticità è stato attivato almeno un intervento infermieristico nella stessa giornata, con una prevalenza del colloquio di supporto (77,4%). Il ricovero ospedaliero entro 30 giorni è stato osservato nell'8,6% degli episodi. La frequenza di ricovero è risultata inferiore negli episodi con intervento infermieristico rispetto a quelli senza intervento (7,8% vs 16,7%).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati evidenziano come le criticità nei gruppi appartamento si manifestino prevalentemente attraverso segnali comportamentali e relazionali e vengano intercettate in fase iniziale, consentendo l'attivazione tempestiva di interventi infermieristici. La prevalenza di interventi di tipo relazionale sottolinea il ruolo centrale della relazione terapeutica nella gestione delle criticità. Sebbene non sia possibile stabilire un rapporto causale, i dati suggeriscono un possibile contributo dell'assistenza infermieristica nel contenimento dell'evoluzione verso esiti più gravi. Lo studio conferma il ruolo dell'infermiere come figura chiave nei servizi territoriali, evidenziando l'importanza della competenza osservativa, della tempestività dell'intervento e della qualità della documentazione assistenziale nella prevenzione delle ricadute.

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 CONTESTO DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

La salute mentale rappresenta una componente fondamentale del benessere complessivo della persona e costituisce una priorità per i sistemi sanitari contemporanei. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, essa non coincide semplicemente con l'assenza di disturbi psichiatrici, ma con uno stato di benessere nel quale l'individuo è in grado di realizzare le proprie capacità, affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo produttivo e contribuire alla comunità di appartenenza (World Health Organization, 2022). In quest'ottica, la promozione della salute mentale richiede interventi che vadano oltre la gestione delle fasi acute della malattia, includendo strategie di prevenzione, riabilitazione e inclusione sociale.

In Italia l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ha subito una profonda trasformazione a partire dalla seconda metà del Novecento, con il superamento del modello manicomiale sancito dalla Legge 180 del 1978 e successivamente integrato nella Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tale riforma ha promosso lo sviluppo di un sistema di servizi territoriali orientato alla presa in carico globale della persona con disturbo mentale, basato sull'integrazione tra dimensione sanitaria, sociale e riabilitativa (Legge 180/1979; Ministero della Salute, 2013).

All'interno di questo modello, i servizi territoriali di salute mentale rappresentano il fulcro dell'assistenza psichiatrica contemporanea. Essi comprendono i Centri di Salute Mentale (CSM), le strutture residenziali e semiresidenziali, i gruppi appartamento e l'assistenza domiciliare. Il CSM svolge un ruolo centrale come punto di riferimento per la presa in carico dell'utente e per il coordinamento degli interventi terapeutici e riabilitativi, operando attraverso équipe multiprofessionali con l'obiettivo di garantire un approccio integrato alla gestione del disturbo mentale (Ministero della Salute, 2013).

In questo contesto, i percorsi assistenziali sono orientati al mantenimento dell'autonomia e al miglioramento della qualità di vita della persona, con una particolare attenzione ai processi di *recovery*. La riabilitazione psichiatrica, infatti, non si limita alla riduzione dei sintomi, ma mira a favorire la costruzione di una vita significativa e soddisfacente nonostante la presenza della malattia (Farkas, 2007). Tale prospettiva implica la valorizzazione delle risorse individuali e la promozione della partecipazione attiva dell'utente al proprio percorso di cura.

Le strutture residenziali costituiscono una componente importante del sistema dei servizi territoriali di salute mentale, offrendo contesti abitativi protetti nei quali le persone con disturbo mentale possono sviluppare o recuperare competenze personali, relazionali e sociali. Esse si configurano come una fase intermedia tra il ricovero ospedaliero e la piena autonomia abitativa, consentendo di accompagnare l'utente lungo un percorso graduale di riabilitazione e reinserimento nella comunità (Ministero della Salute, 2013).

All'interno di questo sistema, i gruppi appartamento rappresentano una modalità abitativa orientata alla promozione dell'autonomia e della responsabilizzazione dell'utente. Si tratta di abitazioni condivise da un numero limitato di persone, nelle quali gli utenti sono supportati dagli operatori nella gestione delle attività della vita quotidiana, come la cura di sé, l'organizzazione domestica e la partecipazione ad attività sociali e riabilitative. Questo modello favorisce la creazione di un ambiente di vita il più possibile simile a quello domestico, contribuendo a ridurre il rischio di istituzionalizzazione e a sostenere percorsi di *recovery* centrati sulla persona (Farkas, 2007).

La presenza di operatori sanitari e socio-educativi consente un monitoraggio costante delle condizioni cliniche e del funzionamento quotidiano degli utenti, rendendo possibile l'individuazione di eventuali cambiamenti nel comportamento o nello stato emotivo. In questi contesti, l'osservazione si integra con la relazione assistenziale e con le attività quotidiane, permettendo di cogliere variazioni anche lievi rispetto al funzionamento abituale della persona.

## 1.2 CRITICITA' CLINICHE E RUOLO INFERMIERISTICO

I disturbi mentali gravi sono spesso caratterizzati da un andamento cronico o ricorrente, con fasi di stabilità alternate a periodi di riacutizzazione dei sintomi. Le ricadute rappresentano un evento frequente nel decorso di tali patologie e possono comportare un peggioramento del funzionamento personale e sociale, oltre ad aumentare il rischio di ricovero ospedaliero (Birchwood et al., 2000; Gumley et al., 2003).

La letteratura evidenzia come le ricadute raramente si manifestino in modo improvviso, ma siano generalmente precedute da cambiamenti progressivi nel comportamento, nell'umore e nel funzionamento quotidiano della persona. Tali

cambiamenti, definiti *early warning signs* o segnali precoci di ricaduta, possono includere alterazioni del sonno, aumento dell'ansia o dell'irritabilità, ritiro sociale, difficoltà di concentrazione e riduzione dell'aderenza terapeutica (Birchwood et al., 2000; Eisner et al., 2013).

L'identificazione precoce di questi segnali rappresenta un elemento centrale nella prevenzione delle ricadute. Il riconoscimento tempestivo delle variazioni rispetto al funzionamento abituale consente infatti di attivare interventi mirati, con l'obiettivo di contenere l'evoluzione del quadro clinico e ridurre la probabilità di esiti più gravi, come il ricovero ospedaliero (Gumley et al., 2003).

Nei contesti territoriali e nei gruppi appartamento, la possibilità di osservare la persona nel suo ambiente di vita quotidiano offre un'opportunità privilegiata per individuare tali segnali. Tuttavia, la loro rilevazione può risultare complessa, in quanto spesso si manifestano attraverso variazioni sottili e non immediatamente riconducibili a un quadro clinico definito.

All'interno dei servizi territoriali di salute mentale, l'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella presa in carico globale della persona con disturbo mentale. L'assistenza infermieristica in questo ambito si estende oltre la gestione degli aspetti clinici e farmacologici, includendo il supporto alla persona nei diversi ambiti della vita quotidiana e la promozione dell'autonomia e della qualità di vita (Farkas, 2007).

Nei contesti territoriali e residenziali, l'infermiere rappresenta spesso una figura di riferimento costante per l'utente. La continuità della relazione assistenziale favorisce la costruzione di un rapporto di fiducia, che consente una conoscenza approfondita della persona e facilita l'individuazione di cambiamenti nel comportamento, nell'umore e nelle abitudini quotidiane.

Un aspetto centrale dell'attività infermieristica riguarda il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e l'educazione sanitaria, elementi fondamentali nella prevenzione delle ricadute nei disturbi mentali gravi (Gumley et al., 2003). Parallelamente, l'infermiere partecipa ai programmi di riabilitazione psicosociale, collaborando con l'équipe multidisciplinare nella costruzione e nell'attuazione del progetto terapeutico individuale.

In questo contesto, la relazione terapeutica assume un ruolo centrale, rappresentando uno strumento attraverso il quale l'infermiere può sostenere l'utente,

favorire l'espressione del disagio e contribuire alla stabilizzazione del quadro clinico (Priebe et al., 2013).

### 1.3 RAZIONALE DELLO STUDIO

Il presente studio si inserisce nel contesto dei servizi di salute mentale territoriali, con particolare riferimento ai gruppi appartamento come setting assistenziale.

Le strutture residenziali e i gruppi appartamento rappresentano un contesto privilegiato per l'osservazione delle condizioni cliniche e del funzionamento quotidiano delle persone con disturbo mentale, in quanto consentono un monitoraggio continuativo all'interno dell'ambiente di vita dell'utente. In tali contesti, le variazioni comportamentali, relazionali ed emotive possono essere rilevate precocemente rispetto a setting più strutturati, offrendo la possibilità di intervenire nelle fasi iniziali di instabilità clinica (Birchwood et al., 2000; Thornicroft & Tansella, 2013).

Nel novembre 2023 un evento sismico ha determinato lo sfollamento della struttura residenziale riabilitativa "Casa Rossa" di Ancona, con conseguente trasferimento temporaneo di alcuni residenti presso gruppi appartamento afferenti al Centro di Salute Mentale. Questo cambiamento ha modificato il contesto abitativo e relazionale degli utenti, configurandosi come una condizione potenzialmente critica dal punto di vista clinico e assistenziale.

Il trasferimento in un nuovo ambiente può infatti influenzare l'equilibrio della persona, incidendo sulle abitudini quotidiane, sulle dinamiche relazionali e sul senso di sicurezza percepito. In tali condizioni, diventa particolarmente rilevante la capacità dei servizi di individuare tempestivamente eventuali segnali di criticità e di attivare interventi assistenziali adeguati.

In questo scenario, l'assistenza infermieristica assume un ruolo centrale nel monitoraggio quotidiano delle condizioni degli utenti e nell'identificazione delle variazioni rispetto al funzionamento abituale. Attraverso l'osservazione diretta, il colloquio e la partecipazione alle attività quotidiane, l'infermiere contribuisce all'individuazione dei segnali precoci di instabilità e all'attivazione degli interventi assistenziali.

