



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Infermiere e Psicoeducazione
alla persona con disturbo
bipolare nelle Marche**

Relatore: Dott.
Ercolani Maurizio

Tesi di Laurea di:
Luciani Maria

A.A. 2018/2019

*Alle persone con disturbo bipolare,
ai loro familiari,
agli infermieri del SPDC*

INDICE

<i>PREMESSA</i>	1
<i>INTRODUZIONE</i>	2
<i>CAPITOLO 1. IL DISTURBO BIPOLARE</i>	4
1.1 CARATTERISTICHE DEL DISTURBO BIPOLARE	4
1.2 BISOGNI DELLA PESONA CON DISTURBO BIPOLARE	6
1.3 OBIETTIVI	8
<i>CAPITOLO 2. LA PSICOEDUCAZIONE</i>	9
2.1 IL METODO (FALOON)	11
2.2 RUOLO DELL'INFERMIERE	14
2.3 EFFICACIA DELLA PSICOEDUCAZIONE	16
<i>SCOPO DEL LAVORO</i>	18
<i>MATERIALI E METODI</i>	20
<i>CONCLUSIONI</i>	29
<i>ALLEGATI</i>	35
<i>RINGRAZIAMENTI</i>	36
<i>BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E LINEE GUIDA</i>	38

PREMESSA

Lo studio portato avanti è stato il frutto dell'esperienza universitaria, tre anni di lezioni frontali, esercitazioni in laboratorio e tirocinio pratico.

Come esperienza personale è stato il tirocinio clinico a fare la differenza in quanto è stato per me occasione di crescita sia professionale che personale.

Sono stati due principalmente i contesti che mi hanno colpito e indirizzato poi a sviluppare questo elaborato: il tirocinio all'ADI e quello in SPDC.

Dell'ADI è stata esemplare la presa in carico sul territorio molto diversa da quella ospedaliera: conta non solo la professionalità di chi opera, ma soprattutto il rapporto che si instaura tra operatore sanitario e assistito/nucleo familiare.

Si devono non solo individuare i bisogni sanitari, ma anche cogliere quei segnali, spesso celati, di malessere sociale ed emotivo.

L'esperienza in SPDC invece ha insegnato come rapportarsi con persone con disturbi psichiatrici andando al di là dello stigma senza quindi, pregiudizio o preoccupazioni infondate.

È stata l'unione dell'esperienza territoriale e di quella psichiatrica che mi ha portato al desiderio di condurre questo studio sulla psicoeducazione.

INTRODUZIONE

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, lo si deduce dalla definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità".

La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori socio-economici, sui quali è necessario agire attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale.¹

Attualmente il costrutto di disturbo mentale è delineato nel DSM – 5, ovvero esso è inteso come una sindrome caratterizzata da un significativo disturbo clinico nell'ambito della cognitività, della regolazione delle emozioni o del comportamento, dovuto ad una disfunzionalità nell'ambito dei processi psicologici, biologici o di sviluppo, che sono alla base del funzionamento mentale. Il disturbo mentale è associato ad una significativa sofferenza e inabilità in ambito sociale, lavorativo e in altri importanti settori della vita.²

Tra i disturbi che generano un elevato carico di malattia ci sono 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 del comportamento che di solito si manifestano durante l'infanzia e l'adolescenza, incluso l'autismo.³

CAPITOLO 1. IL DISTURBO BIPOLARE

1.1 CARATTERISTICHE DEL DISTURBO BIPOLARE

“Resto a letto per giorni. Qualche ora dopo, potrei ritrovarmi su un tetto e urlare per l’intensa euforia che mi riempie le vene, con una magia che il mio corpo trova incomprensibile ma a cui si adatta lo stesso. [...] Quando sono sovraeccitata, sono la regina del mondo. [...] Poi crollo voi non siete voi e io non sono io.”⁴

Quelli sopra citati sono alcuni pensieri tratti da una lettera che una ragazza con disturbo bipolare ha scritto ai suoi cari. Seguiranno altre citazioni dalla stessa fonte con lo scopo di far capire meglio ciò che accade nella mente di una persona affetta da questa patologia.

Il disturbo bipolare o maniaco-depressivo è caratterizzato da gravi alterazioni dell’umore, cioè dal passaggio da episodi di estrema e irrazionale euforia ed eccitazione (episodi maniacali o ipomaniacali), ad altri di grave depressione (episodi depressivi).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) distingue diversi sottotipi dello spettro bipolare:

- Il disturbo bipolare di tipo I è caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali o misti per almeno una settimana.

- Il disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato da almeno un episodio depressivo maggiore intervallato da uno o più episodi ipomaniacali.
- Il disturbo Ciclotimico è caratterizzato da diversi episodi ipomaniacali alternati a periodici sintomi depressivi che tuttavia non sono sufficienti per dare diagnosi di Depressione Maggiore
- Il disturbo bipolare e disturbi correlati indotti da sostanze/farmaci
- Il disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto ad altra condizione medica
- Il disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione.

È una patologia ad andamento cronico, spesso grave ed invalidante che generalmente esordisce a un'età media variabile fra i 23 anni in uomini con Disturbo Bipolare tipo I e i 30 in donne con Disturbo Bipolare di tipo II.⁵

Dal rapporto SISM è emerso che dal 2015 al 2017 nelle Marche la fascia di età maggiormente colpita da episodi acuti di disturbi mentali in generale è quella che va dai 25 ai 64 anni.

