



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Ruolo infermieristico nella psicoeducazione:  
studio regionale sull'applicazione alla  
persona con disturbo dello spettro  
schizofrenico**

Relatore: Dott.  
**Maurizio Ercolani**

Tesi di Laurea di:  
**Deborah Zanna**

A.A. 2018/2019

*Alla mia famiglia,  
in particolare a mia sorella Arianna,  
che ha sempre creduto in me.*

## **INDICE**

PREMESSA .....	1
INTRODUZIONE.....	3
Capitolo 1. LA SCHIZOFRENIA.....	6
1.1 CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SCHIZOFRENIA.....	6
1.2 I BISOGNI DELLA PERSONA CON DISTURBO DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO .....	9
1.3 GLI OBBIETTIVI NEL SOGGETTO SCHIZOFRENICO.....	11
Capitolo 2. LA PSICOEDUCAZIONE .....	12
2.1 CENNI STORICI DELLA PSICOEDUCAZIONE .....	14
2.2 IL METODO.....	16
2.3 IL RUOLO DELL'INFERMIERE.....	21
2.4 IMPORTANZA ED EFFICACIA DELLA PSICOEDUCAZIONE.....	23
SCOPO DEL LAVORO.....	25
MATERIALI E METODI.....	26
RISULTATI .....	27
DISCUSSIONE.....	31
CONCLUSIONI.....	35

ALLEGATI .....	39
BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO .....	40



## **PREMESSA**

Il tirocinio clinico è un momento professionalizzante, rappresenta un'occasione importante di apprendimento dell'esperienza e di sviluppo delle competenze indispensabili per l'esercizio della professione.

Nella professione infermieristica, come in altre professioni, il tirocinio clinico costituisce l'elemento di saldatura tra il sapere cognitivo e il sapere pratico e rappresenta l'elemento caratterizzante di tutto il processo formativo.

È un'esperienza unica che permette a tutti gli studenti del corso di laurea in infermieristica di entrare nel mondo del lavoro sin da subito. È un'esperienza che permette di capire quali sono i vantaggi, i benefici e i privilegi di questa professione e, oltre a rendersi davvero conto di quanto è soddisfacente mettere in pratica questa professione e quanto meravigliosa sia, il tirocinio permette anche di capire se ci sono delle mancanze per poi impegnarsi a colmarle, mette in luce quelle che sono le criticità al fine di poterle migliorare e evidenzia la presenza di problemi e difficoltà di cui si può prendere atto per poi contribuire alla loro risoluzione.

E' stato così per me. Durante il mio tirocinio clinico svolto in una sede del Dipartimento di Salute Mentale, mi sono accorta che una tipologia di trattamento che avevo appreso durante le ore di lezione all'Università e di cui mi ero tanto appassionata, non veniva messa in pratica: la psicoeducazione.

Ho conosciuto questa metodica grazie al mio professore, nonché relatore di questo elaborato, dott. Maurizio Ercolani, con cui ho approfondito, studiato e discusso l'argomento. La psicoeducazione mi aveva talmente tanto affascinata e colpita che non vedevo l'ora di vederla messa in pratica durante le ore del mio tirocinio formativo, ma così non è stato. È da qui che nasce la curiosità e la voglia di capire se nelle altre strutture della Regione Marche tale metodica viene messa in pratica e da quale professionalità. È questo che mi ha spinto a fare tale analisi e la scrittura di questo elaborato.

## **INTRODUZIONE**

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall’OMS: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”*<sup>1</sup>. Avere una buona salute mentale dà la possibilità ad ognuno di raggiungere i propri obiettivi, di lavorare per superare le difficoltà e le tensioni di tutti i giorni. L’espressione “disturbi mentali” comprende un insieme di disturbi del pensiero, dell’emotività e/o del comportamento che includono i disturbi che generano un elevato carico di malattia come ad esempio la depressione, i disturbi affettivi bipolari, la schizofrenia, i disturbi d’ansia, la demenza, i disturbi correlati all’uso di sostanze psicoattive, i deficit intellettivi e i disturbi dello sviluppo e del comportamento.

I fattori, la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute, i così detti “determinanti della salute”, per quanto riguarda la salute mentale, includono fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali e non solo le caratteristiche del singolo individuo come le proprie emozioni, le relazioni con gli altri, i propri pensieri e i comportamenti. È su questi fattori che bisogna agire attraverso la prevenzione, la promozione, il trattamento e la recovery.

I tassi di disabilità e di mortalità nelle persone con disturbi mentali sono più elevati rispetto alla media. Il Piano per la Salute Mentale 2013-2020



*afferma: “Persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidi, la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.”<sup>2</sup>*

Non meno importante è il problema della stigmatizzazione e della discriminazione che affligge migliaia di persone con disturbo mentale. A causa di questo problema molte di queste persone vedono violati i loro diritti economici, sociali e culturali, per esempio hanno difficoltà nel trovare lavoro, per non parlare dell'istruzione e posso essere persino soggette a condizioni di vita con scarsa igiene o addirittura all'abbandono. Quindi, in sintesi, le persone con disturbo mentale vivono spesso in situazioni di vulnerabilità e possono essere escluse dalla società ed emarginate.<sup>2</sup>

Tutte queste informazioni ci mostrano come sia importante l'ambito della Salute Mentale e quanto sia ancor più importante intervenire su di esso ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti.

Per andare ancora più nel dettaglio, nel contesto del paese italiano, il SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale) costituisce uno strumento indispensabile per garantire la corretta rappresentazione della gestione della salute mentale. E' stata effettuata, tramite questo sistema, una rilevazione che ha

portato alla nascita di un rapporto su dati e informazioni inerenti gli interventi sanitari e sociosanitari dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, riferiti all'anno 2017. Da questo rapporto si evince, per quanto riguarda le patologie, che i tassi degli utenti trattati per gruppo diagnostico evidenziano importanti differenze legate al genere. I tassi relativi ai disturbi schizofrenici, ai disturbi di personalità, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile rispetto a quello femminile.

In particolare, se ci soffermiamo sulla Regione Marche, comprendendo strutture psichiatriche attive sia pubbliche che private, essa presenta 5 DSM (Dipartimenti Salute Mentale) con 27 strutture territoriali, 55 residenziali e 23 semiresidenziali. Per quanto riguarda il personale del DSM marchigiano, esso conta 606 operatori di cui più della metà è rappresentata dal personale infermieristico (334).

