UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE IN SALUTE MENTALE

Relatore:
Dott. Moreno Cameruccio

Tesi di laurea di:
Gianluca Sartini

Correlatore:
Inf. Antonella Silvestrini

A.A. 2019/2020

Sommario

1) INTRODUZIONE 1
1.1 Evoluzione storico legislativa della Salute Mentale 1
1.2 Organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale 3
1.3 Le strutture territoriali e le cooperative sociali 5
1.4 Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza territoriale in salute mentale 8
2) OBIETTIVO 12
3) MATERIALI E METODI 13
3.1 Analisi organizzativa: la cooperativa sociale Alpha 13
3.2 Compiti e funzioni dell'infermiere all'interno di "Pian dell'Abate" 21
4) RISULTATI 25
Principali competenze dell'infermiere nella cooperativa 25
5) DISCUSSIONE 28
Confronto fra bibliografia e esperienza personale 28
6) CONCLUSIONE 30
7) BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA 31
8) RINGRAZIAMENTI 34

1) INTRODUZIONE

1.1 Evoluzione storico legislativa della Salute Mentale

La conoscenza del passato, sia della psichiatria come disciplina, che dell'assistenza infermieristica in questo ambito, fa comprendere meglio il presente. Esistono infatti stretti rapporti tra società, cultura, legislazione e salute-malattia mentale che, considerati attentamente, forniscono le radici da cui far crescere il presente dell'assistenza infermieristica in salute mentale. Nell'età antica il "malato di mente" era visto come colui che era posseduto da spiriti maligni o benigni (si credeva nel sovrannaturale e nella magia): veniva tollerato perché si pensava che la malattia fosse una manifestazione divina e non era emarginato. Gli antichi Egizi pensavano che tutte le malattie, indipendentemente dalle manifestazioni, avessero un'origine fisica: in queste culture i confini tra fisico e psichico non erano ben distinti. Nell'ambito della cultura europea, consideriamo un ampio periodo, dall'Impero romano al Rinascimento italiano, durante il quale si confrontano quattro diversi tipi di spiegazione della follia. Dalla fine del secondo secolo si afferma nel mondo latino la scuola medica di Galeno, che riprende l'impianto di studi di lppocrate, e che spiega il disturbo mentale come uno "squilibrio umorale" del cervello. A questa si contrappone la spiegazione magica che collega il disturbo mentale a contatto con oggetti o animali o a congiunzioni astrali. Il rimedio, secondo questa concezione, consisteva in pratiche e rituali magici, uso di filtri, amuleti, formule di protezione dagli influssi negativi. Diversa, anche se concettualmente simile, è la visione religiosa per la quale colui che manifesta disturbi psichici è un indemoniato, un posseduto da spiriti maligni; la comunità religiosa si sente coinvolta da questo fatto e interviene con provvedimenti che possono essere di segno opposto: la solidarietà, la preghiera, il ricorso ad esorcismi; oppure la persecuzione e il rogo. A partire dalla fine del 1400 il malato mentale viene considerato un "folle", una persona pericolosa responsabile dell'insorgenza di disgrazie, malattie, epidemie che colpiscono le persone. La popolazione comincia a diventare intollerante verso il soggetto affetto da disturbi mentali: centinaia di malati psichiatrici, per essere purificati, furono bruciati vivi nelle piazze insieme a streghe e maghi. Il seicento e il settecento non portarono grandi passi in avanti rispetto al Rinascimento; si assiste però ad un ridimensionamento della caccia alle streghe e agli indemoniati, qui il folle viene visto come una minaccia alla quiete