Nel 2017 sono stati 592.226 in tutta Italia gli accessi in pronto soccorso per disturbi psichiatrici, di cui 8914 sono stati per mania e disturbi affettivi bipolari. Più nello specifico nel 2017 nelle Marche hanno fatto accesso per mania e disturbo affettivo bipolare al pronto soccorso 146 utenti.⁶

1.2 BISOGNI DELLA PESONA CON DISTURBO BIPOLARE

Un utente con disturbo bipolare su due convive con un altro disturbo psichiatrico: abuso di droghe e alcol, per esempio. Un fenomeno che aumenta il perdurare di questo disturbo, determinando spesso una prognosi peggiore in termini di durata dei sintomi e delle possibilità di remissione. In letteratura le sostanze descritte maggiormente in relazione con il disturbo bipolare sono l'alcol, i cannabinoidi e la cocaina.⁷

In uno scenario simile assume un ruolo fondamentale la prevenzione: l'operatore deve informare l'utente riguardo l'effetto di alcol e/o sostanze, sull'efficacia delle terapie, sul decorso del disturbo e sulla qualità di vita.

Ad essere informato però non deve essere solo l'individuo affetto dal disturbo ma anche la sua famiglia che risulta essere una presenza ineluttabile ed irrinunciabile sia nel bene che nel male. Ineluttabile perché l'appartenenza al gruppo naturale in cui si nasce è un dato che fa parte dell'umana esistenza; irrinunciabile perché è molto spesso la famiglia che si occupa dell'assistenza e delle cure.

Per la famiglia prendersi cura di un familiare con disturbo bipolare comporta un ingente carico emotivo tanto che si potrebbe arrivare alla rottura della tolleranza e dell'accettazione del disturbo mentale. Per la persona però sapere di avere

vicino a se qualcuno su cui contare anche nei momenti critici è un bisogno essenziale...

“Non è momentaneo. Non è una fase. Non è la parte in cui piombate da me per dirmi che le cose andranno meglio, perché non è quello che ho bisogno di sentire. Quello di cui ho bisogno, ma di cui non parlerò mai, è sapere se resterete o ve ne andrete. Se riuscirete a sopportare qualcuno che cambia continuamente personalità, come nel gioco dei mimi. Se un giorno vi sveglierete e deciderete che è troppo, che non potete gestirla.”

1.3 OBIETTIVI

Nella gestione di questa tipologia di utente è fondamentale favorire l'adesione terapeutica, lo sviluppo delle capacità di coping del diretto interessato e il rafforzamento delle competenze dello stesso.

Le linee guida internazionali affermano che la terapia del disturbo bipolare è innanzitutto farmacologica e si fonda sull'impiego degli stabilizzatori dell'umore che hanno l'obiettivo di trattare l'episodio acuto e ridurre il rischio di future ricadute.⁸

Tuttavia, per la corretta gestione e trattamento della persona bipolare, in particolare per la prevenzione delle ricorrenze di malattia, è importante affiancare alla terapia farmacologica degli interventi psicoeducativi che permettano all'utente di acquisire un bagaglio di informazioni sulla patologia di cui soffre, con l'obiettivo di migliorarne la prognosi nel lungo termine.

CAPITOLO 2. LA PSICOEDUCAZIONE

La psicoeducazione è un training che attraverso un lavoro cognitivo-comportamentale individuale o di gruppo, migliora le competenze degli utenti sul disturbo con la finalità di sviluppare comportamenti maggiormente adattativi e funzionali.

Gli interventi psicoeducativi non si prefiggono l'obiettivo di eliminare il deficit della persona affetta ma di prevenire le complicanze e rafforzare le competenze "Empowerment" della persona.⁹

Si cerca quindi di insegnare agli utenti a gestire meglio la propria malattia, a convivere con essa, ad identificarla precocemente, ad assumere la terapia in maniera più adeguata, e a capire perché è necessario assumerla. Si vuole anche aiutare gli utenti ad andare incontro a un numero minore di ricadute diminuendo così le ospedalizzazioni per riacutizzazioni della malattia.

In letteratura sono presenti diversi lavori che sottolineano l'efficacia di tale strategia terapeutica, sia quando rivolta verso i pazienti ¹⁰⁻¹¹ che verso i caregiver.¹²

Le più recenti linee guida affermano che sebbene la farmaco terapia sia la base del trattamento di mantenimento del disturbo bipolare, spesso è insufficiente per prevenire la ricorrenza. Negli ultimi due decenni, diversi studi hanno esaminato l'efficacia dei trattamenti psicosociali riducendo i tassi di recidiva di circa il

15%. Pertanto gli interventi psicosociali aggiuntivi sono una componente importante della gestione del disturbo bipolare e dovrebbero essere offerti a tutti i pazienti più nello specifico la psicoeducazione è l'unico intervento psicosociale di prima linea per la fase di mantenimento.¹³

2.1 IL METODO (FALOON)

Ci sono voluti anni per realizzare una guida che permettesse alle persone affette da disturbi mentali, insieme a loro amici e familiari, in collaborazione con operatori e ricercatori, di sviluppare specifiche strategie per comprendere la natura dei loro disturbi e ridurre il disagio che ne deriva.

Questa guida è il Trattamento Integrato per la Salute Mentale, un manuale di Ian R.H. Falloon pubblicato nel 2000 e scritto per operatori e utenti.

La guida è concepita per essere usata come 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.