La prevalenza trattata in un determinato anno è data dal numero di utenti con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e le Strutture Private accreditate. La regione Marche conta in media, tra maschi e femmine, 133.4 nuovi utenti (tassi standardizzati su 100.000 utenti) nel 2017. Di questi, 38.0, la quantità più elevata, è rappresentata da nuovi utenti con diagnosi di schizofrenia e altre psicosi funzionali.<sup>3</sup>

## Capitolo 1. LA SCHIZOFRENIA.

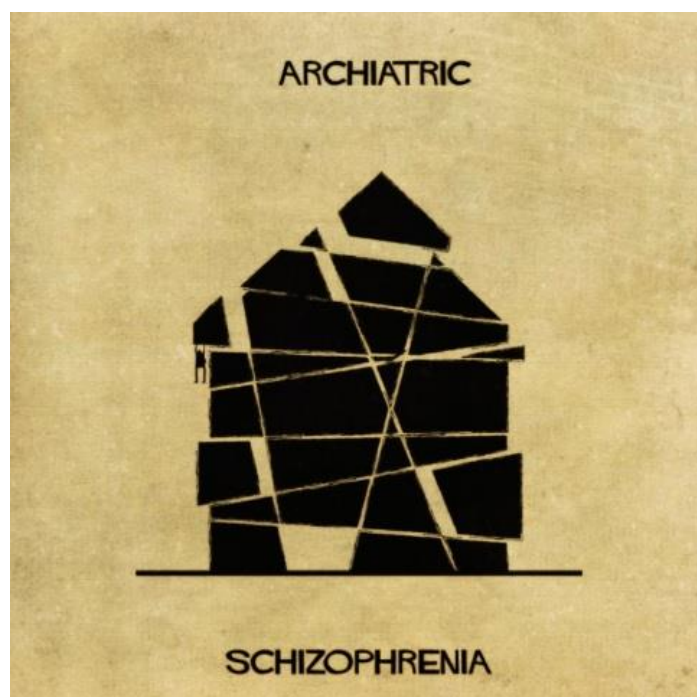


Figura 1. Federico Babina, Schizophrenia, progetto *Archiatric*. <https://www.federicobabina.com>

### 1.1 CARATTERISTICHE GENERALI DELLA SCHIZOFRENIA

E' recente la presa di coscienza del reale impatto sanitario e sociale delle malattie mentali, di cui la schizofrenia rappresenta un capitolo centrale. La Schizofrenia rappresenta uno dei disturbi psichici di più frequente riscontro nella pratica clinica, la prevalenza nella popolazione generale è dello 0.5-1%, con un più alto rischio e con un decorso peggiore nei maschi rispetto alle femmine.<sup>4</sup> Questa patologia viene annoverata dal DSM-5, fra i “Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici”. *“I disturbi dello spettro della schizofrenia*

*e altri disturbi psicotici”, recita il DSM-5, “comprendono schizofrenia, altri disturbi psicotici e il disturbo schizotipico di personalità”.*<sup>5</sup>

John Nash, un famoso matematico e professore affetto da schizofrenia, interpretato da Russell Crowe nel celebre film "A beautiful mind", afferma:

*"In prima elementare la maestra mi ha detto che ero nato con due porzioni di cervello e solo mezza porzione di cuore."*

E' chiaro come queste patologie siano definite da anomalie psicopatologiche in uno dei seguenti ambiti: delirio (stato di alterazione mentale consistente in una erronea interpretazione della realtà, anche se percepita normalmente sul piano sensoriale, dovuta a profonda trasformazione della psiche e della personalità e sulla base del contenuto può assumere varie forme), allucinazione (fenomeno psichico per cui un individuo percepisce come reale ciò che è solo immaginario, può essere visiva, gustativa, olfattiva, ecc.), pensiero disorganizzato tipicamente dedotto dall' eloquio manifestato passando da un argomento all'altro in maniera molto repentina, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale, compreso il comportamento catatonico, e sintomi negativi.

L'attore, nello stesso film, precedentemente citato, continua:

*"La schizofrenia gli fa impressione? Forse mi farebbe lo stesso effetto, ma ahimè non posso sfuggire a me stesso."*

Questa citazione ci mostra come alle manifestazioni insolite e disabilitanti della schizofrenia si aggiunge lo stigma sociale che da sempre accompagna le psicosi: quel clima di paura, diffidenza e pregiudizio del tutto ingiustificati, che accentua l'esclusione e la sofferenza delle persone malate e delle loro famiglie, pesantemente coinvolte e afflitte dalla malattia.

I disturbi mentali, ancora oggi, sono caratterizzati da tali discriminazioni ed è per questo che ognuno dovrebbe fare la propria parte per abatterle. Il Ministero Della Salute lo considera un aspetto davvero importante infatti pone particolare impegno nel superamento di tali e ingiustificate discriminazioni, nella consapevolezza che si può sempre fare qualcosa per i disturbi mentali, che possono essere curati e che la cura comprenda una corretta informazione e interventi appropriati.<sup>6</sup>

## **1.2 I BISOGNI DELLA PERSONA CON DISTURBO DELLO SPETTRO SCHIZOFRENICO**

La schizofrenia è un disturbo cronico, un problema permanente e persistente, che ha la necessità di essere trattato adeguatamente. Se ciò non viene fatto, se non vengono messi in atto interventi appropriati finalizzati alla sua corretta gestione, la schizofrenia può determinare un progressivo deterioramento funzionale, cognitivo e sociale che produce dolore e angoscia all'individuo affetto e alla sua famiglia. Quindi, le psicosi hanno un forte impatto in termini di disabilità e sofferenza e il loro decorso clinico è caratterizzato da episodi acuti ricorrenti con un impatto negativo continuo sul benessere sociale, lavorativo e personale dell'utente affetto.<sup>7-8-9</sup>

Sebbene le persone affette da schizofrenia, soprattutto quelli all'esordio, potrebbero ottenere una remissione dei sintomi, la percentuale di guarigione è molto bassa. A dimostrare ciò è uno studio condotto da Robinson DG, pubblicato nel 2004, che mostra come dopo cinque anni dal primo episodio di schizofrenia, quasi il 50% delle persone ha la completa remissione dei sintomi ma soltanto il 13,7% ha soddisfatto i criteri di recupero completi per due anni o più.<sup>10</sup>

Le frequenti ricadute e riacutizzazioni che caratterizzano tale disturbo determinano un graduale peggioramento, ciò rende necessario un trattamento a

lungo termine. Ad influenzare negativamente il decorso e l'evoluzione delle psicosi, andando così ad aumentare notevolmente il rischio di ricadute con conseguenti riospedalizzazioni, è la bassa adesione alla terapia farmacologica.<sup>11</sup>

Essa, molto spesso, è causata dalla gravità degli effetti collaterali, dalla presunta inefficacia o dall'aggravamento dei sintomi psicotici, ma nella maggioranza dei casi è dovuta all'assenza della consapevolezza, da parte dell'utente, della propria malattia che lo spinge ad assumere errati stili di vita che a sua volta peggiorano la prognosi della patologia. La mancata aderenza al trattamento farmacologico è presente in più del 40% degli utenti affetti da schizofrenia,<sup>12</sup> una cifra elevatissima su cui bisogna agire per prevenire le problematiche conseguenze.

La farmacoterapia è considerata il più importante intervento terapeutico nel trattamento delle psicosi<sup>13</sup> nello spettro della schizofrenia, per questo è di fondamentale importanza migliorarne l'aderenza.