pubblica o all'ordine costituito. Queste persone venivano rinchiuse in luoghi simili ad ospedali, considerati tra l'ospizio e il carcere, per isolarli dal mondo esterno; qui si riceveva assistenza, ma anche punizioni e contenzione e le condizioni igieniche e di vita erano molto precarie. Questi luoghi furono creati per "nascondere" il folle dalla società, che riteneva queste persone pericolose. Il 1800 è segnato dalla nascita del manicomio, struttura creata da Philippe Pinel in Francia durante la Rivoluzione, per la cura di questi malati. Vennero chiusi quindi gli istituti di segregazione e iniziò a diffondersi la spiegazione della follia in termini di malattia. Questa nuova istituzione si diffonde in tutta Europa, costituendo un passo in avanti rispetto ai reclusori del passato, perché è basata su obiettivi di cura e di ricerca medica. I manicomi rappresentano tuttavia una sorta di continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che la "cura" coincide ancora con l'obiettivo del controllo dei malati. Infatti vi era la possibilità da parte delle autorità locali di pubblica sicurezza di ordinare, seppur in via provvisoria, il ricovero presso un manicomio di qualsiasi persona, sulla base di due requisiti: una certificazione medica e il presupposto d'urgenza. Era quindi una regola facilmente applicabile che offriva alle forze di polizia di intervenire nei confronti di quei soggetti ritenuti "fastidiosi" senza l'attivazione di tutti quei meccanismi procedurali e di garanzia previsti dai vigenti codici penali. Il manicomio diventava il succedaneo del carcere o del semplice ospedale e poco importava se la persona che vi entrava non fosse realmente un malato di mente. Quando una persona era considerata un pericolo sia per sé che per gli altri e non poteva essere curata in nessun luogo all'infuori del manicomio, scattava l'obbligo del ricovero coatto. In questi luoghi a molti pazienti venivano applicati determinati regimi terapeutici, come l'isolamento o il ricorso a determinate "cure", quali, ad esempio, l'elettroshock: un'invenzione dalle potenzialità curative molto dubbie ma dagli effetti devastanti. Il ricovero poteva essere chiesto da parenti, tutore o da qualsiasi altro cittadino. Il Direttore del manicomio era responsabile penale e civile dell'utente dimesso e questa era una delle ragioni dell'internamento a vita. Nel febbraio 1904 viene promulgata la legge Giolitti n° 36 (disposizione sui manicomi e sugli alienati) che porta il nome del Ministro degli Interni: in questo modo, per la prima volta, lo Stato unitario si dotava di una legge organica che regolamentasse la materia psichiatrica. Questa legge rispetto al passato costituisce un progresso, ma la figura del paziente psichiatrico è sostanzialmente quella di un carcerato. Si è ricoverati in quanto

persona "pericolosa" e di "pubblico scandalo". Il ricovero è possibile solo sotto forma di provvedimento del magistrato o del questore e il potere esecutivo è in mano alle forze di polizia. In questo periodo il manicomio si specializza sempre di più nella funzione sociale di contenitore della follia venendo meno a programmi di cura e riabilitazione. Nella seconda metà del '900 vengono introdotti gli psicofarmaci e nel 1968 prendono vita gli ospedali psichiatrici grazie alla riforma Mariotti, legge n°431 del 18-03-1968 (provvidenze per l'assistenza psichiatrica). Si incomincia ad uscire dal manicomio che prende il nome di Ospedale Psichiatrico. Nascono i Dispensari di Igiene Mentale sul territorio e i Centri di Igiene Mentale: ambulatori funzionanti per qualche ora alla settimana. La Legge Mariotti cerca di rendere più dignitose le condizioni di vita all'interno degli Ospedali Psichiatrici introducendo diversi cambiamenti fra i quali il principio del ricovero volontario come elemento per rafforzare la qualità dell'osservazione diagnostica e dell'intervento terapeutico, ma soprattutto introduce e promuove interventi psicosociali a favore delle persone ricoverate. Il 13 Maggio 1978 grazie a Basaglia viene promulgata la legge n°180 (accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori) e l'ospedale psichiatrico venne abolito. Il malato di mente non è più visto come un soggetto pericoloso o folle, ma come una "persona" che ha bisogno d'aiuto e di cure; queste cure non possono essere efficaci se fatte solo in istituzioni chiuse qual era l'ospedale psichiatrico: occorre reintegrarlo in società restituendogli, per quanto possibile, dignità di persona e autonomia. La legge n° 180 viene recepita e integrata dalla legge n° 833 del 23-12-1978 (istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, SSN) basata su universalità, uguaglianza e solidarietà. I cardini del SSN sono non solo la cura, ma anche la prevenzione e la riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche. Viene così decretata la piena integrazione dei servizi psichiatrici nel complesso dei servizi sanitari e sociali articolati per le strutture e i servizi del SSN.