Nonostante l'ampia letteratura sull'importanza dell'identificazione precoce delle criticità nei disturbi mentali, risultano ancora limitati gli studi che analizzano in modo sistematico tali fenomeni nella pratica assistenziale quotidiana dei gruppi appartamento,

con particolare riferimento al ruolo dell'assistenza infermieristica e alla relazione tra segnali precoci, interventi attivati ed esiti clinici.

Alla luce di queste considerazioni, il presente studio si propone di analizzare le criticità clinico-comportamentali intercettate nei gruppi appartamento e il ruolo dell'assistenza infermieristica nella loro gestione, con particolare attenzione alla relazione tra identificazione precoce, intervento assistenziale ed esiti clinici.

In questo contesto, appare rilevante approfondire in modo sistematico la relazione tra segnali precoci di crisi, interventi assistenziali infermieristici ed esiti clinici nei gruppi appartamento, al fine di comprendere il contributo dell'assistenza infermieristica nella prevenzione delle ricadute e nella riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero.

#### 1.4 OBIETTIVO

Il presente studio ha l'obiettivo di analizzare il ruolo dell'assistenza infermieristica nella gestione delle criticità clinico-comportamentali nei gruppi appartamento, con particolare riferimento all'identificazione dei segnali precoci di instabilità, agli interventi assistenziali attivati e agli esiti clinici degli utenti.

##### 1.4.1 OBIETTIVO GENERALE

Analizzare il ruolo dell'assistenza infermieristica nell'intercettazione dei segnali precoci di crisi nei gruppi appartamento, con particolare riferimento all'impatto della tempestività dell'intervento infermieristico sull'esito clinico, in termini di ricovero ospedaliero entro 30 giorni.

##### 1.4.2 OBIETTIVI SPECIFICI

- Identificare i segnali precoci di crisi documentati tramite cartella SIRTE.
- Classificare i segnali clinico-comportamentali rilevati negli episodi di criticità.
- Descrivere gli interventi infermieristici attivati in risposta alle criticità rilevate.
- Analizzare la relazione tra segnali precoci di crisi e attivazione degli interventi assistenziali.
- Valutare la frequenza dei ricoveri ospedalieri entro 30 giorni dagli episodi di criticità.
- Esplorare la relazione tra tempestività dell'intervento infermieristico ed esito clinico.

### 1.4.3 IPOTESI DELLO STUDIO

Si ipotizza che l'intercettazione precoce delle criticità cliniche e l'attivazione tempestiva di interventi assistenziali infermieristici possano contribuire alla stabilizzazione della condizione clinica della persona e alla riduzione del rischio di ricovero ospedaliero (Gumley et al., 2003).

## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 MATERIALI**

Nel novembre 2023 un evento sismico ha determinato lo sfollamento della struttura residenziale riabilitativa per persone con disagio mentale “Casa Rossa” di Ancona. Una parte dei residenti è stata temporaneamente trasferita presso gruppi appartamento afferenti al CSM di Ancona.

Lo studio è stato condotto nei gruppi appartamento che hanno accolto tali utenti. Il periodo di riferimento considerato per la raccolta e l’analisi dei dati è compreso tra l’1/12/23 e il 31/12/25.

I dati sono stati raccolti retrospettivamente mediante consultazione della documentazione assistenziale infermieristica aziendale, comprendente:

- Diario clinico infermieristico
- Registrazione degli accessi programmati e non programmati
- Annotazioni relative a eventi clinicamente significativi
- Documentazione relativa a eventuali ricoveri ospedalieri

### **2.2 METODI**

#### **2.2.1 DISEGNO DI STUDIO**

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo di tipo descrittivo-analitico, finalizzato ad analizzare le criticità clinico-comportamentali intercettate dall’assistenza infermieristica nei gruppi appartamento e gli interventi attivati in relazione agli esiti clinici.

Lo studio si propone di descrivere e analizzare la sequenza “segnale precoce – intervento infermieristico – esito”, con particolare riferimento al ricovero ospedaliero.

#### **2.2.2 CAMPIONE E UNITA’ DI ANALISI**

La popolazione di riferimento è costituita dagli utenti precedentemente residenti presso la struttura “Casa Rossa” e successivamente inseriti nei gruppi appartamento. Il campione è composto da 12 pazienti selezionati su indicazione della correlatrice di tesi, per i quali risultava disponibile documentazione assistenziale completa nel periodo di osservazione.

Si tratta quindi di un campione di convenienza, selezionato sulla base della disponibilità e completezza della documentazione assistenziale nel periodo di osservazione.

Nel periodo di osservazione sono stati analizzati complessivamente 12 pazienti, per un totale di 3193 episodi assistenziali registrati. Tra questi, 128 episodi (4,0%) presentavano almeno una criticità clinico-comportamentale documentata.

Il numero di episodi per paziente risultava ampiamente variabile, con un range compreso tra 12 e 706 episodi per soggetto. Questo dato evidenzia una marcata eterogeneità nella frequenza degli accessi assistenziali tra i diversi utenti, suggerendo differenze rilevanti nei livelli di bisogno assistenziale e nella complessità clinica individuale.

Considerando che l'unità di analisi dello studio è rappresentato dall'episodio e non dal singolo paziente, uno stesso soggetto può contribuire con un numero elevato di osservazioni, Questo elemento consente di analizzare in modo dettagliato le dinamiche assistenziali nel tempo, ma introduce al contempo una possibile concentrazione di eventi in alcuni pazienti.

La percentuale relativamente contenuta di episodi con criticità (4,0%) suggerisce come, nel contesto dei gruppi appartamento, la maggior parte degli accessi infermieristici avvenga in condizioni di relativa stabilità clinica. Tuttavia, gli episodi di criticità assumono un rilievo significativo in quanto potenzialmente associati a un peggioramento del quadro clinico e a esiti più complessi.

Tabella 1. Caratteristiche del campione e degli episodi analizzati

VARIABILE	VALORE
Numero pazienti	12
Numero episodi totali	3193
Episodi con criticità (n, %)	128 (4,0%)
Episodi per paziente (range)	12-706

L'unità di analisi primaria dello studio è rappresentata dall'episodio di criticità.

È stato definito "episodio di criticità" ogni giornata in cui nella documentazione infermieristica risultava almeno un segnale clinico-comportamentale significativo rispetto alla condizione abituale del paziente. Più episodi di criticità possono appartenere allo stesso paziente, in quanto l'unità di analisi dello studio è rappresentata dall'episodio e non dal singolo soggetto.

In caso di criticità documentate in giorni consecutivi, ciascuna giornata è stata considerata come episodio distinto, al fine di garantire uniformità e riproducibilità del criterio di rilevazione.

Tale definizione è stata adottata al fine di garantire uniformità nella raccolta dei dati e ridurre la variabilità interpretativa.

### 2.2.3 VARIABILI DELLO STUDIO

Nel presente studio sono state rilevate diverse variabili relative agli episodi di criticità documentati nella pratica assistenziale infermieristica.

La prima variabile indipendente analizzata è rappresentata dai segnali precoci di criticità. Per ciascun episodio sono stati rilevati eventuali segnali clinico-comportamentali indicativi di una possibile fase di instabilità. Tali segnali sono stati codificati in forma dicotomica (0 = assente; 1 = presente). Tra i principali segnali rilevati sono stati considerati:

- agitazione psicomotoria
- irritabilità o aggressività
- ansia marcata
- umore depresso o labilità emotiva
- isolamento o ritiro sociale
- riduzione partecipazione attività
- trascuratezza cura di sé
- scarsa aderenza terapeutica
- conflittualità relazionale
- aumento richieste urgenti
- alterazioni del sonno
- ideazione suicidaria

La seconda variabile indipendente riguarda gli interventi infermieristici attivati. Per ciascun episodio di criticità sono stati registrati gli eventuali interventi assistenziali infermieristici attivati in risposta ai segnali rilevati. Anche tali interventi sono stati codificati in forma dicotomica (0 = no; 1 = sì). Gli interventi considerati includono:

- incremento accessi
- colloquio di supporto
- monitoraggio intensificato

- contatto con psichiatra
- coinvolgimento della famiglia
- modifica del piano assistenziale
- invio a valutazione clinica
- attivazione intervento urgente

#### 2.2.3.2 VARIABILE DIPENDENTE

La variabile dipendente considerata è il ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla data di rilevazione dell'episodio di criticità, codificato come variabile dicotomica (0 = no; 1 = sì).

Sono stati inoltre rilevati eventuali esiti secondari, quali stabilizzazione clinica senza ricovero o aumento della presa in carico territoriale.

#### 2.2.4 ANALISI DEI DATI E ASPETTI ETICI

Lo studio ha utilizzato esclusivamente dati retrospettivi già presenti nella documentazione clinico-assistenziale, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

I dati raccolti sono stati analizzati mediante statistica descrittiva. Le variabili categoriche sono state espresse in termini di frequenze assolute e percentuali, mentre le variabili quantitative sono state descritte mediante distribuzione e range.

E' stata inoltre effettuata un'analisi esplorativa delle relazioni tra le variabili, in particolare tra presenza di intervento infermieristico ed esito clinico (ricovero entro 30 giorni), al fine di individuare eventuali associazioni tra le variabili considerate.

### **3. RISULTATI**

#### **3.1 SEGNALI PRECOCI DI CRITICITA'**

I segnali precoci di criticità, inizialmente registrati in forma di testo libero, sono stati riclassificati in categorie clinico-comportamentali omogenee al fine di consentirne l'analisi. Nei casi in cui fossero presenti più segnali all'interno dello stesso episodio, ciascun segnale è stato considerato singolarmente.