### **1.3 GLI OBIETTIVI NEL SOGGETTO SCHIZOFRENICO**

Diminuire il rischio di ricadute, di riospedalizzazioni e soprattutto diminuire lo stress e le problematiche a cui vanno incontro gli individui affetti da schizofrenia e le loro famiglie è possibile: migliorando l'aderenza al trattamento farmacologico, incoraggiando così un miglior decorso della malattia. Per la corretta gestione e trattamento dell'individuo affetto da tale patologia, è importante affiancare alla terapia psicofarmacologica degli interventi psicoeducativi. Negli ultimi anni sono stati sviluppati molti programmi educazionali, rivolti prevalentemente agli utenti affetti da schizofrenia e ai loro familiari, che hanno l'obiettivo di migliorare la compliance dell'utente sostenendolo durante l'uso di farmaci, trasmettere informazioni sulla patologia, il decorso e il trattamento, attenuare stress e paura riguardo la sintomatologia, suggerire consigli pratici alla famiglia riguardo la gestione del rapporto con l'individuo affetto da disturbi mentali, ed infine, uno degli obiettivi più importanti è quello di cercare di ridurre lo stress dell'ambiente familiare per migliorare il decorso della patologia.<sup>14</sup>



## **Capitolo 2. LA PSICOEDUCAZIONE**

La psicoeducazione è un'attività interattiva che permette una corretta informazione sul disturbo e sulla malattia, sulle caratteristiche, la natura, la prognosi, sul trattamento e sulla gestione, rivolto sia all'individuo affetto che alle persone che gli sono accanto, portando così all'accettazione del disturbo stesso, al riconoscimento e alla sua corretta gestione. <sup>15</sup>

Non comporta soltanto una corretta informazione, determina anche lo sviluppo di abilità pratiche che aiutano la famiglia e l'individuo a poter vivere una vita il più normale possibile. Gli interventi psicoeducazionali, individuali o di gruppo, si basano sul modello stress – vulnerabilità. Secondo questa teoria, in alcune persone la combinazione della vulnerabilità genetica e i fattori stressanti superano una soglia base individuale dell'adattamento bio-psico-sociale e ciò favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui quella persona è vulnerabile. <sup>16</sup>

Gli interventi psicoeducativi, quindi, mirano all'individuazione dei fattori di stress, che sono difficilissimi da misurare, al loro corretto controllo e infine, di conseguenza, alla gestione dell'insorgenza dei sintomi.

I diversi modelli psicoeducativi coinvolgono sia gli utenti che i loro famigliari proprio perché, come già detto, la malattia dal suo esordio ha un difficile decorso cronico che ha un impatto notevole sulla famiglia. Quest'ultima ha un

ruolo fondamentale per l'individuo affetto da schizofrenia, è il suo punto di riferimento in mezzo a tanta confusione. L'utente affetto, infatti, senza il supporto della famiglia o di un suo familiare, non è in grado di essere totalmente indipendente e autonomo. Esso infatti si affida alla famiglia per il supporto emotivo, ma anche per un aiuto finanziario, per l'alloggio e il sostegno. La qualità delle loro relazioni influenza sensibilmente il benessere e i risultati della famiglia e dell'utente.

Proprio per l'importanza del ruolo che la famiglia riveste, i programmi psico-educazionali, non individuali ma che coinvolgono anche la famiglia, sono risultati più efficaci e in grado di produrre risultati positivi sul decorso della patologia.<sup>17</sup>

L'obiettivo di questa metodologia di trattamento è anche proprio quello di favorire una corretta e costruttiva comunicazione tra i membri della famiglia per poter risolvere e superare qualsiasi problema, ottimizzando i risultati. Quindi, una metodica che vede la famiglia non come un ostacolo, ma come preziosa risorsa.

La psicoeducazione, per concludere, è un intervento integrato, che oltre a far in modo che ci sia una maggiore ed efficace aderenza al trattamento farmacologico, essa lo completa .

## **2.1 CENNI STORICI DELLA PSICOEDUCAZIONE**

Le nozioni basilari della psicoeducazione nascono nell'800, quando in Italia si ebbe la grande espansione del sistema manicomiale, gli alienisti (medici specializzati nel trattamento delle patologie mentali) ritenevano che la famiglia potesse essere il luogo nel quale la follia poteva svilupparsi, sia a causa di una cattiva educazione, sia per la presenza di disturbi di tipo ereditario. La famiglia, per gli alienisti ottocenteschi, non era però solo un luogo nel quale la follia poteva svilupparsi, ma anche un interlocutore di cui tenere conto. Abbastanza presto si pose infatti il problema di come gestire i contatti fra il "paziente" ricoverato nel manicomio e i suoi familiari, visto che secondo alcuni di loro tali contatti potevano risultare nocivi al processo di guarigione.

Il termine "psicoeducativo" fu utilizzato per la prima volta da Hogarty nel 1986 che apportò un contributo importante per il trattamento della schizofrenia con la nascita della psicoeducazione familiare. Questo termine veniva utilizzato per indicare una tipologia di intervento che prende le mosse dagli studi sull' "emozione espressa" condotti da Julian Leff e dalla Social Psychiatry Unit di Londra sulle famiglie con un membro affetto da psicosi schizofrenica.

Il termine "emozione espressa" si riferiva a uno stile di comunicazione in cui i membri della famiglia mostravano un alto livello di coinvolgimento e un alto numero di commenti e critiche ostili alle persone affette dalla patologia. Dalla

messa a punto della teoria delle Emozioni Espresse, avendo capito che potrebbe essere un fattore di ricaduta o peggioramento e che il trattamento dovrebbe mirare a modificare le dinamiche di comunicazione disfunzionale all'interno della famiglia, si è arrivati poi al vero e proprio trattamento psicoeducativo (o comunque a stili di rapporto con i familiari che prevedono l'erogazione di informazioni sanitarie) che rappresenta una modalità di coinvolgimento controllato delle famiglie, allo scopo di migliorare le loro capacità di reggere la presenza di un individuo schizofrenico, e di aiutarle a vivere una vita il più possibile normale.<sup>18</sup>

Successivamente, negli anni '90 del 1900, il trattamento psicoeducativo ha assunto un ruolo speciale, non solo nel campo della schizofrenia, ma anche con altri disturbi, in particolare con i disturbi d'ansia, depressione, disturbi bipolari e disturbi dalla personalità, grazie soprattutto agli studi del 1992 di Ian Faloon dell'Università di Auckland (Nuova Zelanda).<sup>19</sup>

## **2.2 IL METODO**

Gli interventi psicoeducazionali includono l'uso di opuscoli, video, audiocassette e incontri interattivi tra operatori sanitari e utenti.

Più precisamente, le modalità e le tecniche di tali interventi sono illustrati in un manuale guida, “Trattamento integrato per la salute mentale, guida pratica per operatori e utenti”, Ian R. H. Faloon, anno 2000. E’ frutto di un lavoro di circa 25 anni in cui migliaia di persone affette da disturbi mentali, insieme ai loro amici e familiari hanno partecipato a programmi psicoeducativi. Questa guida è concepita per essere utilizzata come un libro di testo psicoeducativo per coloro che hanno un disturbo mentale e per quanti li aiutano a risolvere i loro problemi nella vita di tutti i giorni. Le persone leggono i moduli e discutono i punti che sono evidenziati. Ciò può essere fatto con la guida di un istruttore addestrato in:

- a) lavoro individuale (individual tutorials);
- b) gruppi risorsa di amici e familiari;
- c) gruppi di utenti residenti in strutture residenziali;
- d) gruppi di utenti in ricovero ospedaliero.

Gli istruttori possono essere operatori di salute mentale, pertanto anche infermieri, insegnanti di scuola, volontari della salute mentale e chiunque altro sia stato addestrato al Trattamento integrato per la salute mentale nei corsi riconosciuti di cento ore. In alcune sedi sono stati addestrati degli ex utenti e membri di gruppi risorsa che avevano partecipato al corso.

L’istruttore di riferimento avrà il sostegno di un’ equipe di esperti in assistenza

infermieristica, psicologia, riabilitazione, assistenza sociale e psichiatrica.

Inoltre farà a sua volta parte di un gruppo di operatori i cui membri hanno ricevuto la stessa formazione e che sono quindi in grado di sostituirlo quando non è reperibile, è in vacanza o non è presente per qualche altro motivo.

L'istruttore di riferimento valuta il modo in cui ognuno affronta i suoi momenti di stress e raggiunge i suoi obiettivi ed è, inoltre, possibile parlare con l'istruttore in privato per mettere a fuoco il modo in cui il programma può esserci di particolare aiuto. All'inizio di ogni successivo incontro si parlerà di come procedono le cose e ogni tre mesi si valuteranno i progressi fatti.