1.2 Organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale

Il 13 Maggio 1978 grazie a Franco Basaglia viene promulgata la legge 180 che dispone la chiusura dei manicomi e impone il ribaltamento della logica su cui si deve fondare l'assistenza psichiatrica; vieta la costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici, garantendo la tutela della salute mentale con l'istituzione dei servizi psichiatrici territoriali, chiamati a svolgere le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

L'unità organizzativa fondamentale è il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il DSM ha un proprio bacino di utenza e garantisce l'unitarietà della programmazione e gestione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. La nascita del DSM viene sancita attraverso l'articolo 34 della legge n° 180 che prevede testualmente : "l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative della salute mentale". Il DSM diviene il simbolo del passaggio da una psichiatria di contenimento e custodia a una psichiatria di prevenzione, cura e riabilitazione. Passeranno però alcuni anni prima che l'organizzazione del DSM diventi operativa, i servizi e le strutture del DSM saranno formalizzate dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), i successivi accordi stato regione hanno elaborato il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 che definisce e uniforma, a livello nazionale, le tipologie e gli standard dei servizi per l'assistenza psichiatrica. Coerentemente al testo di legge, ogni regione italiana ha organizzato il DSM secondo un proprio modello, riconducibile al PSN (Piano Sanitario Nazionale). Nello specifico il DSM è dotato dei seguenti servizi:

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

In particolare si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso, i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi, dove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni. Il DSM si presenta come un insieme di strutture e attività costituito da più luoghi operativi: territoriali, ospedalieri, comunitari e sociali, non

sempre appartenenti al DSM come il domicilio dell'utente e il privato sociale accreditato. In tutti i servizi di un DSM è sempre presente l'infermiere: questa presenza trova la sua ragione per la specificità del ruolo assunto in un contesto specifico come quello della salute mentale.

1.3 Le strutture territoriali e le cooperative sociali

Nell'ambito del DSM, come riportato in precedenza, un ruolo assistenziale importante lo svolgono le strutture residenziali (SR). Nell'ottica della continuità e della centralità territoriale dell'intervento, le SR sono degli spazi, anche molto diversi tra loro, organizzati per assistere e riabilitare le persone le cui esigenze non rientrano nelle competenze né del CSM né delle strutture ospedaliere. La proiezione territoriale permette di osservare gli assistiti nel proprio contesto naturale di relazioni, lavoro, con possibilità di intervento precoce, controllo delle complicanze, sostegno sociale, così come la costruzione di una rete che possa farsi carico della persona con problemi psichiatrici e la possibilità di mettere in atto interventi di promozione della salute mentale. Le Strutture Residenziali (SR) sono strutture extra ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Con lo scopo di prevenire ogni forma d'isolamento, favorendo lo scambio sociale, le SR sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. Si differenziano, in base all'intensità e alla durata dell'assistenza sanitaria, in trattamento intensivo, protratto o socio-riabilitativo. L'entrata e la dimissione degli utenti avvengono in conformità ad un programma personalizzato concordato e periodicamente verificato tra gli operatori del DSM, operatori della SR, assistiti e altre persone di riferimento. Per le SR terapeutico-riabilitative la presenza del personale di assistenza è h24 per acuti e subacuti, mentre per le strutture residenziali socio-riabilitative la presenza del personale assistenziale è più limitata. Queste ultime, le strutture residenziali socio-riabilitative, gestite dal privato sociale, spesso sono cooperative sociali e meritano attenzione, perché svolgono un importante ruolo di assistenza e di riabilitazione delle persone con problemi di salute mentale all'interno della rete di assistenza. Le cooperative sociali, sono nate con l'obiettivo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione della salute e all'integrazione sociale dei

cittadini in condizioni di svantaggio, attraverso lo svolgimento di diverse attività finalizzate al reinserimento della persona nella società e in ambito lavorativo. Con questo non viene negata la natura privata della cooperativa, ma si prevede che un soggetto privato si dedichi alla produzione di beni e servizi allo scopo di soddisfare un interesse diffuso. Il testo giuridico di riferimento delle cooperative sociali è l' art. 1 della legge 8 novembre 1991, n° 381 (disciplina delle cooperative sociali) che ne definisce le finalità e ne individua le modalità di realizzazione, precisando che il ruolo di una cooperativa sociale è caratterizzato dalla solidarietà orientata alla comunità nel suo insieme. La legge n°381 del 1991 ha individuato nelle cooperative sociali lo strumento privilegiato e specialistico per l'inserimento lavorativo di tutti quei soggetti svantaggiati, fra i quali i tossicodipendenti, e per tutte quelle persone che presentano un grave disagio psichico. Per queste persone le cooperative oltre a fornire riparo attraverso centri dedicati, svolgono un servizio di formazione sul campo, mirando alla piena integrazione sociale e promuovendo attività lavorative anche all'esterno della cooperativa. Nonostante alcune criticità e all'interno di un quadro normativo ancora molto incerto, le cooperative sociali stanno sperimentando una costante crescita in tutte le Regioni, estendendo il loro intervento soprattutto nel settore dei nuovi servizi alla persona, svolgendo anche una efficace lotta allo stigma del disagio mentale. Una forma organizzativa che si sta insediando nel panorama delle cooperative è la compresenza nella stessa organizzazione di utenti con diverse difficoltà: insieme alle persone con disagio mentale è possibile integrare anche disoccupati, giovani in cerca di prima occupazione, adulti con qualifiche obsolete. Sono principalmente due i tipi di attività attraverso le quali è perseguito l'obiettivo della cooperativa: la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi e lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Tale distinzione si è tradotta di fatto nella formazione di due diverse tipologie di cooperative sociali:

- **cooperative sociali di "TIPO A"** : si occupano di servizi sociali, come per esempio creare e gestire centri di aggregazione giovanile, centri di accoglienza, case famiglia, centri antiviolenza e progetti di reinserimento sociale. Inoltre, offrono dei servizi sanitari come l'assistenza domiciliare agli anziani e ai disabili o la gestione dei centri di salute mentale. Offrono anche servizi educativi come l'animazione di strada, servizi di sostegno a genitori e famiglie, gestione asili

nido e centri educativi per minori a rischio. Nelle cooperative sociali di tipo A sono presenti gli infermieri, collocati prevalentemente nelle strutture di recupero, a differenza di quelle di tipo B, dove la figura infermieristica non è presente;

- **cooperative sociali di "TIPO B":** si occupano di aiutare le persone svantaggiate a inserirsi nel mondo del lavoro grazie all'affiancamento di personale professionalmente qualificato e preparato. Non è più soltanto una consapevolezza diffusa, ma anche una evidenza scientifica, che il lavoro migliora l'esito di molte patologie mentali. Per persone svantaggiate si intendono, secondo la legge 381/91, gli invalidi fisici, psichici o sensoriali, i soggetti che sono o sono stati sotto trattamento psichiatrico, gli ex tossicodipendenti, gli alcolisti, i detenuti che svolgono attività alternative al carcere e i minori che vivono difficoltà familiari. Il fine di queste cooperative è il successivo collocamento lavorativo esterno alla cooperativa stessa, quando la persona svantaggiata abbia elaborato sufficienti capacità.

Alla base di ogni attività svolta da una cooperativa sociale ci deve essere l'obiettivo di aiutare le persone a soddisfare le proprie necessità, tutelando sempre gli interessi degli assistiti. Oltre agli obbiettivi finora citati, le cooperative sociali perseguono altre finalità, come: sostenere e stimolare le esperienze di auto-aiuto, di volontariato e di aggregazione spontanea di altro tipo; sensibilizzare e informare i cittadini sulle problematiche più rilevanti della comunità e proporre mete comuni per l'azione; contribuire al coordinamento fra l'azione dei diversi servizi e la spinta dei movimenti di opinione ed azione sociale; sviluppare la coscienza civica, il rispetto e lo scambio comunicativo fra le diverse culture ed etnie presenti nella comunità. L'opportunità offerta dalle cooperative di stare insieme, di creare, di pensare, realizzare e dare vita a dei progetti, cioè di credere che sia possibile aiutare le persone cosiddette svantaggiate attraverso attività proprie, autonome, che consentano di uscire da una condizione di difficoltà, è stata sicuramente uno degli avvenimenti più innovativi e originali per quanto riguarda l'assistenza moderna. Come riportato dall'articolo del "Wiley Perspectives in Psychiatric Care" del 30/08/2017, la funzione delle strutture di riabilitazione psicosociali è quella di consentire alla persona con problematiche di salute mentale, di valutare e rafforzare

le proprie capacità personali, in particolare quelle cognitive, riacquisendo mano a mano, tutte quelle abilità che si sono perse nel corso della malattia, per poter accedere in futuro ad un lavoro e ad un alloggio indipendente, conducendo sempre di più la persona alla "normalità". Queste strutture di riabilitazione devono essere in grado di consentire agli utenti di identificare le loro competenze rafforzando il loro processo decisionale, attraverso l'uso di tecniche tra cui: la psicoeducazione e gli esercizi in cognizione sociale. L'efficacia di tutto ciò, come riporta l'articolo, dipende da fattori come l'utilizzo da parte dei professionisti, di una comunicazione e un linguaggio idoneo insieme a una formazione specifica.