Complessivamente sono stati rilevati 171 segnali precoci di criticità. Il segnale più frequentemente osservato è risultato l'irritabilità/aggressività (29,8%), seguito dalla riduzione della partecipazione alle attività (17,9%) e dalla conflittualità relazionale (12,3%). Questa distribuzione evidenzia una prevalenza di segnali di tipo comportamentale e relazionale rispetto a quelli strettamente sintomatologici, suggerendo come le fasi iniziali di instabilità clinica si manifestino frequentemente attraverso modificazioni delle dinamiche interpersonali e della partecipazione alla vita quotidiana,

Con frequenza intermedia sono stati rilevati umore depresso/labilità (8,2%), alterazione del sonno (8,2%), trascuratezza della cura di sé (7,0%) e scarsa aderenza terapeutica (6,4%). Tali segnali, pur meno frequenti, risultano clinicamente rilevanti in quanto possono rappresentare indicatori precoci di peggioramento del funzionamento globale.

I segnali meno rappresentati includevano ansia marcata (5,8%), isolamento/ritiro sociale (2,9%) e agitazione psicomotoria (2,3%). Non sono stati rilevati episodi di aumento delle richieste urgenti né di ideazione suicidaria nel campione analizzato.

Tabella 2. Distribuzione dei segnali precoci di criticità

(Totale segnali analizzati: n = 171)

Segnale precoce	N	%
Agitazione psicomotoria	4	2,3%
Irritabilità/aggressività	51	29,8%
Ansia marcata	10	5,8%
Umore depresso/labilità	14	8,2%
Isolamento/ritiro sociale	5	2,9%
Riduzione partecipazione attività	29	17,0%
Trascuratezza cura di sé	12	7,0%
Scarsa aderenza terapeutica	11	6,4%
Conflittualità relazionale	21	12,3%
Aumento richieste urgenti	0	0%
Alterazioni sonno	14	8,2%
Ideazione suicidaria	0	0%

Al fine di valutare la complessità delle criticità osservate, è stato analizzato il numero di segnali precoci rilevati per ciascun episodio.

La maggior parte degli episodi (92 su 128; 71,9%) risultava caratterizzata dalla presenza di un singolo segnale di criticità. Una quota inferiore (29 episodi; 22,7%) presentava due segnali contemporaneamente, mentre solo 7 episodi (5,5%) risultavano caratterizzati dalla presenza di tre segnali associati.

Questi dati indicano che le criticità si presentano prevalentemente in forma isolata, suggerendo che nella maggior parte dei casi i segnali emergono in modo iniziale e circoscritto. Tuttavia, la presenza di episodi con più segnali associati evidenzia una quota di situazioni caratterizzate da maggiore complessità clinico-comportamentale, potenzialmente indicativa di una fase di instabilità più avanzata.

La distribuzione osservata suggerisce quindi un continuum di gravità delle criticità, che va da manifestazioni singole e iniziali fino a quadri più articolati con più segnali concomitanti.

Tabella 3. Distribuzione degli episodi di criticità in base al numero di segnali rilevati

Numero di segnali	N episodi	%
1 segnale	92	71,9%
2 segnali	29	22,7%
3 segnali	7	5,5%
Totale	128	100%

### 3.2 INTERVENTI INFERMIERISTICI

A seguito dell'identificazione di un episodio di criticità clinico-comportamentale, è stata analizzata la presenza di un intervento infermieristico associato nella stessa giornata.

Dei 128 episodi caratterizzati dalla presenza di almeno una criticità, 116 (90,6%) risultavano associati ad almeno un intervento infermieristico documentato nello stesso giorno, mentre 12 episodi (9,4%) non presentavano un intervento registrato nella medesima giornata.

Questo dato evidenzia una elevata capacità di risposta da parte dell'assistenza infermieristica, con un'attivazione dell'intervento nella quasi totalità degli episodi di criticità. La presenza di una quota ridotta di episodi senza intervento suggerisce tuttavia la possibilità di situazioni in cui la criticità non è stata ritenuta tale da richiedere un'azione immediata, oppure non è stata formalmente registrata come intervento.

Nel complesso, la frequente associazione tra criticità e intervento nella stessa giornata indica una buona tempestività della risposta assistenziale.

Tabella 4. Interventi infermieristici associati alle criticità

Intervento infermieristico lo stesso giorno	N	%
Si	116	90,6%
No	12	9,4%
Totale	128	100%

Per valutare l'intensità della risposta assistenziale, è stato analizzato il numero di interventi infermieristici associati a ciascun episodio di criticità.

La maggior parte degli episodi (101 su 128; 78,9%) risultava caratterizzata dall'attivazione di un singolo intervento infermieristico. Una quota più ridotta (13 episodi; 10,2%) presentava due interventi associati, mentre solo 2 episodi (1,6%) risultavano gestiti mediante tre interventi.

In 12 episodi (9,4%) non risultava documentato alcun intervento infermieristico associato nella stessa giornata.

Questi dati suggeriscono che la risposta assistenziale sia nella maggior parte dei casi mirata e circoscritta a un singolo intervento, verosimilmente adeguato alla gestione di criticità iniziali o di lieve entità. La presenza di episodi con più interventi indica invece situazioni caratterizzate da maggiore complessità o necessità di una gestione più articolata.

Tabella 5. Distribuzione degli episodi di criticità in base al numero di interventi infermieristici associati

Numero di interventi	N episodi	%
0 interventi	12	9,4%
1 intervento	101	78,9%
2 interventi	13	10,2%
3 interventi	2	1,6%
Totale	128	100%

Complessivamente sono stati rilevati 133 interventi infermieristici. L'intervento più frequentemente attuato è risultato il colloquio di supporto (77,4%), seguito da monitoraggio intensificato (6,8%) e coinvolgimento della famiglia (6,8%).

La netta prevalenza del colloquio di supporto evidenzia il ruolo centrale della relazione terapeutica nella gestione delle criticità nei gruppi appartamento. Questo tipo di intervento appare lo strumento principale attraverso cui l'infermiere interviene nelle fasi iniziali di instabilità, probabilmente per contenere il disagio e valutare l'evoluzione della situazione.

Gli altri interventi, meno frequenti, sembrano configurarsi come strategie di intensificazione dell'assistenza o di coinvolgimento della rete di supporto. In particolare, il monitoraggio intensificato suggerisce un aumento dell'attenzione clinica, mentre il coinvolgimento della famiglia evidenzia l'importanza del contesto relazionale nella gestione della criticità.

Gli interventi più strutturati o a maggiore intensità clinica, come il contatto con lo psichiatra o l'attivazione di interventi urgenti, risultano meno frequenti, suggerendo che la maggior parte delle criticità venga gestita in una fase precoce senza necessità di escalation.

Tabella 6. Distribuzione degli interventi infermieristici attivati

(Totale interventi analizzati: n = 133)

Intervento infermieristico	N	%
Colloquio di supporto	103	77,4%
Monitoraggio intensificato	9	6,8%
Coinvolgimento famiglia	9	6,8%
Contatto con psichiatra	5	3,8%
Attivazione intervento urgente	3	2,3%
Incremento accessi	2	1,5%
Modifica piano assistenziale	2	1,5%
Invio a valutazione clinica	0	0%

### 3.3 ESITI CLINICI

E' stata analizzata la presenza di ricovero ospedaliero entro 30 giorni successivi agli episodi di criticità. Dei 128 episodi caratterizzati dalla presenza di almeno una criticità, 11 (8,6%) risultavano seguiti da un ricovero entro 30 giorni, mentre nei restanti 117 episodi (91,4%) non si osservava tale esito.

Questo dato evidenzia una bassa frequenza di ricovero nel campione analizzato, suggerendo che nella maggior parte dei casi le criticità non evolvono verso esiti più gravi. Tuttavia, la presenza di una quota, seppur limitata, di ricoveri indica che alcune criticità possono rappresentare un reale fattore di rischio per la destabilizzazione clinica.

Tabella 7. Esiti clinici: ricovero entro 30 giorni

Ricovero entro 30 giorni	N	%
Si	11	8,6%
No	117	91,4%
Totale	128	100%

### 3.4 RELAZIONE TRA INTERVENTO INFERMIERISTICO ED ESITI CLINICI

L'analisi della relazione tra presenza di intervento infermieristico ed esito clinico mostra una differenza nella frequenza di ricovero tra i due gruppi.

Tra gli episodi con intervento infermieristico documentato, il ricovero si verificava in 9 su 116 (7,8%), mentre negli episodi privi di intervento il ricovero si osservava in 2 casi su 12 (16,7%).

Sebbene il numero di eventi sia limitato, si osserva una maggiore frequenza di ricovero negli episodi in cui non è stato attivato un intervento infermieristico. Questo dato suggerisce una possibile associazione tra presenza dell'intervento e minore probabilità di ricovero.

Tuttavia, tale risultato deve essere interpretato con cautela, in quanto la numerosità ridotta del campione e la distribuzione non uniforme degli eventi non consentono di trarre conclusioni definitive.

Tabella 8. Relazione tra intervento infermieristico ed esiti clinici

Intervento infermieristico	Ricovero si n (%)	Ricovero no n (%)	Totale
Si	9 (7,8%)	107 (92,2%)	116
No	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12
Totale	11	117	128

### 3.5 CARATTERISTICHE DEGLI EPISODI CON RICOVERO

Al fine di approfondire le caratteristiche degli episodi di criticità seguiti da ricovero entro 30 giorni, è stata analizzata la tipologia di segnali precoci presenti in tali episodi.

Complessivamente sono stati rilevati 18 segnali negli 11 episodi considerati. I risultati evidenziano una prevalenza di segnali affettivi e comportamentali. In particolare, il segnale più frequentemente osservato è risultato l'umore depresso/labilità (38,9%), seguito da irritabilità/aggressività (27,8%) e conflittualità relazionale (16,7%).

Con frequenza minore sono stati rilevati scarsa aderenza terapeutica (11,1%) e riduzione della partecipazione alle attività (5,6%).

Nel complesso, gli episodi seguiti da ricovero risultano caratterizzati prevalentemente da alterazioni dell'umore e da difficoltà nella regolazione comportamentale e relazionale.