L'istruttore insegna ai partecipanti cosa sono i disturbi mentali, quali sono i metodi di trattamento più efficaci e soprattutto, insegna le abilità che rendono più semplice la risoluzione dei problemi quotidiani e il raggiungimento di obiettivi personali. Queste abilità posso comprendere, per esempio, le abilità di comunicazione efficace come esprimere sentimenti piacevoli o spiacevoli, come fare una richiesta positiva di aiuto per un problema, come invogliare gli altri a fare qualcosa che ci piace; e anche abilità di risolvere i problemi (problem solving).

L'istruttore è sempre disponibile in caso di crisi o per discutere di problemi gravi, per questo è assicurata la possibilità di contattare il servizio in qualsiasi momento del giorno e della notte ai numeri telefonici presenti su schede che

vengono distribuite a ciascun partecipante al trattamento psicoeducazionale. E' di fondamentale importanza la frequenza assidua a tutti gli incontri con l'istruttore ma anche quelli in assenza di esso che dovranno essere programmate ogni settimana con la partecipazione di tutte le persone che vivono nella stessa casa e delle altre persone importanti. Quest'ultimo ha la finalità di rendere i partecipanti ai programmi psicoeducazionali più affiatati a raggiungere gli obiettivi in assenza dell'istruttore.

La durata delle sedute, in genere, non supera i sessanta minuti. Tuttavia, questo tempo può variare a seconda delle necessità. Per esempio può essere più lunga se è in corso una crisi o più breve se non ci sono difficoltà nell'applicare il metodo di risoluzione dei problemi. Ogni seduta si compone di quattro parti: 1) la verifica dei progressi; 2) la verifica delle esercitazioni pratiche assegnate nelle sedute precedenti; 3) insegnamento delle specifiche abilità per raggiungere più facilmente gli obiettivi personali; 4) esercitazioni pratiche, da ripetere poi a casa, per imparare ad utilizzare le nostre abilità nella vita quotidiana. Proprio queste ultime sono di fondamentale importanza per ottenere i migliori benefici dal programma.

Per essere sicuri che vengano messe in pratica le abilità apprese nelle sedute di addestramento si usano modalità specifiche. Queste comprendono: a) sedute domiciliari, ovvero, l'apprendimento delle abilità nello stesso luogo in cui

queste devono essere messe in pratica. Questa modalità aumenta la probabilità del loro utilizzo, per questa ragione, quando è possibile, l'addestramento viene effettuato a casa dell'utente; b) simulazione di situazioni nella vita reale. E' possibile far pratica sui modi di affrontare le situazioni stressanti ricostruendole proprio come si sono presentate; c) esercitazioni nella vita reale. Al termine di ogni seduta, l'istruttore si accorda con i partecipanti affinché si esercitino nelle abilità apprese nella seduta. Il compito verrà spiegato in maniera dettagliata anche accompagnato da esempi e verranno consegnate delle schede da poter consultare a casa per aiutare la messa in pratica dell'abilità; d) riunioni a casa del gruppo risorsa, effettuata ogni settimana, lo stesso giorno, alla stessa ora e nello stesso posto in assenza dell'istruttore ma guidate da un moderatore e un segretario. Sarà poi, infatti, il segretario a fare un breve resoconto della riunione all'istruttore nella seduta successiva.

In genere il trattamento integrato è a lungo termine, il numero delle sedute che saranno necessarie sarà concordato dopo aver incontrato l'istruttore per parlare dei problemi e degli obiettivi di ciascuno. Generalmente il programma è costituito da dieci – dodici sedute. Ad intervalli settimanali, per tre mesi, seguite da alcune sedute di mantenimento a intervalli mensili. Il trattamento va continuato per altri due anni dopo la scomparsa di tutti i segni e sintomi del disturbo mentale, e il tutto potrà essere interrotto solo quando le abilità di



soluzione dei problemi e la gestione dei farmaci siano divenute parte delle abitudini dell'utente. E' però molto importante mantenere i contatti con l'istruttore anche dopo aver terminato le sedute per assicurarsi che tutto proceda bene o se è necessario riprogrammare ulteriori incontri, quindi, in realtà, il programma non si può mai dire terminato.<sup>20</sup>

### **2.3 IL RUOLO DELL'INFERMIERE**

Grande vantaggio della psicoeducazione è quello di essere uno strumento utilizzabile da tutte le professionalità. Questo eleva la capacità terapeutica di tutto il gruppo di lavoro, aumentando la sua competenza di accoglienza, comprensione e cura. Julian Leff nel 1989 affermava che le basi fondamentali della psicoeducazione potevano essere insegnate ad infermieri psichiatrici adeguatamente addestrati e seguiti da idonea e continua supervisione, in quanto durante quegli anni, quando ancora il metodo di questa tipologia di trattamento non era ancora ben delineato, i terapisti che applicavano la psicoeducazione non facevano parte del team che regolarmente si prendeva cura dell'individuo affetto da schizofrenia. Se lo fossero stati, le famiglie sarebbero state maggiormente coinvolte e la possibilità di ottenere risultati positivi sarebbe aumentata. Già nel 1989 era risultato evidente che uno stretto collegamento tra tutti i professionisti che si prendono cura del paziente e dei famigliari era fondamentale, infatti il trattamento psicoeducativo, secondo Leff, doveva essere messo in atto dallo stesso personale che si prendeva cura dell'utente affetto, in particolare dall'infermiere.<sup>21</sup>

Ciò che Leff esprimeva già venti anni fa, nel 1989, mette in luce quanto l'infermiere sia importante nel supporto del lavoro di professionisti della salute mentale per il trattamento e la gestione dell'individuo affetto da patologie

psichiatriche. Il Codice Deontologico nell'art. 12, riguardo la cooperazione e collaborazione, afferma: *“L’Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale”*.<sup>22</sup>

Ciò sottolinea l'importanza della collaborazione con le varie figure professionali come psicologo, psichiatra, assistente sociale ed educatore. Tutto ciò rinforza il lavoro di gruppo nella valorizzazione e integrazione di tutte le professionalità.

Nel contesto del trattamento psicoeducativo, gli infermieri sono particolarmente indicati nel fornire un intervento precoce, mirato e personalizzato agli utenti dei servizi con gravi malattie mentali.<sup>23</sup> L'infermiere, ad oggi, potrebbe assumere un ruolo fondamentale in quanto è la figura professionale che trascorre più tempo con l'utente affetto in tutte le strutture di riferimento del Dipartimento Salute Mentale.