1.4 Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza territoriale in salute mentale

Il ruolo, i compiti e le funzioni dell'infermiere sono definite dal Codice Deontologico, dal Profilo Professionale e dall'ordinamento didattico del percorso formativo (laurea triennale, magistrale, master, corsi di aggiornamento). Il Codice Deontologico (Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 13/04/2019, approvato dal Consiglio Nazionale) definisce le norme dell'agire professionale dell'infermiere, fissando i principi guida che delineano il sistema etico in cui si svolge la relazione con l'assistito. "*Il Codice Deontologico racchiude i principi etici della professione ed è al suo interno che è spiegato come l'infermiere agisca nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo, concependo la salute come un bene fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività, tenendo conto dei valori etici, ideologici, religiosi, culturali, etnici e sessuali dell'individuo*" (Sara Di Santo, Nurse24.it). Il Codice Deontologico è quindi lo strumento che stabilisce e definisce le regole di condotta che devono essere rigorosamente rispettate nell'esercizio dell'attività professionale infermieristica, in particolare l'articolo 4 dichiara che "*nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo*" e indica che "*Il tempo di relazione è tempo di cura*". Oltre al Codice Deontologico, il Profilo Professionale dell'infermiere, (decreto ministeriale n° 739 del 1994,) è la cornice legislativa che inquadra la professione di infermiere: "*l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa*

e le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria". I riferimenti legislativi, dati dal Codice Deontologico, Profilo Professionale, Ordine delle professioni Infermieristiche individuano quindi le macro-funzioni che consentono di avere un quadro di riferimento ben delineato su qual' è il ruolo di un infermiere, tale ruolo diventa poi funzionale agli svariati setting assistenziali nei quali l'infermiere si trova ad operare, iniziando dai setting ultraspecialistici delle sale operatorie a quelli dell'assistenza domiciliare o quelli della salute mentale in particolare quella territoriale. Per l'American Nursing Association (ANA), la più importante associazione infermieristica internazionale, l'infermiere di salute mentale opera in un'area specializzata della pratica infermieristica dove utilizza le teorie del comportamento umano e propone sé stesso come strumento terapeutico; mette in primo piano il paziente visto come persona e non come malattia mentale. L'Infermiere di salute mentale opera all' interno dell'équipe e ha l'importante funzione di approcciarsi alla persona con problemi di malattia mentale, in maniera olistica e non settoriale e indirizzare l'intervento assistenziale, oltre che all' assistenza di base, alla somministrazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, soprattutto allo sviluppo di modelli comportamentali e relazionali adattivi, cioè coerenti e funzionali a una vita inserita in uno specifico contesto, attraverso il recupero dell' autonomia e dell' autocura. Per conoscere meglio le competenze dell'infermiere che lavora nelle strutture territoriali della salute mentale ho ricercato se vi erano delle evidenze scientifiche sul ruolo dell'infermiere anche nelle principali banche dati, come Pubmed; per la ricerca ho inserito le parole chiave: ruolo, infermiere, salute mentale, territorio, senza trovare però alcun riscontro. Ho cercato quindi nei libri di testo e motori di ricerca su banche generaliste e siti di associazioni in salute mentale, (come riportato nella bibliografia). Ho trovato diversi articoli e testi di cui il risultato è di seguito riportato. Ho aggregato le funzioni specifiche dell'infermiere territoriale di salute mentale nelle seguenti competenze:

Consapevolezza emotiva: a differenza di altri contesti clinici, l'infermiere di salute mentale che lavora in ambito territoriale non opera attraverso una scansione precisa degli interventi, in quanto gli strumenti e i luoghi dove utilizzarli sono spesso diversi e molteplici. Nel territorio accade molto spesso che la persona assistita rifiuti la vicinanza degli operatori che desiderano aiutarlo, al contrario di qualsiasi altro ambito dove è la

persona che chiede di essere curata. L'infermiere, davanti alla persona con disturbi mentali che rifiuta tutto, che insulta, che non vuole farsi toccare, che può diventare aggressivo, può perdere tutte le sue sicurezze, arrivando a pensare di non avere le competenze specifiche per svolgere il proprio lavoro in ambiti così particolari. L'infermiere che lavora in questo ambito deve saper gestire le proprie emozioni: ansia, impulsività, rabbia, paura; solo così può aiutare la persona assistita a gestire le proprie emozioni, che sono poi i sintomi, le espressioni del disagio mentale. Il coinvolgimento emotivo è inevitabile altrimenti non si instaura quel rapporto di fiducia necessario al raggiungimento degli obiettivi, si deve però trovare la giusta distanza in un processo di continuo avvicinamento e distanziamento.