Tabella 9. Distribuzione dei segnali di criticità negli episodi seguiti da ricovero entro 30 giorni

(n = 11; totale segnali = 18)

Segnale	N	%
Umore depresso/labilità	7	38,9%
Irritabilità/aggressività	5	27,8%
Conflittualità relazionale	3	16,7%
Scarsa aderenza terapeutica	2	11,1%
Riduzione partecipazione attività	1	5,6%
Totale	18	100%

## **4. DISCUSSIONE**

### **4.1 INTERPRETAZIONE GENERALE DEI RISULTATI**

I risultati dello studio evidenziano come, nel contesto dei gruppi appartamento, le criticità clinico-comportamentali rappresentino eventi relativamente poco frequenti rispetto al numero complessivo degli episodi assistenziali, ma comunque rilevanti dal punto di vista clinico e organizzativo.

L'analisi dei dati mostra inoltre come, a seguito dell'identificazione di una criticità, l'intervento infermieristico venga attivato nella grande maggioranza dei casi e prevalentemente nella stessa giornata, suggerendo una buona capacità di risposta tempestiva da parte degli operatori (Wen et al., 2025). Questo dato appare coerente con il ruolo dell'infermiere nei servizi territoriali di salute mentale, orientato al monitoraggio continuo e all'intercettazione precoce dei segnali di instabilità.

Per quanto riguarda gli esiti clinici, la frequenza di ricovero entro 30 giorni è risultata complessivamente contenuta. Tuttavia, l'interpretazione di tale dato richiede cautela, in quanto i ricoveri osservati risultano numericamente limitati e concentrati in pochi pazienti, con una distribuzione non uniforme nel campione.

L'analisi della relazione tra intervento infermieristico ed esito evidenzia una minore frequenza di ricovero negli episodi in cui è stato attivato un intervento rispetto a quelli privi di intervento. Sebbene tale differenza non consenta di trarre conclusioni definitive in termini di efficacia, suggerisce un possibile ruolo dell'assistenza infermieristica nel contenimento dell'evoluzione delle criticità.

L'analisi dei risultati consente una lettura integrata dei dati raccolti, evidenziando alcune dinamiche rilevanti nella gestione delle criticità clinico-comportamentali nei gruppi appartamento.

In primo luogo, la bassa percentuale di episodi caratterizzati da criticità rispetto al totale degli accessi suggerisce un contesto assistenziale complessivamente orientato alla stabilità. Tuttavia, questo dato deve essere interpretato tenendo conto delle caratteristiche del setting, in cui gli utenti sono generalmente inseriti in fasi relativamente avanzate del percorso riabilitativo.

Parallelamente, la presenza di criticità, sebbene numericamente limitata, assume un significato rilevante in quanto indicativa di possibili fasi di instabilità. In questo senso,

il valore clinico della criticità non risiede tanto nella sua frequenza, quanto nella sua capacità di anticipare un possibile peggioramento del quadro clinico.

Un elemento particolarmente significativo riguarda la distribuzione dei segnali precoci, che risultano prevalentemente di natura comportamentale e relazionale. Questo dato suggerisce che le fasi iniziali di instabilità si manifestano attraverso modificazioni del funzionamento quotidiano, piuttosto che tramite sintomi acuti e specifici.

La prevalenza di episodi caratterizzati da un singolo segnale rafforza l'ipotesi di una buona capacità di intercettazione precoce da parte degli operatori. Tuttavia, la presenza di episodi con più segnali associati evidenzia una quota di situazioni caratterizzate da maggiore complessità, che potrebbero richiedere un livello di intervento più articolato.

L'elevata percentuale di interventi attivati nella stessa giornata suggerisce una buona tempestività della risposta assistenziale. Questo elemento appare coerente con il modello di assistenza territoriale, basato sulla continuità delle cure e sulla presenza costante degli operatori nel contesto di vita dell'utente.

#### 4.2 SEGNALI PRECOCI DI CRITICITA'

L'analisi dei segnali precoci di criticità evidenzia una prevalenza di manifestazioni di tipo comportamentale e relazionale, in particolare irritabilità/aggressività, riduzione della partecipazione alle attività e conflittualità relazionale. Tali segnali suggeriscono come le fasi iniziali di instabilità clinica si esprimano frequentemente attraverso modificazioni del comportamento e delle dinamiche interpersonali piuttosto che tramite sintomi acuti eclatanti.

Anche i segnali affettivi, quali umore depresso/labilità e ansia marcata, risultano presenti, seppur con frequenza inferiore, confermando la natura multifattoriale dei processi di scompenso. In misura minore sono stati osservati isolamento sociale, trascuratezza della cura di sé e alterazioni del sonno, che rappresentano comunque indicatori rilevanti di possibile deterioramento del funzionamento globale.

Questi risultati risultano coerenti con quanto descritto in letteratura in merito agli *early warning signs* nei disturbi mentali gravi (Birchwood et al., 2000; Lee et al., 2026).

Dal punto di vista clinico, la prevalenza di segnali comportamentali e relazionali suggerisce la necessità di un approccio osservativo che vada oltre la dimensione sintomatologica tradizionale. Nei contesti territoriali, infatti, il cambiamento clinico non

si manifesta necessariamente attraverso sintomi evidenti, ma può emergere attraverso variazioni del funzionamento quotidiano, della partecipazione e della qualità delle relazioni (Vasan et al., 2026; Poppe et al., 2024).

Questo implica che l'identificazione precoce delle criticità richiede una competenza interpretativa avanzata, basata sulla conoscenza individuale dell'utente e sulla capacità di riconoscere deviazioni rispetto al suo funzionamento abituale. In questo senso, l'osservazione infermieristica assume una dimensione dinamica e personalizzata, che si discosta da modelli standardizzati basati esclusivamente su checklist sintomatologiche.

Un ulteriore elemento riguarda il fatto che alcuni segnali, come la riduzione della partecipazione alle attività o la conflittualità relazionale, possono essere facilmente sottovalutati in quanto non immediatamente riconducibili a un peggioramento clinico. Tuttavia, tali manifestazioni possono rappresentare indicatori precoci di disinvestimento o di difficoltà adattative, che precedono l'emergere di sintomi più strutturati.

#### 4.3 INTERVENTI INFERMIERISTICI

L'analisi delle tipologie di intervento infermieristico attivate evidenzia una marcata prevalenza del colloquio di supporto rispetto alle altre modalità assistenziali. Questo dato suggerisce come, nel contesto dei gruppi appartamento, la relazione terapeutica e la comunicazione rappresentino strumenti centrali nella gestione delle fasi di instabilità clinica. Il colloquio infermieristico assume infatti una funzione articolata, che integra aspetti di contenimento emotivo, valutazione clinica e supporto al mantenimento dell'equilibrio psichico dell'utente, configurandosi come uno spazio privilegiato per l'espressione del disagio e la rielaborazione dell'esperienza.

In questo senso, il colloquio non può essere considerato un intervento "semplice" o accessorio, ma rappresenta una componente centrale dell'agire infermieristico in ambito psichiatrico territoriale. Attraverso la relazione continuativa con l'utente, l'infermiere è infatti in grado di cogliere variazioni anche minime nel comportamento, nel tono dell'umore o nel funzionamento quotidiano, intervenendo in modo tempestivo prima che tali segni evolvano in una condizione di maggiore instabilità.

Accanto al colloquio, la presenza di interventi quali il monitoraggio intensificato e il coinvolgimento della famiglia evidenzia un approccio assistenziale orientato alla continuità della presa in carico e alla costruzione di una rete di supporto integrata (Jirapramukpitak et al., 2025). Il monitoraggio intensificato suggerisce una modulazione

dell'intensità assistenziale in risposta al livello di rischio, mentre il coinvolgimento dei familiari riflette il riconoscimento del loro ruolo nel sostenere il funzionamento quotidiano dell'utente e nel contribuire alla prevenzione delle ricadute. Questo elemento appare particolarmente rilevante nei contesti comunitari, dove la dimensione relazionale e ambientale assume un peso significativo nell'equilibrio clinico della persona.

La minore frequenza di interventi quali il contatto con lo psichiatra o l'attivazione di interventi urgenti suggerisce che la maggior parte delle criticità venga intercettata e gestita in una fase precoce, prima di evolvere in condizioni di maggiore gravità. Tale dato può essere interpretato come indicativo di un modello assistenziale efficace nel contenimento delle situazioni di instabilità, in cui l'intervento infermieristico svolge una funzione di filtro e di gestione iniziale della criticità.

Dal punto di vista teorico, questi risultati risultano coerenti con le raccomandazioni del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)*, che sottolineano l'importanza degli interventi psicosociali e relazionali nella gestione dei disturbi mentali gravi, includendo il supporto individuale e il coinvolgimento della rete familiare come elementi fondamentali del trattamento (Dixon et al., 2010). Inoltre, la letteratura evidenzia come la qualità della relazione terapeutica rappresenti un fattore rilevante nel determinare gli esiti clinici, influenzando aspetti quali l'aderenza al trattamento, la stabilità sintomatologica e il rischio di ricaduta, sebbene con evidenze non sempre univoche (Priebe et al., 2008)

Nel complesso, i dati suggeriscono come l'intervento infermieristico nei gruppi appartamento si caratterizzi per una forte componente relazionale e preventiva, con un orientamento alla gestione precoce delle criticità e al mantenimento della stabilità clinica dell'utente. L'infermiere emerge quindi come figura centrale nella quotidianità assistenziale, capace di integrare osservazione clinica, relazione terapeutica e attivazione della rete di supporto in un unico processo assistenziale.

Un ulteriore elemento di interesse emerso dall'analisi dei dati riguarda la distribuzione delle tipologie di intervento infermieristico attivate nei diversi episodi di criticità. In particolare, si osserva una marcata concentrazione degli interventi su alcune modalità specifiche, con una prevalenza significativa del colloquio di supporto rispetto ad altre strategie assistenziali.

Questo dato suggerisce come, nel contesto dei gruppi appartamento, l'intervento infermieristico sia fortemente orientato alla gestione relazionale della criticità, piuttosto che all'attivazione immediata di interventi a maggiore intensità clinica. Tale approccio appare coerente con le caratteristiche del setting territoriale, in cui l'obiettivo principale non è la gestione dell'emergenza, ma il mantenimento dell'equilibrio clinico attraverso interventi precoci e modulati.