Ciò viene fatto con la guida di un istruttore addestrato in:

- a) Lavoro individuale
- b) Gruppi risorsa di amici e familiari
- c) Gruppi di utenti residenti in strutture residenziali
- d) Gruppi di utenti in ricovero ospedaliero

Istruttori possono essere chiunque sia professionisti sanitari che non, possono anche essere formati gli stessi utenti a condizione che tutti indistintamente seguano un corso formativo di 100 ore sulla psicoeducazione.

Per la riuscita del programma che può avere durata variabile, è necessaria inoltre la frequenza assidua dei partecipanti.

Recenti ricerche hanno dimostrato che i migliori risultati per il trattamento dei disturbi mentali si ottengono quando le persone affette da quei disturbi, i loro familiari e gli amici più intimi fanno tutti parte dell'equipe di trattamento.

Il trattamento integrato è composto da sei parti principali:

1. Aiutare ciascuno a chiarire i suoi problemi e i suoi obiettivi.
2. Aiutare le persone a conoscere la natura dei loro disturbi mentali e dei relativi trattamenti.
3. Migliorare la comunicazione sui problemi e gli obiettivi.
4. Insegnare un metodo per risolvere i problemi e raggiungere gli obiettivi con meno stress.
5. Insegnare soluzioni specifiche per i problemi difficili.
6. Prevenire ed affrontare le crisi.

La durata delle sedute non dovrebbe superare l'ora, ogni seduta si compone delle seguenti 4 parti:

1. Verifica dei progressi e delle difficoltà rispetto agli obiettivi prefissati.
2. Verifica delle esercitazioni pratiche assegnate nelle sedute precedenti.
3. Insegnamento di specifiche abilità per raggiungere gli obiettivi personali.
4. Esercitazioni pratiche per imparare ad utilizzare le abilità nella vita quotidiana.

Il numero delle sedute viene concordato tra le persone coinvolte e l'istruttore, generalmente il numero varia da 4-5 sedute ad un programma della durata di alcuni anni.

Il Trattamento Integrato è un impegno a lungo termine e deve essere continuato per altri due anni dopo la scomparsa di tutti i segni del disturbo mentale.

Per ottenere i migliori benefici dal programma di addestramento è necessario mettere in pratica nella vita quotidiana le abilità apprese nelle sedute. Si usano modalità specifiche per essere sicuri che questo accada. Queste comprendono: sedute domiciliari, simulazioni di situazioni della vita reale, esercitazioni nella vita reale e riunioni a casa.¹⁴

2.2 RUOLO DELL'INFERMIERE

Grande vantaggio della psicoeducazione è quello di essere uno strumento utilizzabile da tutte le professionalità. Questo eleva la capacità terapeutica di tutta l'equipe, aumentando la sua competenza di accoglienza, comprensione e cura. Tutto ciò rinforza il lavoro di gruppo nella valorizzazione e integrazione di tutte le professionalità.¹⁵

In tale contesto l'infermiere potrebbe assumere un ruolo fondamentale in quanto è la figura professionale che trascorre più tempo con l'assistito in tutte le strutture di riferimento del dipartimento di salute mentale.

Lo stesso codice deontologico afferma che: "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo".¹⁶ La relazione di cura rappresenta quindi ciò che veramente contraddistingue l'infermiere, che fonda il suo agire sulla comunicazione e sul dialogo.

Facendo poi riferimento al preciso ambito della psicoeducazionale diversi studi hanno messo in evidenza l'importanza reale dell'infermiere nell'approccio agli utenti e alle loro famiglie. In uno studio condotto dal Dipartimento di Psichiatria di Napoli è emerso che gli operatori non medici come gli infermieri, operatori e assistenti sociali, hanno una maggiore capacità di effettuare l'intervento

psicoeducativo familiare in quanto sono a più stretto contatto con gli utenti con disturbo e i loro familiari.¹⁷

2.3 EFFICACIA DELLA PSICOEDUCAZIONE

In uno studio, pubblicato sul giornale italiano di psicopatologia, che aveva l'obiettivo di stimare l'effetto della psicoeducazione sullo stato psicopatologico e il funzionamento sociale dei pazienti e dei loro familiari, è risultata evidente la possibilità di utilizzare l'intervento psicoeducativo familiare per il trattamento del disturbo bipolare di tipo I nei CSM italiani ed è emersa la risposta favorevole dell'utente con disturbo, dei familiari e degli operatori.¹⁷

In letteratura ci sono poi anche studi che riguardano l'efficacia della psicoeducazione in aggiunta alla terapia farmacologica.

Una meta analisi del 2007 su otto ricerche, ha dimostrato che trattamenti di tipo psicologico in aggiunta a trattamenti farmacologici, riducono il rischio di ricadute del 40% rispetto a trattamenti farmacologici isolati.¹⁸

Le terapie più efficaci in questa analisi, sono quelle in cui gli utenti erano in fase eutimica all'inizio della psicoeducazione, mentre meno efficaci risultano quelle con utenti che hanno avuto in passato un numero molto elevato di episodi gravi.

L'influenza del numero di episodi gravi avuti nel passato dalle persone con disturbo, nel determinare l'efficacia della psicoeducazione, è stata oggetto di ulteriori ricerche negli ultimi anni.

In uno studio di follow-up a 5 anni è emerso che gli utenti con più di 14 episodi non hanno tratto alcun beneficio dalla psicoeducazione, quelli da 9 a 14 hanno

mostrato un beneficio in termini di minori giorni trascorsi in ipomania e depressione ma non in stato misto o mania. Solo le persone con meno di 6 episodi hanno mostrato una riduzione dei giorni trascorsi in qualsiasi tipo di polarità di episodi.¹⁹

Queste conclusioni suggeriscono che la psicoeducazione dovrebbe essere somministrata il prima possibile nel decorso della malattia, rafforzando quindi il concetto di psicoeducazione che agisce come prevenzione.