## **2.4 IMPORTANZA ED EFFICACIA DELLA PSICOEDUCAZIONE**

A verificare l'efficacia della psicoeducazione ci sono diverse revisioni della letteratura come quella condotta da Xia nel 2011 che dimostra come la psicoeducazione sembra ridurre le ricadute, infatti la recidiva risulta essere minore nel gruppo di psicoeducazione, ma anche la riammissione e sembra incoraggiare la conformità dei farmaci, nonché ridurre la durata della degenza ospedaliera negli individui affetti da schizofrenia. I dati derivati da questa revisione hanno anche suggerito che la psicoeducazione promuove un migliore funzionamento sociale e globale.<sup>24</sup>

Studi sulla reale efficacia dei programmi psicoeducativi hanno dimostrato oltre al loro effetto protettivo sul rischio di ricadute, anche una notevole diminuzione della probabilità di riospedalizzazione,<sup>17</sup> infatti si può stimare che circa dodici ricadute possono essere evitate, o almeno rimandate, per circa un anno se 100 pazienti ricevono psicoeducazione.<sup>25</sup>

La fornitura di psicoeducazione e supporto alla famiglia e ai caregiver è una chiara raccomandazione in letteratura<sup>26</sup> ed è stabilita nelle linee guida cliniche internazionali.<sup>27</sup>

Sulla base delle evidenze, Falloon e collaboratori svilupparono il metodo di intervento, sopra citato, centrato sulla psicoeducazione degli utenti e dei loro familiari che ebbe, già ai follow-up si due anni, risultati promettenti sulle

frequenze di ricadute, riduzione delle ospedalizzazioni, miglioramento della funzione sociale e un basso livello di impatto negativo sulla famiglia e sulla malattia.<sup>28</sup>

In Italia questa modalità di trattamento è risultata preziosa in termini di efficacia ed è stata dimostrata e sperimentata a livello ambulatoriale e domiciliare nei Centri Salute Mentale<sup>29</sup> e in SPDC<sup>30-31</sup>, ma dovrebbe e potrebbe essere molto importante anche a livello semiresidenziale nei Centri Diurni e a livello residenziale nelle Strutture Residenziali.

In letteratura, quindi, sono presenti diversi lavori che sottolineano l'efficacia di tale strategia terapeutica, sia rivolta agli utenti che ai familiari ma anche ai caregiver, infatti, le più recenti linee guida internazionali la indicano come valido intervento terapeutico che, sotto forma di un programma di esercizi obbligatori, dovrebbe essere messo a disposizione di tutti i soggetti affetti da disturbo schizofrenico e le loro famiglie.<sup>32</sup>

## **SCOPO DEL LAVORO**

I percorsi di cura relativi ai disturbi schizofrenici sono monitorati attraverso indicatori clinici. Nello specifico gli indicatori clinici sono variabili che misurano la qualità professionale in ambito clinico e sono utili a prendere decisioni al fine di migliorarla. Sono specifiche per le singole patologie e sono in rapporto alle buone pratiche e alle evidenze delle Linee Guida. Per il disturbo schizofrenico esistono 48 indicatori totali, di cui 35 accessori e 13 principali. Essi hanno la finalità, come già detto, di monitorare l'applicazione dei percorsi di cura, in questo caso sull'individuo affetto da schizofrenia. L'indicatore che verrà preso in considerazione per la redazione di tale elaborato è il numero S31 con la definizione di "Trattamenti psicoeducativi", per il disturbo schizofrenico.<sup>33</sup>

Questo elaborato ha la finalità di indagare se, come e da chi la psicoeducazione sugli individui affetti da schizofrenia, viene applicata nella regione Marche poiché sono presenti gli indicatori nazionali, sopra indicati, che regolano gli interventi psicoeducazionali nel territorio italiano.

## **MATERIALI E METODI**

I dati relativi allo studio condotto si riferiscono alle strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali, dei Dipartimenti di Salute Mentale della regione Marche, in particolare, a livello ambulatoriale e domiciliare nei Centri Salute Mentale, in SPDC , strutture semiresidenziali quindi i Centri Diurni e Strutture Residenziali.

I 5 questionari sono stati somministrati in un periodo di tempo compreso tra luglio e ottobre 2019 ai 5 direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aree Vaste della Regione Marche che hanno provveduto alla loro diffusione capillare.

Il questionario è stato costruito “ad hoc” con Microsoft Excel versione 2007 (vedi allegato) che è stato poi inviato tramite e-mail.

I dati rilevati sono stati trattati nel pieno rispetto della privacy, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, in quanto non sono stati raccolti dati sensibili.

## **RISULTATI**

Dai dati rinvenuti si possono distinguere due macrogruppi:

- un primo macrogruppo comprende 3 delle 5 Aree Vaste della regione, che hanno fornito i dati relativi a tutte le strutture pubbliche dei DSM di riferimento;
- il secondo, invece, comprende le restanti 2 Aree Vaste, che non hanno fornito la totalità delle informazioni di tutte le strutture ma solo di alcune di esse, fornendo così dati parziali. Questi ultimi, nella loro successiva analisi verranno aggregati e considerati come complessivi dell'area vasta. Nella valutazione del personale che attua la psicoeducazione ogni valore assegnato dai singoli servizi è stato proporzionato al numero di schede di rilevazione pervenute.

Analizzando i dati dei questionari, ciò che si evince è che la psicoeducazione viene applicata in tutte e 5 le aree vaste, in particolare nel 60% dei casi (3 aree vaste su 5) viene messa in pratica sia a livello territoriale che ospedaliero e nel restante 40% dei casi, solo a livello territoriale.

Secondo i dati analizzati, gli individui affetti da schizofrenia godono del trattamento psicoeducativo in tutte le aree vaste, in particolare, una delle cinque la attua soltanto a questa tipologia di utenti. Le restanti quattro aree vaste applicano questa metodica a tutti gli assistiti indistintamente, nello specifico,



alle tipologie di assistiti segnalati (con disturbo schizofrenico, bipolare, di personalità/borderline, d'ansia, disturbi ossessivo compulsivi) si aggiunge l'utente affetto da disturbi alimentari.

Per quanto riguarda chi attua questa tipologia di trattamento, prendendo in considerazione l'intera regione Marche, emerge che tutti i professionisti, ossia Psichiatri, Psicologi, Educatori e Infermieri, la mettono in pratica. Come si può osservare dal grafico seguente (Grafico 1), gli Educatori sono i professionisti che applicano maggiormente la psicoeducazione, essi sono quelli che frequentemente partecipano allo staff, ma in autonomia la applicano solo in una area vasta; mentre è lo Psichiatra la figura che, in autonomia, utilizza maggiormente tale intervento. Il grande dislivello che si può osservare tra il lavoro in staff e quello individuale è dovuto al fatto che, dall'analisi dei dati raccolti, è emerso che in 3 delle 5 aree vaste la psicoeducazione viene fornita soltanto in staff, nessun professionista, quindi, lavora con questa metodica in autonomia.