La prevalenza di un singolo intervento per episodio, osservata nella maggior parte dei casi, può essere interpretata come indicativa di una risposta assistenziale mirata e proporzionata alla criticità rilevata. Questo elemento suggerisce che le situazioni osservate siano generalmente intercettate in una fase iniziale, in cui un intervento circoscritto risulta sufficiente per contenere l'evoluzione del quadro clinico.

Al contrario, la presenza, seppur limitata, di episodi caratterizzati da più interventi associati potrebbe riflettere situazioni di maggiore complessità, in cui la criticità richiede una gestione più articolata e multidimensionale. In questi casi, l'integrazione di diversi interventi può rappresentare una strategia per affrontare simultaneamente aspetti clinici, relazionali e contestuali della situazione.

Un ulteriore elemento riguarda la minore frequenza di interventi quali il contatto con lo psichiatra o l'attivazione di interventi urgenti. Questo dato suggerisce che tali strategie vengono utilizzate in modo selettivo, probabilmente in presenza di criticità più strutturate o di rischio clinico elevato. In questo senso, la distribuzione degli interventi appare coerente con un modello assistenziale graduato, in cui l'intensità dell'intervento viene modulata in base alla gravità della situazione.

Nel complesso, l'analisi della distribuzione degli interventi infermieristici evidenzia un approccio assistenziale orientato alla proporzionalità e alla gradualità, in cui l'infermiere adatta la risposta in funzione della criticità rilevata, privilegiando interventi relazionali e di supporto nelle fasi iniziali e riservando strategie più intensive alle situazioni a maggiore complessità.

#### 4.4 RELAZIONE TRA INTERVENTO ED ESITI CLINICI

L'analisi della relazione tra intervento infermieristico ed esiti clinici evidenzia una minore frequenza di ricovero negli episodi in cui è stato attivato un intervento rispetto a quelli privi di intervento. Questo dato, pur non consentendo di stabilire un rapporto

causale, suggerisce un possibile ruolo dell'assistenza infermieristica nel contenimento dell'evoluzione delle criticità clinico-comportamentali.

Tale risultato deve tuttavia essere interpretato con cautela, considerando le caratteristiche del campione utilizzato. In particolare, il numero complessivo dei ricoveri risulta limitato e gli eventi osservati appaiono concentrati in pochi pazienti, con una distribuzione non uniforme. Questo elemento può influenzare la lettura dei dati, riducendo la possibilità di evidenziare differenze nette tra i gruppi e introducendo un potenziale effetto di distorsione legato alla presenza di soggetti con maggiore vulnerabilità clinica.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda la natura degli episodi privi di intervento infermieristico. E' possibile che tali situazioni siano caratterizzate da una minore rilevazione precoce della criticità o da una sottostima della gravità del segnale, con conseguente mancata attivazione di un intervento tempestivo. In questa prospettiva, la maggiore frequenza di ricovero osservata in assenza di intervento potrebbe riflettere non tanto l'inefficacia dell'assistenza, quanto piuttosto una difficoltà nell'intercettazione precoce dei segnali di instabilità.

Al contrario, negli episodi in cui è stato attivato un intervento infermieristico, la gestione precoce delle criticità potrebbe aver contribuito a modulare l'evoluzione del quadro clinico, riducendo la probabilità di esiti più gravi. Questo dato appare coerente con il modello assistenziale territoriale orientato alla prevenzione delle ricadute, in cui l'identificazione tempestiva dei segnali precoci e l'attivazione di interventi mirati rappresentano elementi centrali del percorso di cura (Birchwood et al., 2000).

La letteratura evidenzia inoltre come gli interventi psicosociali e la qualità della relazione terapeutica possano influenzare gli esiti clinici nei pazienti con disturbo mentale grave, contribuendo al miglioramento della stabilità sintomatologica e alla riduzione del rischio di ospedalizzazione, sebbene con risultati non sempre omogenei (Dixon et al., 2010; Priebe et al., 2008). In questo contesto, l'intervento infermieristico può essere interpretato come parte integrante di tali strategie, in quanto integra dimensione relazionale, monitoraggio clinico e attivazione della rete assistenziale.

Nel complesso, i risultati suggeriscono un possibile effetto favorevole dell'intervento infermieristico sugli esiti clinici, pur in presenza di limiti legati alla numerosità del campione e alla distribuzione degli eventi. Tali elementi rendono

necessario interpretare i dati in chiave prudentiale, valorizzando tuttavia il ruolo dell'infermiere nella gestione precoce delle criticità e nel contenimento delle ricadute.

Un ulteriore elemento interpretativo riguarda il possibile ruolo della tempestività dell'intervento. Anche se nello studio non è stato possibile analizzare in modo approfondito il timing, il fatto che l'intervento avvenga prevalentemente nella stessa giornata suggerisce una risposta rapida, che potrebbe contribuire a contenere l'evoluzione della criticità.

In questa prospettiva, l'intervento infermieristico può essere interpretato non solo come risposta a un evento, ma come parte di un processo continuo di monitoraggio e modulazione del rischio. La capacità di intervenire in modo precoce rappresenta infatti uno degli elementi chiave nei modelli di cura orientati alla prevenzione delle ricadute (Gumley et al., 2003).

È inoltre possibile che la presenza dell'intervento rappresenti un indicatore indiretto della qualità della presa in carico, piuttosto che un fattore direttamente causale nella riduzione del ricovero. In altre parole, gli episodi in cui è stato attivato un intervento potrebbero essere quelli in cui la criticità è stata riconosciuta e gestita in modo più efficace.

Un elemento particolarmente rilevante emerso dallo studio riguarda la tempestività dell'intervento infermieristico, che nella maggior parte dei casi risulta attivato nella stessa giornata in cui viene rilevata la criticità.

Questo dato assume un significato importante nel contesto dei servizi territoriali, in quanto suggerisce una buona capacità di risposta immediata da parte degli operatori e una presenza assistenziale costante all'interno dei gruppi appartamento. La tempestività dell'intervento rappresenta infatti uno degli elementi chiave nei modelli di prevenzione delle ricadute, in quanto consente di agire in una fase iniziale del processo di destabilizzazione clinica.

Tuttavia, il concetto di tempestività non deve essere interpretato esclusivamente in termini temporali, ma anche in relazione all'appropriatezza dell'intervento. Un intervento precoce risulta efficace solo se adeguato alla tipologia e alla gravità della criticità osservata. In questo senso, la capacità dell'infermiere di modulare l'intervento in base alla situazione specifica rappresenta un elemento centrale della pratica clinica.

Un ulteriore aspetto riguarda il fatto che la tempestività dell'intervento può essere influenzata da fattori organizzativi, quali la presenza degli operatori, la distribuzione dei carichi di lavoro e le modalità di comunicazione all'interno dell'équipe. In contesti caratterizzati da una buona continuità assistenziale, la probabilità di intercettare precocemente le criticità e di intervenire tempestivamente risulta maggiore.

È inoltre possibile ipotizzare che la tempestività dell'intervento sia strettamente correlata alla qualità dell'osservazione clinica. La capacità di riconoscere precocemente i segnali di instabilità consente infatti di attivare l'intervento in una fase in cui il quadro clinico è ancora modificabile.

In questo senso, la tempestività non rappresenta solo un indicatore di efficienza organizzativa, ma anche un indicatore della competenza clinica dell'operatore. L'intervento precoce si configura quindi come il risultato di un processo complesso, che integra osservazione, interpretazione e decisione clinica.

I risultati dello studio, pur non consentendo un'analisi dettagliata del timing, suggeriscono comunque che l'assistenza infermieristica nei gruppi appartamento sia orientata a una gestione rapida delle criticità, elemento che potrebbe contribuire al contenimento dell'evoluzione verso esiti più gravi.

#### 4.5 CRITICITÀ NON INTERCETTATE E LIMITI

Un ulteriore elemento emerso dall'analisi dei dati riguarda la presenza di ricoveri ospedalieri non preceduti da criticità clinico-comportamentali documentate nei giorni precedenti. Questo dato suggerisce che, in alcuni casi, l'evoluzione verso una fase di scompenso può avvenire in modo rapido o comunque non essere accompagnata da segnali precoci chiaramente rilevati e registrati nel contesto assistenziale.

Tale osservazione apre a diverse possibili interpretazioni. Da un lato, è possibile che alcune riacutizzazioni cliniche si sviluppino con un esordio acuto, caratterizzato da una rapida destabilizzazione del quadro psicopatologico, che limita la possibilità di intercettazione precoce da parte degli operatori. Dall'altro lato, non si può escludere che segnali iniziali, anche se presenti, non siano stati riconosciuti come rilevanti oppure non siano stati formalizzati nella documentazione assistenziale.

In questo senso, la mancata rilevazione di criticità prima del ricovero può essere interpretata come un potenziale indicatore di criticità del sistema di osservazione e registrazione, piuttosto che come assenza reale di segnali. La letteratura sui segnali

precoci evidenzia infatti come le fasi di instabilità clinica possano manifestarsi attraverso modificazioni sottili del comportamento, dell'umore o del funzionamento quotidiano, che richiedono un elevato livello di conoscenza dell'utente e una particolare attenzione da parte degli operatori per essere individuate (Birchwood et al., 2000).

Un ulteriore elemento da considerare riguarda il contesto dei gruppi appartamento, caratterizzato da un equilibrio tra autonomia dell'utente e presenza degli operatori. In tali contesti, la possibilità di osservazione continua può risultare limitata rispetto a setting più strutturati, rendendo più complessa l'identificazione tempestiva di segnali di instabilità, soprattutto quando questi si manifestano al di fuori dei momenti di contatto con il personale.

Allo stesso tempo, la presenza di ricoveri non preceduti da criticità documentata sottolinea l'importanza di rafforzare gli strumenti di osservazione clinica e di migliorare la sensibilità nell'individuazione dei segnali precoci. Ciò può includere una maggiore strutturazione della raccolta dati, una condivisione più sistematica delle informazioni tra operatori e un'attenzione specifica alla documentazione delle variazioni comportamentali anche quando queste appaiono di lieve entità.