SCOPO DEL LAVORO

L'elaborato ha l'obiettivo di indagare se le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali delle Marche portano avanti programmi di psicoeducazione per gli utenti con disturbo bipolare in conformità agli indicatori nazionali concordati dal Piano Nazionale di azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza delle Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013.

Come suggerito dal PANSM: "I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti."

Sono stati descritti alcuni obiettivi prioritari dedicati all'individuazione di percorsi di cura relativamente a certi raggruppamenti psicopatologici gravi, i percorsi di cura sono sviluppati per diagnosi frequenti, costose e connesse ad alti rischi per la salute dell'utente.

I percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) riguardano quattro raggruppamenti patologici: i disturbi schizofrenici, i disturbi depressivi, il disturbo bipolare e i disturbi gravi di personalità. I PDTA prendono in considerazione tre fasi di malattia: a) presa in carico precoce, b) gestione della

fase acuta, e c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità.

I percorsi di cura relativi al disturbo bipolare sono monitorati attraverso degli indicatori clinici, una variabile misurabile che serve a descrivere in modo sintetico un fenomeno significativo per i servizi di salute mentale e per la popolazione. Più 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. Essi sono specifici per le singole patologie, sono in rapporto alle buone pratiche e alle evidenze delle Linee Guida e sono derivati da flussi sanitari di natura amministrativa piuttosto che da specifiche raccolte di dati. Gli indicatori sono divisi in due gruppi: indicatori principali e indicatori accessori. Per quanto riguarda il Disturbo Bipolare si hanno 38 indicatori totali di cui 12 sono principali e 26 sono accessori.²⁰

L'indicatore che sta alla base di questo studio è il BP26 che riguarda i trattamenti psicoeducativi nel disturbo bipolare da attuare agli utenti e alle loro famiglie.

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.

I 5 questionari sono stati somministrati nel periodo di tempo 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), è stato poi inviato per e-mail.

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

RISULTATI

Dai risultati rinvenuti emerge che:

- 3 aree vaste hanno fornito dati relativi a tutte le strutture pubbliche dei DSM.
- 2 aree vaste hanno fornito dati relativi a solo alcune strutture del DSM.

Nell'analisi dei dati verranno aggregati quelli parziali e considerati come complessivi dell'area vasta, nella valutazione del personale che attua la psicoeducazione ogni valore assegnato dai singoli servizi è stato addebitato all'intero dipartimento.

I risultati mostrano che in tutte e 5 le aree vaste viene applicata la psicoeducazione più nello specifico, come mostra il grafico 1, a livello territoriale in tutti i 5 DSM mentre a livello ospedaliero solo in 3 DSM.

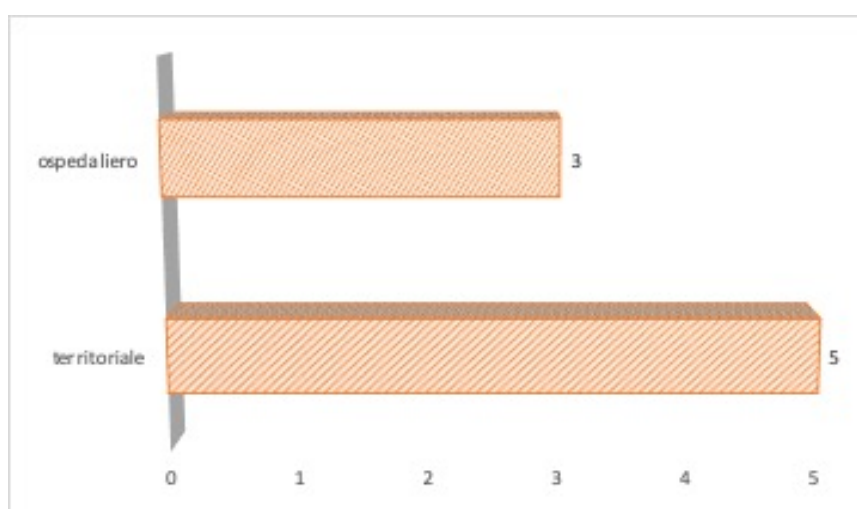


Grafico 1

Alla domanda su quale tipologia di assistiti viene applicata la psicoeducazione è

emerso che gli interventi psicoeducativi vengono somministrati alle persone affette da disturbo bipolare in 4 aree vaste su 5 in quanto 1 area vasta li applica solo agli assistiti con schizofrenia.

Proseguendo con i quesiti sono emerse delle differenze tra l'applicazione della psicoeducazione individuale (grafico 2.A) e la psicoeducazione familiare (grafico 2.B).

Come mostra il grafico 2.A l'educatore è l'unica figura professionale che applica la psicoeducazione al singolo individuo in staff in tutte e 5 le aree vaste seguito da psichiatra e psicologo che la applicano in staff in 4 dei 5 DSM. L'infermiere invece attua interventi psicoeducativi al singolo individuo in staff in 3 aree vaste su 5 mentre in autonomia in 2 aree vaste, come le figure dello psicologo e dello psichiatra. L'educatore invece in autonomia applica la psicoeducazione solo i 1 DSM.