Relazione-comunicazione-collaborazione: deve essere in grado di comunicare e relazionarsi in modo efficace per poter costruire una relazione di aiuto il più funzionale possibile, evitando di assumere atteggiamenti censori o giudicanti che non permettono di percepire quelli che sono i reali bisogni della persona con problemi di salute mentale. Questo perché i problemi di salute mentale sono problemi complessi multidimensionali con i quali spesso si deve imparare a convivere. Questo è proprio l'obiettivo dell'assistenza territoriale: la persona viene presa in carico dal Centro di Salute Mentale, il quale elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI). Nell'ambito del PTI può essere previsto il temporaneo inserimento in una Struttura Residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo che riguarda una multiprofessionalità assistenziale variabile dando luogo ad una presa in carico della persona e ad una continuità di cure. Nel concetto di continuità assistenziale, il territorio è considerato come il posto più importante dove la persona deve essere curata e riabilitata. Nell'ambito territoriale l'infermiere è chiamato ogni giorno a mettere in atto tutte quelle che sono le peculiarità dell' assistenza in salute mentale, dove, più che all'interno degli ospedali, la persona è avvicinabile solo attraverso la relazione, che deve essere intesa come la cornice necessaria in cui si inseriscono i vari piani di trattamento individualizzato, che prevedono anche interventi assistenziali, farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi. La relazione è umana e professionale e viene attraversata dalle emozioni, sentimenti e aspettative spesso ambivalenti e contraddittorie da ambo le parti. Le competenze specifiche quindi comprendono interventi di counselling (intervento di supporto, diretto al superamento delle difficoltà di adattamento, rispetto a specifiche situazioni di

tensione, cercando di stimolare capacità di reazione), sulla promozione di tutte quelle attività legate all'autocura, sull'ambiente terapeutico, educazione sanitaria, interventi psicologici e mantenimento della salute. La relazione, è lo strumento assistenziale più efficace che l'infermiere ha a disposizione: cercando di incoraggiare le persone a parlare, focalizzarsi sui sentimenti, formulare domande aperte, identificare le discrepanze, identificare gli impedimenti, monitorare i progressi, gestire il silenzio, chiarificare i problemi e identificare i punti di forza. Essenziale è adottare un approccio empatico. Nella relazione, fondamentale è la comunicazione, che può essere verbale e non verbale. Dalla comunicazione verbale l'infermiere può estrapolare una quantità importante d'informazioni, prestando attenzione sia al modo in cui le cose vengono dette che all'effettivo contenuto del discorso; vengono presi in considerazione il tono, il volume, l'intensità della voce, tutti aspetti che ci dicono qualcosa in più riguardo a ciò che la persona sente. Della comunicazione non verbale vengono presi in esame paramentri come la postura, il contatto oculare, l'espressione facciale, la mimica, il contatto fisico, la prossemica; tutti aspetti che possono avvalorare o smentire la comunicazione verbale.

Lavoro d'equipè: tutto questo all'interno di una equipe multiprofessionale, per ottenere la presa in carico e la continuità assistenziale, dove l'infermiere deve costantemente rapportarsi con le altre figure professionali e con i familiari al fine di trovare le migliori soluzioni possibili per la persona.

Rispondere ai bisogni reali della persona: aiutare la persona ad adattarsi con successo a tutti i fattori di stress ambientale, apportando cambiamenti nel pensiero, nel comportamento, nel sentimento relativo all'età di sviluppo e congruenti con le norme culturali e locali del gruppo di appartenenza sociale. Naturalmente per rispondere ai bisogni assistenziali, l'infermiere si avvale del processo assistenziale: accertamento, individuazione dei problemi o individuazione dei punti di forza, obiettivi, programmazione degli interventi, attuazione, valutazione.