Nel complesso, questo risultato evidenzia come l'intercettazione precoce delle criticità rappresenti una sfida centrale nei servizi territoriali di salute mentale, e come il ruolo dell'infermiere sia fondamentale non solo nella gestione delle criticità già manifeste, ma anche nella capacità di riconoscere e interpretare segnali iniziali spesso sfumati, al fine di prevenire l'evoluzione verso esiti più gravi.

La letteratura recente suggerisce che l'uso di strumenti di monitoraggio continuo possa migliorare l'identificazione precoce delle fasi di instabilità (Gaebel & Zielasek, 2002). Parallelamente, strategie orientate al miglioramento dell'aderenza terapeutica risultano fondamentali nella prevenzione delle ricadute (Velligan et al., 2009).

Lo studio presenta alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, la numerosità del campione contenuta, sia in termini di pazienti inclusi sia, soprattutto, per quanto riguarda il numero di eventi di ricovero osservati. La presenza di un numero limitato di esiti riduce la possibilità di evidenziare relazioni significative tra le variabili analizzate e limita la generalizzazione dei risultati ad altri contesti assistenziali.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la distribuzione non uniforme degli eventi all'interno del campione. In particolare, i ricoveri risultano concentrati in pochi pazienti, con la presenza di più episodi di criticità associati allo stesso evento. Questa concentrazione può determinare una distorsione nella lettura dei dati, influenzando il peso relativo alle osservazioni e rendendo più complessa l'interpretazione delle relazioni tra criticità, interventi ed esiti clinici.

Dal punto di vista metodologico, lo studio si basa su un'analisi retrospettiva della documentazione assistenziale. Questo comporta una dipendenza dalla qualità e dalla completezza delle registrazioni effettuate dagli operatori, con il rischio di sottostima o sovrastima di alcune variabili. In particolare, la rilevazione dei segnali precoci di criticità è legata alla sensibilità dell'operatore e alla modalità di documentazione, con la possibilità che segnali presenti non siano stati registrati o formalizzati.

Un ulteriore limite riguarda la natura dell'unità di analisi adottata, rappresentata dagli episodi di criticità e non dai singoli pazienti. Sebbene questa scelta consenta di aumentare il numero di osservazioni e di analizzare in modo più dettagliato le dinamiche assistenziali, introduce una possibile dipendenza tra i dati, in quanto più episodi possono riferirsi allo stesso soggetto. Questo aspetto può influenzare l'interpretazione dei risultati, in particolare per quanto riguarda la relazione tra interventi ed esiti.

Inoltre, non è stato possibile analizzare in modo approfondito il timing degli interventi rispetto alla comparsa dei segnali precoci, in quanto nella maggior parte dei casi l'intervento infermieristico risulta documentato nella stessa giornata della criticità. Ciò limita la possibilità di distinguere tra interventi realmente precoci e interventi attuati in fase già avanzata della criticità.

Un ulteriore elemento da considerare è la mancanza di informazioni relative alla gravità clinica dei singoli episodi e alle caratteristiche individuali dei pazienti, che potrebbero influenzare sia la probabilità di attivazione di un intervento infermieristico sia il rischio di ricovero. L'assenza di tali variabili limita la possibilità di controllare possibili fattori confondenti e rende necessario interpretare i risultati con cautela.

Infine, lo studio è stato condotto in un contesto specifico, rappresentato dai gruppi appartenenti a un singolo servizio territoriale, con caratteristiche organizzative e assistenziali proprie. Questo elemento può limitare la trasferibilità dei

risultati ad altri contesti, in cui l'organizzazione dei servizi e le modalità di presa in carico possono differire.

Un ulteriore limite riguarda la possibile presenza di una variabilità nella modalità di registrazione dei dati da parte degli operatori. La documentazione assistenziale, pur rappresentando una fonte preziosa di informazioni, può essere influenzata da differenze individuali nello stile di osservazione, nella sensibilità clinica e nelle modalità di annotazione. Questo aspetto può determinare una disomogeneità nella rilevazione delle criticità e degli interventi, influenzando la comparabilità dei dati.

Inoltre, la riclassificazione dei segnali precoci a partire da descrizioni in testo libero, sebbene necessaria per l'analisi, comporta un ulteriore livello di interpretazione da parte del ricercatore. Tale processo può introdurre una componente di soggettività, soprattutto nei casi in cui le descrizioni risultino ambigue o non completamente strutturate.

Un ulteriore elemento da considerare riguarda l'assenza di variabili relative al contesto ambientale e relazionale in cui si sviluppano le criticità. Fattori quali cambiamenti nelle dinamiche del gruppo appartamento, eventi stressanti o modifiche nell'organizzazione assistenziale potrebbero influenzare l'insorgenza delle criticità, ma non sono stati oggetto di analisi nello studio.

Infine, lo studio non consente di distinguere in modo chiaro tra l'effetto dell'intervento infermieristico e quello di altri fattori concomitanti, quali l'intervento dell'équipe multidisciplinare, le modifiche terapeutiche o il supporto familiare. Questo limita la possibilità di attribuire in modo specifico l'esito osservato al solo intervento infermieristico.

Nonostante tali limitazioni, lo studio fornisce indicazioni utili sul ruolo dell'assistenza infermieristica nella gestione delle criticità nei servizi territoriali di salute mentale, offrendo spunti di riflessione per ulteriori approfondimenti e per il miglioramento della pratica clinica.

#### 4.6 IMPLICAZIONI E RUOLO INFERMIERISTICO

I risultati emersi dallo studio evidenziano alcune implicazioni rilevanti per la pratica infermieristica nei servizi territoriali di salute mentale, in particolare per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere nella gestione precoce delle criticità clinico-comportamentali.

In primo luogo, l'elevata frequenza di interventi infermieristici attivati in concomitanza con la rilevazione di una criticità sottolinea l'importanza della tempestività nella risposta assistenziale. La capacità di intervenire precocemente rappresenta infatti un elemento chiave nella prevenzione dell'evoluzione verso condizioni di maggiore instabilità, suggerendo la necessità di mantenere un elevato livello di attenzione e di continuità nell'osservazione clinica dell'utente.

In questo contesto, assume particolare rilevanza la competenza dell'infermiere nell'individuare segnali precoci spesso sfumati, che possono manifestarsi attraverso variazioni del comportamento, del tono dell'umore o del funzionamento quotidiano. Ciò richiede non solo capacità di osservazione, ma anche una conoscenza approfondita dell'utente e del suo percorso clinico, al fine di distinguere tra variazioni fisiologiche e segnali di potenziale instabilità.

Un ulteriore aspetto riguarda la centralità della relazione terapeutica, che emerge come strumento fondamentale dell'intervento infermieristico. Il colloquio di supporto, risultando l'intervento più frequentemente utilizzato, evidenzia come la dimensione relazionale costituisca un elemento imprescindibile nella gestione delle criticità. In questo senso, risulta fondamentale promuovere competenze comunicative e relazionali specifiche, che consentano all'infermiere di instaurare un rapporto di fiducia con l'utente e di favorire l'espressione del disagio in una fase precoce.

Le implicazioni pratiche riguardano anche la necessità di strutturare maggiormente i processi di osservazione e documentazione. La presenza di ricoveri non preceduti da criticità documentate suggerisce infatti l'importanza di migliorare la registrazione dei segnali precoci, anche quando appaiono di lieve entità. L'utilizzo di strumenti condivisi e di criteri più sistematici per la rilevazione delle criticità potrebbe contribuire a rendere più efficace il monitoraggio clinico e a facilitare la comunicazione tra operatori.

Un ulteriore elemento riguarda il lavoro di équipe e l'integrazione con le altre figure professionali. La gestione delle criticità nei servizi territoriali richiede infatti un approccio multidisciplinare, in cui l'infermiere svolge un ruolo di raccordo tra l'utente, la famiglia e gli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura. In questo senso, la capacità di attivare tempestivamente la rete assistenziale rappresenta una competenza fondamentale per garantire la continuità e l'efficacia degli interventi.

Dal punto di vista organizzativo, i risultati dello studio sottolineano l'importanza di modelli assistenziali orientati alla prevenzione e alla presa in carico continuativa, in cui l'infermiere possa svolgere un ruolo attivo nel monitoraggio quotidiano e nella gestione delle criticità. Ciò implica la necessità di garantire adeguate risorse e tempi assistenziali, che consentano agli operatori di dedicare spazio all'osservazione, al colloquio e alla relazione terapeutica.

Nel complesso, le evidenze emerse suggeriscono che il rafforzamento del ruolo infermieristico nei servizi territoriali, in particolare in termini di competenze relazionali, capacità di osservazione clinica e integrazione con la rete assistenziale, possa contribuire in modo significativo al miglioramento degli esiti clinici e alla riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero.

I risultati dello studio consentono di riflettere in modo più approfondito sul ruolo dell'infermiere nei contesti territoriali di salute mentale, evidenziando la necessità di competenze avanzate che vanno oltre la gestione tecnica dell'assistenza.

In primo luogo, emerge l'importanza della competenza osservativa avanzata, intesa come capacità di cogliere variazioni anche minime del comportamento e del funzionamento quotidiano. Nei gruppi appartamento, l'osservazione non si limita alla rilevazione di segni evidenti, ma richiede una lettura continua e dinamica delle condizioni dell'utente.

Questa competenza si basa su una conoscenza approfondita della persona, costruita nel tempo attraverso la relazione assistenziale. L'infermiere è infatti in grado di riconoscere deviazioni rispetto al funzionamento abituale, anche quando queste non risultano immediatamente evidenti o classificabili in termini sintomatologici.

Un secondo elemento riguarda la competenza relazionale, che rappresenta uno degli strumenti principali nella gestione delle criticità. La relazione terapeutica consente non solo di contenere il disagio, ma anche di facilitare l'emersione dei bisogni e di supportare l'utente nel processo di adattamento.