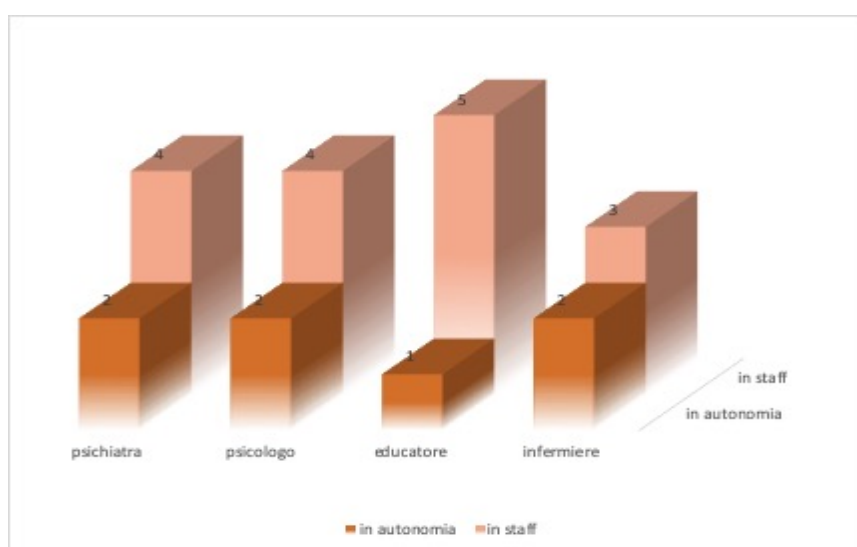


Grafico 2.A

Il grafico 2.B mostra le figure professionali che applicano interventi psicoeducazionali alle famiglie. Si nota nell'immediato che né l'infermiere, né l'educatore mettono in atto in autonomia la psicoeducazione alle famiglie in nessuna area vasta lo fanno invece in staff in 3 DSM su 5 come anche psichiatri e gli psicologi.

Questi ultimi a differenza dei primi due mettono in atto interventi psicoeducativi autonomamente in 2 aree vaste su 5.

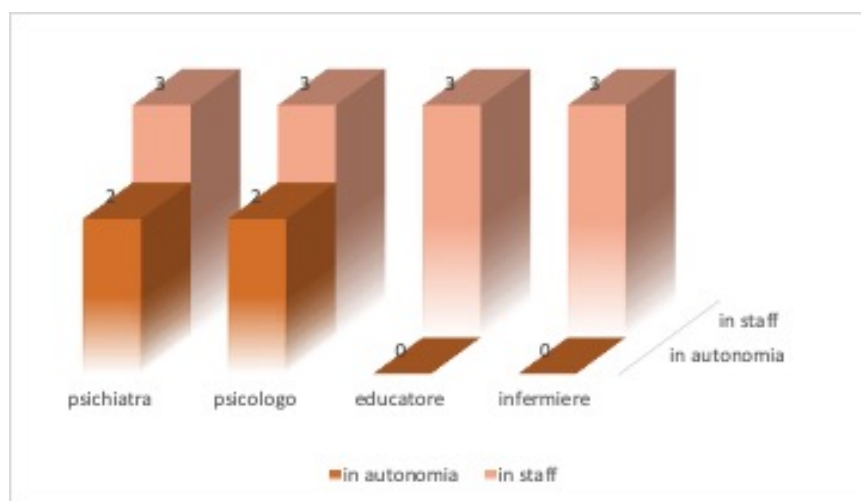


Grafico 2.B

Tenendo in considerazione che la psicoeducazione può essere fatta da chiunque in seguito a un percorso formativo, è stato chiesto ai 5 DSM se hanno mai utilizzato la psicoeducazione per addestrare utenti esperti.

Dai risultati rinvenuti si evince che in nessun caso le aree vaste hanno addestrato ex utenti ma solo il personale sanitario:

- In 4 DSM hanno beneficiato dell'addestramento solo alcuni con formazione individuale o a piccoli gruppi
- In 1 DSM la formazione è stata organizzata per la maggior parte del personale

Le figure professionali che sono state istruite nell'attuazione degli interventi psicoeducativi come mostra il grafico 3 risultano essere: gli educatori in tutte e 5 le aree vaste, gli psichiatri e gli infermieri in 4 delle 5 aree vaste gli psicologi in 3 aree vaste, gli oss solo in 2 aree vaste su 5.

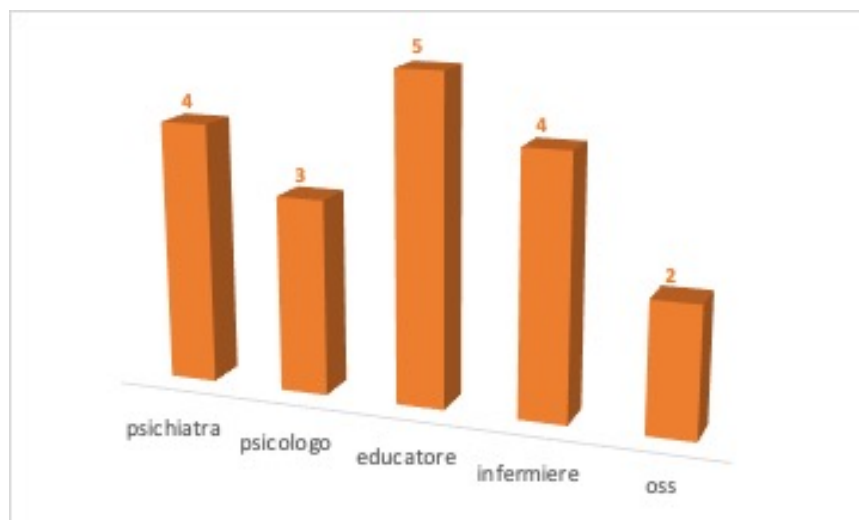


Grafico 3

Per indagare più a fondo sull'applicazione della psicoeducazione nelle Marche e per poter valutare la qualità del servizio poi offerto agli utenti è stato chiesto ai DSM sia gli anni in cui hanno provveduto alla formazione del proprio personale sia la percentuale indicativa del personale formato:

- Per quanto riguarda il primo quesito le risposte ottenute 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 l'area vasta di appartenenza.
- In riferimento al secondo quesito è emerso che in 3 aree vaste su 5 il personale formato rappresenta meno del 25% della totalità, 1 area vasta ha provveduto alla formazione di circa il 50% del suo personale, un'altra area vasta invece non ha risposto alla domanda.

DISCUSSIONE

È molto importante applicare la psicoeducazionale sia in ambiente ospedaliero che sul territorio anche quando l'utente si trova nella fase acuta del disturbo o all'esordio. La gestione della fase acuta 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.²⁰

Nonostante l'importanza della messa in atto di interventi psicoeducativi in regime ospedaliero solo in 3 DSM delle Marche ciò viene fatto.

Si dovrebbe promuovere infatti l'utilizzo di tale metodica già all'esordio in SPDC e poi continuare a livello territoriale fino alla conclusione del percorso garantendo la continuità assistenziale e tenendo in considerazione che l'efficacia della metodica è direttamente proporzionale a quanto prima la si inizia.

Si dovrebbe anche fornire uguali risorse sia al singolo utente che alla famiglia che lo assiste, più nello specifico la psicoeducazione familiare dovrebbe essere complementare a quella individuale.

L'argomento è stato trattato anche in un progetto sui CSM italiani portato avanti dall'università La Sapienza di Roma nel 2010, citando la ricerca: “sono considerati efficaci i tre ambiti di lavoro paritariamente: la relazione con il

paziente, l'applicazione corretta di tecniche validate, il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente, in una visione articolata e unitaria della cura".²¹Nelle Marche 4 DSM mettono in atto interventi psicoeducativi in modo parallelo sia alla persona che ai familiari mentre 1 area vasta fornisce la psicoeducazione solo al singolo utente venendo a mancare l'attenzione alle famiglie che è fondamentale.

Il trattamento psicoeducativo può essere effettuato sia in staff che dal singolo professionista. Affinché il lavoro in staff sia efficace tutti i componenti dovrebbero essere adeguatamente formati, nelle Marche tuttavia solo un DSM ha provveduto all'istruzione di circa la metà del personale mentre gli altri 4 hanno dichiarato di aver formato meno del 25% degli operatori.

Per quanto riguarda il trattamento psicoeducativo effettuato dal singolo professionista è emerso che ad effettuarlo sono solo psicologi e psichiatri in due aree vaste. L'infermiere quasi paradossalmente non attua questo tipo di intervento in autonomia avendo un ruolo marginale quando potrebbe rappresentare una risorsa preziosa essendo colui che passa più tempo con gli utenti. Anche gli utenti stessi potrebbero occuparsi a loro volta di psicoeducazione previa adeguata formazione ma da come si evince dalle risposte ottenute dai questionari in nessun DSM delle Marche ciò avviene.

La formazione del personale è stato un punto critico nell'analisi dei dati, già in

precedenza si è fatto notare come l'addestramento del personale non sia omogeneo a livello regionale, in quasi la totalità dei casi il personale formato rappresenta meno del 25% e talvolta la formazione è fin troppo datata.

Per quanto riguarda la professione infermieristica il Codice Deontologico afferma esattamente: “L’Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull’esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.”²²

La formazione è dunque essenziale ma a livello pratico la regione Marche presenta evidentemente delle lacune.

CONCLUSIONI

“Voglio vedervi felici, non voglio mai vedervi piangere.

Voglio che dimentichiate le ferite che il mondo

vi ha riservato, e che vediate tutta la bellezza che contiene.

Sono in cima al mondo e niente e nessuno può toccarmi.”⁴

*“Poi crollo... Se mi vedete piangere, fate finta che non stia
accadendo perché niente di quello che direte cambierà*

il fatto che sono disperata e pronta a morire...

No, non uscirò stasera, andate senza di me ragazzi...

Andate, correte! Via! Non meritate una persona come

me nella vostra vita, perché sono fatta di dolore e

dovreste davvero andare, adesso.”⁴

Il disturbo bipolare è una condizione psichiatrica ricorrente e una delle principali cause di disabilità nel mondo nella fascia di età 15-44 anni ed è associato a un rischio suicidario aumentato (15 volte superiore).²³ Proprio per la complessità del disturbo è necessario garantire un regime assistenziale basato sull'aderenza farmacologica, promozione delle capacità di adattamento dell'assistito e della famiglia con programmi di psicoeducazione.

Per un'assistenza ottimale il personale deve essere adeguatamente formato, dallo studio condotto però è emerso che la formazione a livello regionale è estremamente frammentata: in un DSM gli interventi psicoeducativi non vengono proprio forniti a persone con disturbo bipolare, in altri casi la psicoeducazione interessa solo l'individuo senza dare supporto alla famiglia, in alcuni DSM si ha una formazione recente in altri molto datata (2010 o prima) il personale formato rappresenta poi in 4 aree vaste su 5 meno del 25% dell'equipe. L'infermiere inoltre non ha un ruolo di rilievo, in nessun caso mette in atto la psicoeducazione in autonomia ma solo in staff quando potrebbe fare la differenza se gli venisse data la possibilità.