2) OBIETTIVO

L'obiettivo di questo lavoro è quello di approfondire il ruolo che l'infermiere ha nell'assistenza territoriale in salute mentale. La salute mentale è una condizione nella quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità. Le persone con disturbo e disagio psichico hanno bisogni multidimensionali che non si esauriscono nella sfera psicologica, ma che riguardano tutti gli ambiti della persona: sociale, lavorativo, culturale, familiare. Di conseguenza i problemi che l'infermiere si trova ad affrontare in questo particolare setting assistenziale sono molteplici e su diverse aree che spesso sono interesse anche di altre discipline, ma che necessitano di un approccio globale e integrato. Questo è l'obiettivo fondamentale dell'assistenza territoriale. Spesso però l'infermiere si trova ad agire in zone grigie assistenziali non ben codificate, dove le competenze personali del professionista fanno la differenza: pur mantenendo le proprie caratteristiche distintive l'infermiere si trova continuamente a smontare, costruire e ristrutturare il suo ruolo. Il setting assistenziale che ho preso in considerazione è quello delle Strutture Residenziali gestite da cooperative sociali (tipo A) che operano per rispondere ai bisogni di accoglienza delle persone con problemi di salute mentale, di disabili dimessi dagli Istituti speciali e dagli ospedali psichiatrici per poi rispondere ad altri importanti bisogni sociali (attività rivolte alle persone anziane, tossicodipendenti, minori con problemi sociali, immigrazione, ecc). Illustrerò quindi quella che è stata la mia esperienza durante uno stage in una delle strutture appartenenti alla Cooperativa Sociale Alpha a.r.l O.N.L.U.S, in particolare nella Struttura Residenziale Pian dell'Abate, al fine di delineare il ruolo dell'infermiere all'interno di questa struttura attraverso un'analisi organizzativa che permetta di comprenderne l'organizzazione, la gestione e lo scopo. Infine, attraverso la disamina delle principali attività e funzioni che l'infermiere svolge in questa struttura e il confronto con le principali funzioni specifiche individuate dalla ricerca bibliografica, intendo evidenziare quelle funzioni principali che caratterizzano l'assistenza infermieristica nelle Strutture Residenziali gestite da cooperative sociali (tipo A) .

3) MATERIALI E METODI

3.1 Analisi organizzativa: la cooperativa sociale Alpha

La cooperativa sociale Alpha nasce dal desiderio di rendere autonome, nella vita sociale, le persone afferenti alle strutture del dipartimento di salute mentale della provincia di Pesaro, che per troppi anni sono stati costretti ad un'esistenza asilare, senza la speranza di raggiungere risultati nella propria vita personale. L'Associazione nasce all'interno di un'esperienza residenziale in un appartamento protetto maschile a Pesaro, dove già dal 1977 è cominciato il recupero di diversi malati fatti uscire dall'Ospedale Psichiatrico "San Benedetto" e da altri istituti. Questa esperienza ha avviato un percorso riabilitativo, nel quale sono stati trattati negli anni numerosi casi, raggiungendo per alcuni di loro la completa riabilitazione e la conseguente autonomia. Per tutte queste persone si è anche cercato un lavoro in ambito protetto, che è servito, oltre che da un punto di vista economico, al miglioramento della sfera personale e affettiva. In questo nuovo "percorso di vita" degli assistiti, gli operatori hanno sviluppato sempre più concretamente la convinzione e la motivazione di dover offrire a tutte queste persone con "disagio" la possibilità di crearsi un'alternativa migliore a quella che stavano vivendo, attraverso la riacquisizione delle capacità personali residue. Per questo, il 5 Maggio 1989 nasce l'Associazione Alpha, che vede impegnati per questo scopo parte degli operatori del servizio psichiatrico, utenti delle strutture residenziali psichiatriche e familiari degli utenti. L'Alpha è quindi un'associazione di volontariato nata per soddisfare i bisogni e le richieste particolari degli utenti e per integrare i servizi del Dipartimento di Salute Mentale sul territorio. All'inizio della sua "avventura", l'Associazione ha orientato i suoi sforzi per rendere autonomi gli utenti, residenti nelle strutture residenziali, proseguendo poi con l'organizzazione di ulteriori programmi in collaborazione con enti pubblici e servizi satellitari per rispondere ai bisogni degli assistiti a 360°. Dal 2002 l'ALPHA Cooperativa Sociale arl (di tipo A) provvede a gestire, in accordo e sotto il controllo dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei diretti Responsabili, le attività educative-riabilitative delle nuove Comunità Protette, Gruppi Appartamenti e Strutture Riabilitative con personale adeguato. La cooperativa Alpha oltre alla Struttura Residenziale "Pian dell'Abate", si compone di altre strutture, quali: la Struttura Riabilitativa Residenziale e il Centro Diurno "Harmonia" (12 posti letto