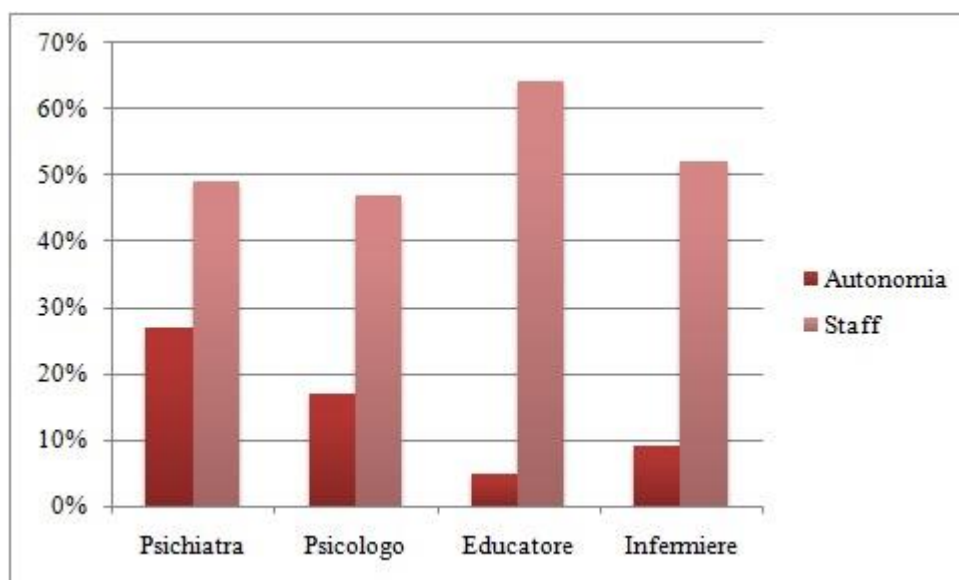


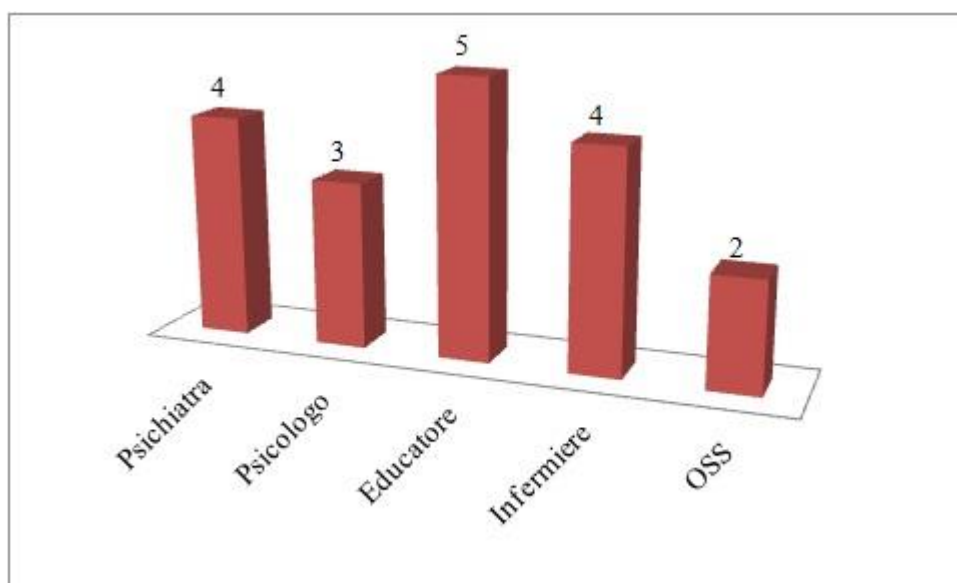
Grafico 1.

La psicoeducazione individuale viene effettuata maggiormente rispetto a quella familiare, ciò è dato dal fatto che 1 delle 5 aree vaste applica solo la psicoeducazione individuale, le restanti 4, le mettono in pratica entrambe.

Come già citato nei capitoli precedenti, la psicoeducazione è una tipologia di trattamento che può essere effettuata da chiunque, anche da utenti esperti dopo un percorso di formazione. Per questo motivo è stato chiesto a tutti i DSM se avessero mai utilizzato la psicoeducazione per addestrare utenti esperti alla messa in pratica di tale metodica. Ciò che è emerso è che nessun DSM ha mai addestrato utenti.

Per quanto riguarda la formazione del personale, invece, i dati rinvenuti evidenziano che quattro delle cinque aree vaste hanno provveduto alla formazione sulla psicoeducazione solo individualmente o in piccoli gruppi in tutte le strutture dei DSM. Soltanto una delle cinque aree vaste presenta la maggior parte del personale formato alla messa in atto del trattamento psicoeducativo.

In particolare, come viene presentato dal grafico in basso (Grafico 2), è emerso che in tutte e cinque le aree vaste ad essere formato è l'educatore, in quattro delle cinque aree vaste lo psichiatra e l'infermiere, in tre lo psicologo e in sole due aree vaste anche l'OSS.



**Grafico 2.**

Inoltre, per valutare la qualità del servizio offerto nei DSM a tutti gli utenti, è stato chiesto in quali anni gli operatori sanitari si sono formati; le risposte a tale quesito hanno reso difficile l'aggregazione dei dati in quanto all'interno dei DSM le strutture si sono comportate diversamente provvedendo alla formazione del proprio personale in autonomia rispetto all'area vasta di appartenenza. Rispetto alla totalità del personale che lavora nei servizi dei DSM è emerso che tre delle cinque aree vaste presentano una percentuale al di sotto del 25% del personale formato al trattamento psicoeducativo, e una area vasta su cinque circa il 50%. La restante area vasta non ha fornito dati riguardo la percentuale di operatori sanitari formati nelle varie strutture, non rispondendo al quesito.

## **DISCUSSIONE**

La gestione della fase acuta o dell'esordio della patologia può avvenire in setting differenti, in base alla configurazione e organizzazione dei dipartimenti di salute mentale. Quando l'episodio acuto è trattato attraverso il ricovero in SPDC, deve essere posta attenzione all'appropriatezza dell'attività di ricovero al fine di evitare riammissioni e degenze troppo lunghe,<sup>33</sup> infatti, è molto importante applicare il trattamento psicoeducativo anche a livello ospedaliero e non solo territoriale. Nonostante questa consapevolezza, dai risultati rinvenuti e analizzati è emerso che solo 3 delle 5 aree vaste della Regione Marche attuano la psicoeducazione sia a livello territoriale che ospedaliero, quando in realtà si dovrebbe promuovere la psicoeducazione già all'esordio trattato in SPDC e proseguirla poi a livello territoriale dopo la dimissione, per garantire una corretta continuità dell'assistenza tenendo in considerazione che l'efficacia della metodica è direttamente proporzionale a quanto prima la si inizia.

Considerando che l'efficacia dei trattamenti attuati nei DSM è garantita da tre fattori: la relazione con la persona con disagio psichico, l'applicazione corretta di tecniche validate e il coinvolgimento dei famigliari e del contesto di vita dell'utente affetto<sup>34</sup>, è di fondamentale importanza fornire le risorse rese disponibili per il singolo utente anche alla famiglia che lo assiste; in particolare, quindi, la psicoeducazione familiare dovrebbe essere complementare a quella

individuale. Facendo riferimento alla Regione Marche, infatti, quattro delle cinque aree vaste applicano in parallelo sia la psicoeducazione familiare che quella individuale, e solo una delle cinque aree vaste attua la metodica solo al singolo utente, venendo però così a mancare l'attenzione alla famiglia che è fondamentale.

Il trattamento psicoeducativo può essere attuato lavorando in autonomia o in staff. Affinché quest'ultimo sia efficace, è indispensabile che gran parte degli operatori sia formato. Analizzando però i dati rinvenuti della Regione Marche, quello che emerge è che nei vari DSM solo circa il 25% o meno degli operatori che lavorano nelle varie strutture è formato all'applicazione di tale metodica, limitando così il lavoro in staff. Una sola area vasta su cinque ha circa il 50% degli operatori preparati e formati alla psicoeducazionale.

Il lavoro in autonomia viene applicato molto meno rispetto a quello in staff, nella maggior parte dei casi ad attuarlo è la figura dello psichiatra; l'infermiere è solo al terzo posto dopo lo psicologo e sembra quindi avere un ruolo marginale nella messa in pratica in autonomia di tale metodica. La figura dell'infermiere rappresenta un aspetto importante nell'ambito della Salute Mentale, dai dati della SISM si può osservare che nella regione Marche più del 50% degli operatori è rappresentato da infermieri.<sup>3</sup> È il professionista che trascorre più tempo con l'utente affetto dalla patologia in ambiente ospedaliero e rappresenta

uno dei punti di riferimento dell'utente nelle strutture territoriali e a domicilio, potrebbe quindi essere una risorsa importante per la messa in pratica della psicoeducazione anche in autonomia dopo la formazione specifica, in particolare nella regione Marche dove sono tre le aree vaste su cinque che non vedono l'infermiere applicare tale metodica in autonomia.