Nelle Marche la psicoeducazione dovrebbe essere incentivata, gli utenti e i famigliari meritano un'assistenza omogenea indipendentemente dall'area vasta di appartenenza, uniforme deve essere anche la formazione del personale solo così si possono garantire standard assistenziali in accordo con le direttive nazionali facendo riferimento all'indicatore BP26.

La psicoeducazione è risultata fondamentale deve essere applicata con rigore e secondo il preciso metodo perché fa la differenza.

Nel ribadire la reale efficacia della psicoeducazione seguiranno delle testimonianze di infermieri che hanno fornito la psicoeducazione agli utenti, di utenti e di famigliari.

Frammenti di storie sul disturbo bipolare: la voce dei familiari

“Durante gli incontri dei gruppi di psicoeducazione ognuno raccontava la propria esperienza, che non era così tanto diversa dalle altre, ci confrontavamo ci comprendevamo, ci confortava il sentire che non eravamo gli unici genitori al mondo ad essere coinvolti e, soprattutto, imparavamo a gestire la malattia dei nostri familiari.

Si familiarizzava con il disturbo bipolare, entrarono nel nostro lessico termini quali psico-educazione, tono dell'umore, ipomania, depressione, sintomi, prodromi, grafico vitale, ecc; non solo se ne apprendeva il significato, si imparava ad individuarli in anticipo nel nostro familiare.

Parlare della malattia con i nostri figli non era più imbarazzante, riuscivamo insieme a delineare un'alleanza per un patto terapeutico per un intervento rapido ed efficace per contenere gli effetti delle ricadute.

Consapevolezza e conoscenza della malattia hanno modificato il mio atteggiamento e favorito il mio radicale cambiamento sul comportamento da tenere.

Non credo di aver capito tutto e risolto definitivamente i problemi ma, con l'aiuto di Medici e Operatori appassionati del loro lavoro, ho fatto passi da gigante per migliorare la qualità della vita di mia figlia.”²⁴

Luca Pinzaglia: La normalizzazione dei sintomi

“Descrivo l’esperienza psicoeducativa di Barbara ricoverata nel SPDC a fine novembre 2013. La sua presenza si fa notare nel gruppo dei pazienti ricoverati:

è giovane e ha una diagnosi di disturbo bipolare in evidente eccitamento maniacale con sintomatologia riferibile a ideazioni deliranti e allucinazioni olfattive.

Barbara descrive come normale la propria percezione olfattiva ma le impressioni degli altri non concordano affatto. Barbara riflette molto sulle differenze di opinioni. Sottolineo il concetto di normalizzazione del sintomo, anche dei fenomeni allucinatori:

“a tutti può capitare di avere un episodio di questo tipo...”.

Gli esempi che faccio rassicurano e riducono il senso di fenomeno alieno, mostruoso. Dopo pochi giorni anche Barbara critica quel mondo olfattivo che la condizionava al punto di classificare le persone in base al loro odore. Al termine del ricovero non ci sono più né deliri, né allucinazioni; però trovo Barbara spaventata nel corridoio: “Sento un odore terribile... improvvisamente sono arrivate le allucinazioni!” Anche io sento un odore pestifero, siamo vicini ad un bagno che si è intasato: l’odore è reale. Anche questo episodio occasionale è servito per riflettere sulle differenze tra realtà e dispercezioni.

Barbara viene dimessa il giorno successivo.”²⁵

Umberto Serafini: L'importanza di avere un linguaggio comune

“In 18 anni di servizio presso il SPDC di Arezzo posso dire che dopo l'introduzione dell'intervento psicoeducativo e cognitivo comportamentale di gruppo (anno 2004) sono emersi dei cambiamenti importanti nell'assistenza al paziente con disagio mentale e nelle dinamiche dell'equipe multidisciplinare. Mi preme sottolineare che in questi anni si sono verificati forti cambiamenti dal punto di vista della relazione e della comunicazione col paziente e anche all'interno del gruppo di lavoro.

Oggi non si improvvisa e non si danno più messaggi ambigui e differenti da operatore a operatore, ma abbiamo adottato e condiviso un metodo di lavoro che ci permette di usare un linguaggio comune. Brevemente un po' di numeri che fanno una fotografia della mole di lavoro svolto in questi anni, anche se, dal 2012 ad oggi abbiamo subito l'influsso negativo dovuto sia al momento di crisi socio/economico che al cambiamento organizzativo in atto nel nostro Dipartimento.

Tornando ai dati hanno partecipato alle sedute di gruppo l'80% dei ricoveri (quasi 1000 pazienti in 10 anni) con un ottimo livello di soddisfazione e gradimento come dai questionari consegnati; il clima di reparto è cambiato e si è assestato su codici di buona qualità percepita come documento dagli operatori;

è aumentata la soddisfazione delle famiglie come dimostrano alcune lettere di ringraziamento e nessuna lettera di richiamo.

Altri dati relativi all'anno 2013: gli incontri con i gruppi "Ansia" seguiti con il metodo del professor G. Andrews sono stati 42 e i partecipanti totali 30; le famiglie seguite con il metodo del professor Ian R. H. Falloon sono state 4 per un totale di 34 incontri a domicilio."²⁵

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				
Psicologo				
Educatore				
Infermiere				

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

in che anni vi siete formati sulla psicoeducazione

chi è stato formato? % indicativa di personale

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

RINGRAZIAMENTI

Sono già passati tre anni eppure sembra essere trascorso molto meno tempo, sono davvero felice della scelta che ho fatto e mentre sto scrivendo questi ringraziamenti a poche settimane dalla laurea, posso farlo solo con il sorriso.