In questo senso, il colloquio infermieristico assume una funzione complessa, che integra aspetti di ascolto, valutazione clinica e intervento. La capacità di utilizzare la relazione in modo consapevole e strutturato rappresenta una competenza fondamentale nei contesti territoriali.

Un ulteriore aspetto riguarda la competenza decisionale, ovvero la capacità di valutare la situazione e di scegliere l'intervento più appropriato. Nei gruppi appartamento, l'infermiere si trova spesso a prendere decisioni in autonomia, basate sull'osservazione diretta e sulla conoscenza dell'utente.

Questa dimensione decisionale è strettamente legata alla responsabilità professionale e richiede un elevato livello di competenza clinica. L'infermiere deve essere in grado di distinguere tra situazioni che richiedono un intervento immediato e situazioni che possono essere monitorate nel tempo.

Infine, emerge la competenza di integrazione all'interno dell'équipe multidisciplinare. L'infermiere rappresenta un punto di raccordo tra le diverse figure professionali, contribuendo alla condivisione delle informazioni e alla costruzione del progetto terapeutico individuale.

Nel complesso, i risultati dello studio evidenziano come il ruolo dell'infermiere nei gruppi appartamento richieda un insieme articolato di competenze, che integrano aspetti clinici, relazionali e organizzativi.

#### 4.7 CONTESTO, SIGNIFICATO E PROSPETTIVE

I risultati dello studio possono essere interpretati alla luce della letteratura esistente sui modelli di assistenza territoriale e sulla gestione delle ricadute nei disturbi mentali gravi.

In particolare, il ruolo dell'infermiere nell'intercettazione precoce delle criticità appare coerente con quanto descritto nei modelli di *community care*, che attribuiscono agli operatori territoriali una funzione centrale nel monitoraggio continuo e nella prevenzione delle riacutizzazioni. In questo contesto, la continuità assistenziale rappresenta un elemento chiave per garantire una presa in carico efficace e per ridurre il rischio di ricovero.

La letteratura evidenzia come la gestione delle ricadute non debba essere limitata alla fase acuta, ma debba includere strategie di identificazione precoce dei segnali di instabilità. In questo senso, il concetto di *early warning signs* assume un ruolo fondamentale, in quanto consente di intervenire in una fase in cui il quadro clinico è ancora modificabile.

I risultati dello studio, che evidenziano una prevalenza di segnali comportamentali e relazionali, risultano coerenti con tali evidenze, suggerendo che le fasi iniziali di instabilità si manifestano attraverso modificazioni del funzionamento quotidiano.

Un ulteriore elemento di confronto riguarda la centralità della relazione terapeutica. Studi precedenti hanno evidenziato come la qualità dell'alleanza terapeutica sia associata a migliori esiti clinici, in termini di aderenza al trattamento e riduzione delle ricadute (Priebe et al., 2008).

In questo senso, la prevalenza del colloquio di supporto tra gli interventi osservati nello studio conferma il ruolo della relazione come strumento clinico fondamentale nella gestione delle criticità.

Inoltre, le raccomandazioni del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (PORT) sottolineano l'importanza degli interventi psicosociali integrati, che includono il supporto individuale, il coinvolgimento della famiglia e il monitoraggio continuo (Dixon et al., 2010).

I dati dello studio risultano coerenti con tali indicazioni, evidenziando una presenza, seppur meno frequente, di interventi orientati all'intensificazione del monitoraggio e al coinvolgimento della rete familiare.

Il ruolo dell'infermiere nei servizi territoriali è stato inoltre ampiamente descritto in letteratura, con particolare riferimento alla promozione della salute e alla gestione delle comorbidità nei pazienti con disturbo mentale grave (Happell et al., 2011).

I risultati dello studio confermano questa prospettiva, evidenziando come l'intervento infermieristico non si limiti alla gestione delle criticità, ma si inserisca in un processo più ampio di presa in carico globale.

Un ulteriore elemento riguarda il concetto di prevenzione delle ricadute, che rappresenta uno degli obiettivi principali dei servizi di salute mentale territoriali. La capacità di intervenire precocemente sulle criticità consente infatti di ridurre il rischio di ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita degli utenti.

In questo senso, i risultati dello studio suggeriscono che l'assistenza infermieristica nei gruppi appartamento possa contribuire in modo significativo al raggiungimento di tali obiettivi.

I risultati dello studio aprono alcune prospettive interessanti per lo sviluppo di ulteriori ricerche nel campo dell'assistenza infermieristica nei servizi di salute mentale territoriali.

In primo luogo, sarebbe utile approfondire il ruolo della tempestività dell'intervento infermieristico, analizzando in modo più dettagliato il tempo intercorrente tra la comparsa del segnale precoce e l'attivazione dell'intervento. Questo permetterebbe di valutare in modo più preciso l'impatto della rapidità della risposta assistenziale sugli esiti clinici.

Un ulteriore ambito di approfondimento riguarda la standardizzazione degli strumenti di rilevazione dei segnali precoci. L'introduzione di scale strutturate potrebbe migliorare la qualità dei dati raccolti e facilitare il confronto tra diversi contesti assistenziali.

Sarebbe inoltre interessante analizzare il ruolo di variabili contestuali, quali le dinamiche relazionali all'interno del gruppo appartamento, la presenza di eventi stressanti o le caratteristiche organizzative del servizio, al fine di comprendere meglio i fattori che influenzano l'insorgenza delle criticità.

Un ulteriore sviluppo potrebbe riguardare l'analisi longitudinale dei dati, che consentirebbe di osservare l'evoluzione delle criticità nel tempo e di identificare eventuali pattern ricorrenti.

Infine, studi futuri potrebbero esplorare in modo più approfondito il ruolo dell'équipe multidisciplinare nella gestione delle criticità, analizzando l'interazione tra le diverse figure professionali e il loro contributo agli esiti clinici.

Il setting dei gruppi appartamento rappresenta un contesto peculiare all'interno dei servizi di salute mentale territoriale, caratterizzato da un equilibrio tra supporto assistenziale e promozione dell'autonomia.

A differenza dei contesti ospedalieri, nei gruppi appartamento l'assistenza si sviluppa all'interno della vita quotidiana, permettendo di osservare l'utente in situazioni reali e non artificiali. Questo consente di cogliere aspetti del funzionamento che difficilmente emergerebbero in altri setting.

In questo contesto, la gestione delle criticità assume caratteristiche specifiche, in quanto si inserisce in un ambiente che non è esclusivamente sanitario, ma anche

relazionale e abitativo. Questo richiede un approccio flessibile, in grado di adattarsi alle esigenze dell'utente e alle dinamiche del gruppo.

Un elemento rilevante riguarda il fatto che i gruppi appartamento favoriscono lo sviluppo di competenze di autonomia, ma allo stesso tempo espongono l'utente a situazioni di stress e di confronto relazionale che possono rappresentare fattori di rischio per l'insorgenza di criticità.

In questo senso, il ruolo dell'infermiere diventa fondamentale nel mantenere un equilibrio tra supporto e autonomia, intervenendo quando necessario ma evitando una eccessiva medicalizzazione del contesto.

I risultati dello studio suggeriscono che questo equilibrio venga generalmente mantenuto, evidenziando una gestione delle criticità orientata alla prevenzione e al contenimento, piuttosto che all'intervento emergenziale.

Nel complesso, il setting dei gruppi appartamento si configura come un contesto privilegiato per l'intercettazione precoce delle criticità e per la promozione di percorsi di *recovery* centrati sulla persona.

I risultati dello studio consentono di evidenziare come la gestione delle criticità nei gruppi appartamento non possa essere interpretata esclusivamente in termini clinici, ma debba essere letta come il risultato dell'interazione tra dimensione clinica, relazionale e organizzativa.

Dal punto di vista clinico, l'identificazione dei segnali precoci rappresenta il primo livello di intervento, basato sulla capacità di riconoscere variazioni nel comportamento e nel funzionamento dell'utente. Tuttavia, questi segnali assumono significato solo se inseriti all'interno di una lettura più ampia della situazione, che tenga conto del contesto e della storia individuale.

La dimensione relazionale svolge un ruolo fondamentale in questo processo. La relazione terapeutica consente infatti di accedere a informazioni che non sempre emergono attraverso l'osservazione diretta, facilitando l'espressione del disagio e la condivisione delle difficoltà. In questo senso, la relazione rappresenta uno strumento clinico a tutti gli effetti, attraverso il quale l'infermiere può modulare l'intervento e adattarlo alle esigenze dell'utente.

Parallelamente, la dimensione organizzativa influisce in modo significativo sulla gestione delle criticità. Fattori quali la continuità assistenziale, la stabilità dell'équipe e

la qualità della comunicazione tra gli operatori possono facilitare o ostacolare l'intercettazione precoce dei segnali di instabilità.

In particolare, la presenza di un'équipe stabile consente la costruzione di una conoscenza condivisa dell'utente, che rappresenta un elemento fondamentale per l'identificazione delle variazioni rispetto al funzionamento abituale. Al contrario, una elevata turnazione degli operatori può rendere più difficile il riconoscimento dei segnali precoci.

Un ulteriore aspetto riguarda l'integrazione tra le diverse figure professionali. La gestione delle criticità nei servizi territoriali non è infatti il risultato dell'azione di un singolo operatore, ma di un lavoro di équipe, in cui le diverse competenze si integrano per garantire una presa in carico globale.

In questo contesto, l'infermiere svolge una funzione di raccordo, contribuendo alla raccolta e alla condivisione delle informazioni e partecipando attivamente alla definizione delle strategie di intervento.

I risultati dello studio suggeriscono che la gestione efficace delle criticità richieda un equilibrio tra queste tre dimensioni, evidenziando come l'intervento infermieristico non possa essere ridotto a un insieme di azioni tecniche, ma debba essere interpretato come un processo complesso e integrato.

Questa prospettiva consente di valorizzare il ruolo dell'infermiere nei servizi territoriali, sottolineando la necessità di competenze che integrino aspetti clinici, relazionali e organizzativi.