Requisito essenziale per attuare la psicoeducazione, quindi, è la formazione. Per fare in modo che tale trattamento sia efficace, che gli individui affetti da patologia apprendano abilità essenziali per la loro vita quotidiana e la capacità di poter risolvere problemi, è fondamentale che gli utenti siano seguiti e guidati da personale istruito, formato e pronto. Se ciò non accade, risulta davvero difficile poter osservare risultati positivi derivati da tale servizio. Analizzando i questionari rinvenuti quello che emerge è che, nella regione Marche, in tre aree vaste su cinque la psicoeducazione viene messa in pratica anche da personale e operatori che non sono mai stati educati e formati a farlo. Quindi, cosa in realtà viene messo in pratica? Si tratta davvero di psicoeducazione?

Come già affrontato in precedenza, chiunque può applicare la psicoeducazione, se specificamente e prontamente formato dal corso di cento ore. Anche ex assistiti e membri di gruppi risorsa che precedentemente hanno partecipato al corso come utenti, possono essere formati a mettere in pratica la psicoeducazione. Quando questo accade, loro rappresentano una ricchezza

inestimabile. Grazie alla loro esperienza vissuta trasmettono una speranza concreta per gli utenti e per le loro famiglie di poter migliorare la loro condizione, di poter superare qualcosa che sembra difficile e impossibile, quindi, potrebbero essere proprio loro coloro che più attraggono le famiglie e le persone con disturbo dello spettro schizofrenico a partecipare e a seguire assiduamente gli incontri previsti dal trattamento psicoeducativo. Proprio per tutto questo sarebbe essenziale che almeno in alcune delle cinque aree vaste della regione Marche venisse fatto, ma analizzando i dati ciò che è affiorato è che nessuna delle cinque ha mai provato a farlo.

Riguardo la formazione degli operatori sanitari, invece, dai dati raccolti è emerso che la maggior parte degli operatori si è formata nel 2010 o prima di tale anno: una formazione molto datata senza più rinnovarla fino ad oggi; altri invece, hanno provveduto alla loro formazione sulla psicoeducazionale recentemente, nel 2018.

## CONCLUSIONI

È assolutamente necessario ribadire l'importanza della psicoeducazione ma soprattutto della sua efficacia, un'efficacia garantita da una formazione scrupolosa e puntuale che porta poi a risultati indiscutibili e al tempo stesso incredibili. Per fare alcuni esempi, verranno qui riportate esperienze vissute, testimoni del significativo contributo di tale metodologia di trattamento dopo un'attenta preparazione.

❖ Marco Capulli. Il progetto Benessere.

*“Tra le attività di riabilitazione l'unità della salute mentale di Arezzo annovera anche le attività sportive e il progetto Benessere. La ginnastica dolce, il calcio, il calcio a 5, la pallavolo e lo sci afferiscono al settore sportivo e gli stessi atleti partecipano anche all'attività di un circolo ricreativo gestito da loro stessi. Nell'approccio sportivo vogliamo segnalare il grande progresso a livello clinico di Andrea un giovane utente obeso affetto da schizofrenia con marcata presenza di allucinazioni uditive. Andrea nel 2003 non usciva di casa, aveva interrotto gli studi e non lavorava. Nel giro di pochissimo tempo si è integrato nel gruppo tanto da ricoprire ben presto il ruolo di capitano. Nel 2005 è stato invitato a praticare il calcio agonistico. “Durante le gare – afferma – le allucinazioni scompaiono”. Adesso è presidente del gruppo sportivo,*



*organizza cene, tornei e svolge funzioni di rappresentanza nel circolo – bar. Con tutte queste attività, Andrea non è più obeso e la sua forma fisica è tornata ottimale. Il progetto Benessere si concretizza in un corso di gruppo tecnico – pratico per utenti in trattamento con farmaci antipsicotici atipici. Questo approccio psicoeducativo ha l’obiettivo di contribuire alla presa di consapevolezza delle abitudini alimentari, del proprio stato di forma fisica e di favorire lo sviluppo di uno stile di vita migliore. Noi operatori del gruppo benessere ricordiamo con soddisfazione i notevoli risultati di Graziano, 110 kg di peso iniziale, che ha partecipato a tutti i 22 incontri che ha terminato con 20 kg di peso in meno. Non solo, ha continuato a muoversi a piedi con una certa regolarità, le sue condizioni fisiche e psichiche sono migliorate, gli sono stati ridotti i dosaggi farmacologici.”<sup>35</sup>*

❖ Adriana Poretti: La semplicità di utilizzo del problem solving.

*“Nel 2007 abbiamo proposto e realizzato un percorso psicoeducativo con una famiglia nella quale, il figlio Massimo, soffre di un disturbo schizofrenico. L’utilizzo del metodo per la soluzione dei problemi detto Problem Solving ha riguardato soprattutto il recupero di abilità nella gestione dei soldi e nella cura personale. I risultati sono stati molto buoni e la mia esperienza positiva. L’estrema variabilità dei pensieri e dei*

*comportamenti di Massimo ci hanno convinto a proseguire gli incontri a scadenza mensile. Tali incontri proseguono tutt'oggi: Massimo e famiglia partecipano regolarmente, sono contenti di questo impegno, tutti sono e siamo grati per questa tecnica semplice e facilmente adattabile. La chiusura psicotica di Massimo si è notevolmente ridotta, tanto che da tre anni, va in vacanza con il gruppo "Tutti pazzi per la neve" sul monte Amiata. L'associazione "Fuori Forma" ci ospita e Massimo al termine saluta tutti, sempre augurando di potersi rivedere l'anno successivo."*<sup>35</sup>

Esperienze, come già detto, incredibili, che possono aiutare ad incentivare la psicoeducazione e l'organizzazione di corsi di formazione.

Dai dati analizzati quello che si avverte è che all'interno dei DSM della Regione Marche, le strutture si sono comportate diversamente provvedendo alla formazione del proprio personale in autonomia rispetto all'area vasta di appartenenza; pertanto la formazione del personale dei DSM delle Marche appare frammentata e carente. Per questo motivo sarebbe necessario e opportuno fare in modo che tra i vari DSM delle cinque aree vaste ci sia una formazione omogenea e lineare per far sì che il trattamento psicoeducativo venga messo in pratica da tutti gli operatori e professionisti che lavorano nell'ambito della Salute Mentale in maniera corretta e allo stesso modo, e che possano quindi

osservarsi risultati soddisfacenti, come quelli sopra riportati, derivati da un lavoro e una tipologia di trattamento prevista dai PDTA internazionali.