Vorrei ringraziare tutte le persone che in un modo o nell'altro sono state importanti per me in questi anni:

Vorrei ringraziare in primis il mio relatore, il professore Ercolani che mi ha portato nel mondo della salute mentale, mi ha guidato in questo percorso e fatto scoprire nuove realtà, infinitamente grazie.

La mia famiglia che mi ha appoggiato in questa scelta spero davvero, giunta a questo punto, di avervi resi fieri di me.

La mia insegnante di danza, mi sei stata sempre vicina come meglio hai potuto mi hai imparato a mettere passione nelle cose e questo è qualcosa di estremamente prezioso, non ti ringrazierò mai abbastanza.

Il mio ragazzo Matteo che da 5 mesi riempie le mie giornate e i miei pensieri senza distogliermi dai miei interessi e i miei impegni universitari cercando di essere presente e di sostenermi ogni volta che ne ho bisogno, sei fondamentale per me te lo dico sempre ma sappiamo entrambi che con te “sempre” non è mai abbastanza.

Poi vorrei ringraziare te Deborah, sei stata la persona con cui più ho condiviso le vicende di questi tre anni, partendo dai tanti esami preparati insieme fino al progetto di tesi ma soprattutto sei stata un'amica, a volte anche mamma meravigliosa, il mio punto di riferimento in questi ultimi giorni nelle stanze universitarie.

So che il nostro legame resterà e crescerà con noi,
so che sarai un'ottima infermiera,
so che le persone ti adoreranno
e so che non cambierai mai...

Grazie a tutti voi di cuore.

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E LINEE GUIDA

(1) http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto Ministero della Salute “Che cos’è la salute mentale”. Ultima consultazione 11/11/19

(2) <https://www.stateofmind.it/2018/05/disturbo-mentale-normalita/> State of Mind Il giornale delle scienze psicologiche, “Lungo un continuum tra normalità e patologia. Cosa s’intende per Disturbo Mentale?”. Ultima consultazione 15/10/19.

(3) Mental Health Action Plan 2013-2020, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization); 2013.

(4) <https://ilmiovivereinpoesia.wordpress.com/2019/03/07/lunico-modo-in-cui-posso-farlo/>, “L’unico modo in cui posso farlo”. Data ultima consultazione 24/09/2019.

(5) L. Tondo, B. Lepri, N. Cruz, R. J. Baldessarini, in “*Acta Psychiatrica Scandinavica*”. *Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patient*, in “*Acta Psychiatrica Scandinavica*” 2010, 121(6), Pagine 446-452.

(6) Rapporto sulla salute mentale 2017, Ministero della Salute, data di pubblicazione 22 ottobre 2018, ultimo aggiornamento: 3 ottobre 2019.

- (7) Giuseppe Maina, Simona Arnodo, Stefano Bramante, La psicoeducazione del paziente affetto da disturbo bipolare, 2018 capitolo 1 pagina 8
- (8) Giuseppe Maina, Simona Arnodo, Stefano Bramante, La psicoeducazione del paziente affetto da disturbo bipolare, 2018, capitolo 1 pagina 5.
- (9) Colom, *Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders*. In “British Journal of Psychiatry”, May 2011 198:338-340.
- (10) Rouget BW, Aubry JM. *Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorder: a review of the literature*, in “Journal of Affect Disord” 2007;98:11-27.
- (11) Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al *Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorder* in “Bipolar disorder an international journal of psychiatric and neurosciences”, 2004; 6:294-8.
- (12) Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. *Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial* in “Bipolar Disorder” 2008; 10:511-9.
- (13) Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 5(5.1)

- (14) Ian R.H. Falloon, *Trattamento Integrato per la Salute Mentale.*, versione italiana a cura di Rita Roncone, Massimo Casacchia, Pierluigi Morosini, Pietro Spagnulo.
- (15) Enrico Fumati, Rita Mancini, Daniela Pancani, et al, *Interventi psicoeducativi con famiglie e pazienti*. In “Rivista trimestrale di politica sociosanitaria, Salute e Territorio”. Luglio-Settembre 2013, pag 177.
- (16) Il Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019. Capo I art. 4.
- (17) V. Del Vecchio et al. *Diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare per il disturbo bipolare tipo I nei CSM italiani*, in “Giornale Italiano Psicopatologia” 2011;17:277-282
- (18) Scott J., Colom F., Vieta E. (2007). *A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorder*, in “The International Journal of Neuropsychopharmacology, 10:1: 123-129.
- (19) Colom F., Reinares M., Pacchiarotti I., Popovic D., et al. *Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar*

patients? A 5-year follow-up post hoc analysis, in “Acta Neuropsychiatrica”,
2010, 22(2): 50-53

(20) Proposta di accordo stato regione 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, conferenza unificata Novembre 2014.

(21) “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

(22) Il Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019.
Capo II, Art. 10

(23) http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=189&area=Disturbi_psichici. Ultimo accesso 10/11/19

(24) <http://www.psicoterapia-cognitiva.it/2341-2/>. *Frammenti di storie sul disturbo bipolare: la voce dei familiari*. Visitato il 9/11/19

(25) Marco Capelli, Adriana Pometti, et al; Gruppo infermieri UFSMA ASL 8 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.