Un ulteriore elemento emerso dall'analisi dei risultati riguarda la marcata variabilità nella distribuzione degli episodi di criticità tra i diversi pazienti. Il numero di episodi per soggetto risulta infatti ampiamente eterogeneo, con alcuni utenti che presentano una frequenza significativamente maggiore di criticità rispetto ad altri.

Questo dato suggerisce la presenza di differenze rilevanti nei livelli di vulnerabilità clinica e nella stabilità del funzionamento individuale, evidenziando come il rischio di destabilizzazione non sia uniformemente distribuito all'interno del campione. In questo senso, gli episodi di criticità non possono essere interpretati esclusivamente come eventi isolati, ma devono essere letti anche come espressione di un profilo clinico specifico del singolo utente.

Dal punto di vista clinico, la maggiore concentrazione di episodi in alcuni pazienti può riflettere una maggiore fragilità, una minore capacità di adattamento o la presenza di fattori di rischio specifici, quali difficoltà relazionali, scarsa aderenza terapeutica o comorbidità psichiatriche e sociali. Al contrario, i pazienti con un numero ridotto di episodi potrebbero presentare un maggiore livello di stabilità o beneficiare di strategie di coping più efficaci.

Questo elemento assume particolare rilevanza nei contesti territoriali, in cui l'assistenza è orientata alla personalizzazione degli interventi. La variabilità osservata suggerisce infatti la necessità di modulare l'intensità e la tipologia dell'assistenza in base alle caratteristiche individuali, adottando un approccio flessibile e centrato sulla persona.

In questo senso, l'identificazione dei pazienti con maggiore frequenza di criticità potrebbe rappresentare uno strumento utile per orientare la pianificazione assistenziale, consentendo di individuare precocemente situazioni a maggiore rischio e di attivare strategie di monitoraggio e intervento più intensivi.

Nel complesso, la distribuzione non uniforme degli episodi di criticità sottolinea la necessità di un approccio assistenziale dinamico e personalizzato, in cui l'infermiere svolge un ruolo centrale nell'adattare l'intervento alle esigenze specifiche dell'utente, contribuendo al mantenimento della stabilità clinica nel tempo.

## 5. CONCLUSIONI

Il presente studio ha analizzato il ruolo dell'assistenza infermieristica nella gestione delle criticità clinico-comportamentali nei gruppi appartamento, con particolare riferimento all'intercettazione dei segnali precoci, alle modalità di intervento e agli esiti clinici a breve termine. I risultati ottenuti permettono di formulare alcune considerazioni rilevanti in merito alla funzione dell'infermiere nei servizi territoriali di salute mentale e al contributo che tale figura può offrire nella prevenzione delle ricadute.

In primo luogo, l'analisi dei dati evidenzia come le criticità rappresentino eventi relativamente poco frequenti rispetto al totale degli accessi assistenziali, ma al tempo stesso clinicamente significativi. Questo elemento sottolinea come, all'interno di un contesto caratterizzato da una relativa stabilità degli utenti, la comparsa di segnali di criticità debba essere considerata un indicatore importante di possibile evoluzione del quadro clinico. Ne deriva la necessità di mantenere un'elevata attenzione anche nei confronti di variazioni apparentemente lievi, in quanto potenzialmente indicative di un processo di destabilizzazione in atto.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda la natura dei segnali precoci osservati, che si manifestano prevalentemente attraverso modificazioni del comportamento e delle relazioni interpersonali. Tali manifestazioni, spesso meno evidenti rispetto ai sintomi acuti, richiedono una capacità di osservazione clinica avanzata e una conoscenza approfondita dell'utente per essere correttamente interpretate. Questo dato conferma come l'intercettazione precoce delle criticità non possa basarsi esclusivamente su indicatori oggettivi, ma debba necessariamente includere una componente interpretativa, fondata sull'esperienza clinica e sulla relazione continuativa con la persona assistita.

Per quanto riguarda gli interventi infermieristici, i risultati mostrano una prevalenza di interventi di tipo relazionale, in particolare il colloquio di supporto. Questo elemento evidenzia come, nei contesti territoriali, l'efficacia dell'intervento non dipenda unicamente da azioni di tipo tecnico o farmacologico, ma si fondi in larga misura sulla qualità della relazione terapeutica. Il colloquio infermieristico emerge quindi come uno strumento multifunzionale, che consente non solo di offrire supporto emotivo, ma anche di monitorare l'andamento clinico, favorire l'aderenza al trattamento e facilitare l'emersione precoce di segnali di disagio.

L'analisi della relazione tra intervento infermieristico ed esiti clinici suggerisce una minore frequenza di ricovero negli episodi in cui è stato attivato un intervento rispetto a quelli in cui tale intervento non è stato documentato. Sebbene questo dato non consenta di stabilire un rapporto causale diretto, esso appare coerente con l'ipotesi che una gestione precoce e mirata delle criticità possa contribuire a ridurre il rischio di evoluzione verso condizioni di maggiore gravità. Tuttavia, tale interpretazione deve essere formulata con cautela, alla luce della limitata numerosità degli eventi osservati e della loro distribuzione non uniforme nel campione.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dalla presenza di ricoveri non preceduti da criticità documentate. Questo dato suggerisce che, in alcuni casi, il processo di scompenso possa avvenire in modo rapido oppure non essere adeguatamente intercettato nella fase iniziale. Tale osservazione evidenzia la complessità dell'identificazione dei segnali precoci e sottolinea come l'assenza di criticità documentate non corrisponda necessariamente all'assenza reale di segnali, ma possa riflettere limiti nella rilevazione o nella registrazione degli stessi.

Nel complesso, i risultati dello studio mettono in evidenza il ruolo centrale dell'infermiere nei servizi territoriali di salute mentale, in particolare nella gestione delle fasi iniziali di instabilità clinica. L'infermiere si configura come figura di riferimento nella quotidianità assistenziale, capace di integrare osservazione clinica, relazione terapeutica e attivazione della rete di supporto. Questa integrazione rappresenta un elemento fondamentale per garantire la continuità della presa in carico e per favorire il mantenimento dell'equilibrio clinico dell'utente nel tempo.

Dal punto di vista delle implicazioni pratiche, i risultati suggeriscono la necessità di valorizzare ulteriormente il ruolo dell'infermiere nei contesti territoriali, in particolare in relazione alle competenze di osservazione e interpretazione dei segnali precoci. Ciò implica non solo un investimento nella formazione professionale, ma anche la promozione di modelli organizzativi che consentano agli operatori di dedicare tempo e attenzione alla relazione terapeutica e al monitoraggio clinico.

Un altro aspetto rilevante riguarda la documentazione assistenziale, che emerge come elemento cruciale per la rilevazione e la condivisione delle informazioni relative alle criticità. Il miglioramento della qualità della documentazione, attraverso l'adozione

di strumenti più strutturati e condivisi, potrebbe contribuire a rendere più efficace il monitoraggio clinico e a facilitare l'individuazione precoce delle situazioni di rischio.

Infine, i limiti dello studio evidenziano la necessità di ulteriori approfondimenti. In particolare, studi futuri condotti su campioni più ampi e con disegni prospettici potrebbero permettere di analizzare in modo più accurato la relazione tra intervento infermieristico ed esiti clinici, nonché di valutare l'efficacia di specifiche tipologie di intervento.

In conclusione, lo studio conferma come l'intercettazione precoce delle criticità e l'attivazione tempestiva di interventi infermieristici rappresentino elementi fondamentali nei percorsi di cura orientati alla comunità. Il rafforzamento del ruolo infermieristico in ambito territoriale appare quindi una strategia rilevante per migliorare la qualità dell'assistenza e per contribuire alla riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero.

## 6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Birchwood, M., Spencer, E., & McGovern, D. (2000).

Schizophrenia: Early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93–101.

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010).

The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48–70.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>

Eisner, E., Drake, R., & Barrowclough, C. (2013).

Assessing early signs of relapse in psychosis: Review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 637–653.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.004>

Farkas, M. (2007).

The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68–74.

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2002).

Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature.

*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 205–215.

<https://doi.org/10.1007/s001270200000>

Gumley, A., O’Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003).

Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33(3), 419–431.

<https://doi.org/10.1017/S0033291703007323>

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M., & Davies, C. (2011).

A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 706–711.

Jirapramukpitak, T., & Supanya, S. (2025). Lay health worker-delivered case management for early episodes of psychosis in Bangkok, Thailand (Lay-CARE): A

single-centre, pragmatic, randomised controlled trial. *The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 38, 100617. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2025.100617>

Lee, J., et al. (2026). Early interventions for first onset of symptoms of mental health conditions: An umbrella review of systematic reviews. *BMC Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12924294/>

Ministero della Salute. (2013).

*Piano di azioni nazionale per la salute mentale*. Roma: Ministero della Salute.

Poppe, A., Tiles-Sar, N., Konings, S. R. A., Habtewold, T. D., Bruggeman, R., Alizadeh, B. Z., & van der Meer, L. (2024). Moving from supported to independent living: What are the barriers and facilitators for individuals with psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(7), 1243–1254. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02586-x>

Priebe, S., Kelley, L., Omer, S., Golden, E., Walsh, S., Khanom, H., McCrone, P., Kingdon, D., & Slade, M. (2013).

Effectiveness of structured patient–clinician communication with a solution-focused approach (DIALOG+) in community treatment of patients with psychosis: A cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 173.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-173>

Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2008).

Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(6), 349–360.

<https://doi.org/10.1159/000151388>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013).

The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246–248.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>

Vasan, S. S., Antony, S. S., & Samuel, R. (2026). Exploring the impact of psychosis on functioning in persons with serious mental illness: A descriptive phenomenological study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1177/02537176261416243>

Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. P. (2009). *The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness*. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 4), 1–46.

Wen, J., Li, M.-Y., Song, P.-P., & Teng, F. (2025). Effectiveness of evidence-based nursing interventions in the management of patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1610260. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1610260>

World Health Organization (WHO). (2022).

*World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: WHO.