# ALLEGATI

Servizio:

Indirizzo

telefono

Responsabile

Coordinatore

Nel vostro servizio utilizzate la Psicoeducazionale? si  no

con che tipologia di assistiti viene utilizzata?

tutti gli assistiti indistintamente  altro \_\_\_\_\_

con disturbo schizofrenico  altro \_\_\_\_\_

con disturbo bipolare  altro \_\_\_\_\_

con disturbi personalità / Borderline  altro \_\_\_\_\_

con disturbi d'ansia  \_\_\_\_\_

con disturbi ossessivo compulsivi  \_\_\_\_\_

chi effettua la psicoeducazionale?

	individuale		famigliare	
	in autonomia	in staff	in autonomia	in staff
Psichiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

avete mai utilizzato la psicoeducazionale per addestrare utenti esperti?

si

no

il personale ha effettuato corsi di formazione sulla psicoeducazionale?

no

si, tutti

solo alcuni con formazione individuale o di piccoli gruppi

chi è stato formato? in che anni vi siete formati sulla psicoeducazione

		% indicativa di personale		
		100%	50%	<25%
psichiatri	<input type="checkbox"/>	2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psicologi	<input type="checkbox"/>	2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
educatori	<input type="checkbox"/>	2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infermieri	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2011	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSS	<input type="checkbox"/>	2010 o prima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO**

- (1) Organizzazione Mondiale della Sanità, “Definizione di "salute" secondo l'OMS”; (2013); Ministero della Salute.
- (2) Mental Health Action Plan 2013-2020, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization); 2013. Disponibile al sito: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf) (visitato il 2 ottobre 2019).
- (3) Rapporto Salute Mentale 2017, Ministero Della Salute, Data di pubblicazione: 22 ottobre 2018, ultimo aggiornamento: 3 ottobre 2019.
- (4) John McGrath, Sukanta Saha, David Chant, JoyWelham, *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*, in “Epidemiologic reviews”, 2008,30(1), pagine 67–76.
- (5) DSM-5; Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, American Psychiatric Association, 2013.
- (6) Ministero della Salute. Sistema nazionale per le linee guida; *Gli interventi precoci nella schizofrenia*, 2007.
- (7) Durk Wiersma, Fokko J. Nienhuis, Cees J. Slooff, Robert Giel, *Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort*, in “Schizophrenia Bulletin”, 1998, 24(1), Pagine 75–85.

- (8) Leucht, S. ,Burkard, T. , Henderson, J. , Maj, M. and Sartorius, *Physical illness and schizophrenia: a review of the literature*, in “Acta Psychiatrica Scandinavica”, 2007, 116(5),Page 317-333.
- (9) Saha S, Chant D, McGrath J., *A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time?*,in “Arch Gen Psychiatry”, 2007, 64(10), Page 1123–1131.
- (10) Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM, *Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder*, in “Am J Psychiatry”, 2004, 161(3), pagine 473-479.
- (11) <http://www.affratellamento.it/interventi-psicoeducazionali-nel-trattamento-delle-psicosi/> (visitato il 9 ottobre 2019).
- (12) Lacro JP., Dunn LB., Dolder CR., Leckband SG., Jeste DV., *Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature*, in “J Clin Psychiatry”, 2002, 63(10), Pagine 892-909.
- (13) <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/schizofrenia/> (visitato il 15 ottobre 2019).

- (14) <https://www.tesionline.it/appunti/Terapia-ragionata-della-schizofrenia/Principali-obiettivi-dei-programmi-educazionali-per-la-schizofrenia/577/72> (visitato il 3 ottobre 2019).
- (15) <https://www.centrobini.it/clinica/psicoeducazione.html> visitato il 9 ottobre 2019).
- (16) Ian R. H. Falloon, Tilo Held, John H. Coverdale, Rita Roncone & Tannis M. Laidlaw, *Family interventions for schizophrenia: A review of long-term benefits of International studies*, in “Psychiatric Rehabilitation Skills”, 1999, 3(2), Pagine 268-290.
- (17) Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y., *Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis*, in “Schizophr Res.”, 2007, 96(1-3), Pagine 232-245.
- (18) Danilo Di Diodoro, *Internet e approccio psicoeducativo. Alcune note sulla storia della psicoeducazione*, in “Psichiatria online”, 1999, Pagine 118-121.
- (19) Ian R.H. Falloon, Tilo Held, John H. Coverdale, Rita Roncone & Tannis M. Laidlaw, *Family interventions for schizophrenia: A review of long-term benefits of International studies*, in “Psychiatric Rehabilitation Skills”, 1999, 3(2), Pagine 268-290.

- (20) “Trattamento integrato per la salute mentale, guida pratica per operatori e utenti”, Ian R. H. Faloon, anno 2000.
- (21) J Leff, R Berkowitz, N Shavit, A Strachan, I Glass, C Vaughn, A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia, in “The British Journal of Psychiatry”, 1989, 154, pagine 58-66.
- (22) FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, *Il codice deontologico*, art 12, 2019.
- (23) Sarah J. Fraser, Wendy J. Brown, Harvey A. Whiteford, Nicola W. Burton, *Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness*, in “International Journal of Mental Health Nursing”, 2018, 27(2), Pagine 619-630.
- (24) Xia J., Merinder LB., Belgamwar MR., *Psychoeducation for schizophrenia*, in “The Cochrane Database of Systematic reviews”, 15(6), 2011.
- (25) Eila Tellervo Pekkala, Lars Bertil Merinder, *Psychoeducation for schizophrenia*, 2002.
- (26) World Health Organization, *Psychoeducation, family interventions and cognitive-behavioural therapy*, 2012.



- (27) International Writing Psychosis Association Writing Group,  
*International clinical practice guidelines for early psychosis*, 2005,  
187(s48).
- (28) Falloon IR, Boyd JL, Mc Gill CW, Williamson M, Razani J, Moss  
HB, Gilderman AM, Simpson GM., *Family management in the prevention  
of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal  
study*, in “Archives of General Psychiatry”, 1985, 42(9), Pagine 887-896.
- (29) Lorenza Magliano, Ada Orrico, Andrea Fiorillo, Heidegret Del  
Vecchio, Giuseppina Castiello, Claudio Malangone, Corrado De  
Rosa, Vittorio Capuano, Mario Majand The ImdsWorking Group,*Family  
burden in bipolar disorders: results from the Italian Mood Disorders Study  
(IMDS)*, in “Epidemiology and Psychiatric Sciences”, 2009, 18(2), pp.  
137-146.
- (30) Casacchia M., Roncone R., *Trattamento psicosociale familiare*. In  
“Trattato di Psichiatria”, vol. III (ed. Cassano, G.B., Pancheri, P.,  
Pavan, L., Pazzagli, A., Ravizza, L., Rossi, R., Smeraldie, E.  
Volterra, V.), 2000, pp.3675–3712. Masson: Milano.
- (31) Veltro Franco, Vendittelli Nicola, Oricchio Ines, Addona Franco,  
Avino Camillo, Figliolia Gianluca, Morosini Pierluigi, *Effectiveness and  
Efficiency of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Inpatients: 4-Year*

- Follow-up Study*, in “Journal of psychiatric practice”, 2008,14(5), pp. 281-288.
- (32) Josef Bäuml, Teresa Froböse, Sibylle Kraemer, Michael Rentrop, and Gabriele Pitschel-Walz, *Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families*, in “Schizophrenia Bulletin”. 2006; 32 (Suppl 1):S1-S9.
- (33) Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, proposta di accordo Stato-Regioni sulla “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”, Novembre 2014.
- (34) “Progetto per promuovere l’efficienza organizzativa nei centri di salute mentale: lo sviluppo della competenza psicosociale”, ricerca finanziata dal Ministero Della Salute alla Cattedra di Psicologia Clinica, Università La Sapienza di Roma – 2010.
- (35) Marco Capelli, Adriana Pometti, et all; Gruppo infermieri UFSMA ASL 8 di Arezzo, *Gli interventi psicoeducazionali nella pratica quotidiana degli infermieri della salute mentale di Arezzo*, in “Nuova rassegna di studi psichiatrici”, Volume 10-19, dicembre 2014.