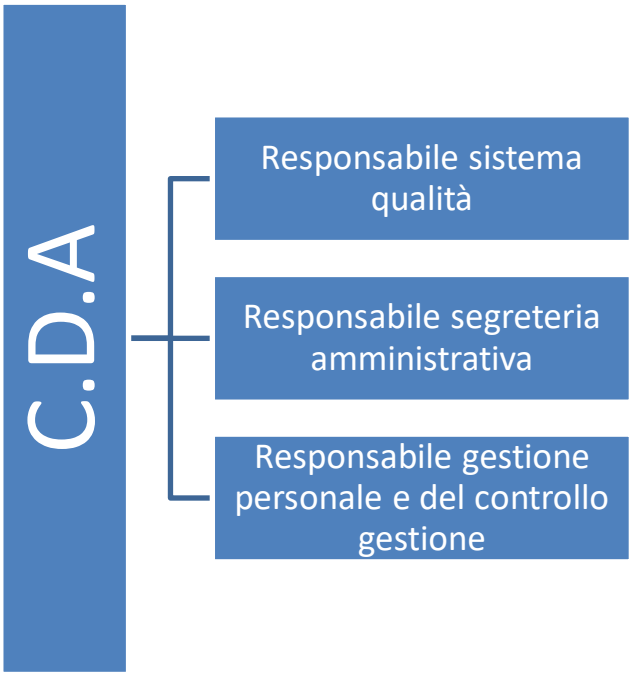
suddivisi in 2 appartamenti), la Comunità Protetta "5 Querce" (capacità ricettiva di 6 ospiti) e la Comunità Protetta "Palazzo Gasparini" (12 posti letto). A differenza di "Pian dell'Abate", dove gli utenti difficilmente verranno reinseriti all'interno della società, data l'età avanzata, la cronicità della malattia e la scarsa interazione con i propri familiari, in tutte le altre strutture la cooperativa Alpha mira con il passare del tempo, attraverso il processo socio-assistenziale-terapeutico, al reinserimento della persona all'interno della società.

Organigramma

L'organigramma generale della cooperativa Alpha è costituito dal Consiglio di Amministrazione (CDA), di cui fanno parte: Presidente, Vice presidente e Consiglieri.

All'interno della cooperativa sono presenti:

- Responsabile sistema qualità,
- Responsabile segreteria amministrativa,
- Responsabile gestione personale e del controllo di gestione



Oltre a tutte queste figure, sono presenti tutti quegli operatori che lavorano all'interno delle strutture convenzionate o gestite dalla cooperativa, come: lo psichiatra, i coordinatori, gli assistenti sociali, infermieri, educatori professionali, operatori tecnici assistenziali.

Scopo

Lo scopo principale della cooperativa Alpha è quindi quello di supportare, assistere, riorientare giorno dopo giorno tutti gli assistiti affetti da problematiche mentali, prendendosi cura anche di tutte quelle persone alle quali la malattia ha provocato una certa cronicità, con l'obiettivo di far acquisire o ri-acquisire all'ospite comportamenti socialmente competenti che gli permettano di agire ed interagire con successo nel proprio quotidiano. In questo percorso, che necessariamente deve essere personalizzato in funzione del disagio e della «storia» di ogni specifico ospite, quattro sono gli elementi che possono condizionarne fortemente la riuscita:

1. la professionalità e la competenza del personale in assistenza;
2. la fiducia dell'ospite nei confronti di chi lo assiste;
3. il «benessere» psicofisico indotto dall'ambiente in cui è inserito;
4. la qualità delle relazioni sociali che questi instaura con coloro che fanno parte del suo quotidiano.

Per questo la cooperativa Alpha pone particolare cura alla selezione del personale, dei professionisti che la supportano e investe continuamente tempo e risorse nell'addestramento e nella formazione del proprio personale. La cooperativa all'inizio della sua attività è stata oggetto di diffidenza per gran parte delle persone residenti nel luogo sede delle strutture, in quanto non accettavano per paura o per ignoranza che ci si occupasse del recupero di persone con problemi e/o malattie psichiche all'interno del loro territorio di residenza. La maggior parte di queste persone sono viste ancora oggi, purtroppo, con quell'occhio critico e indispettito dalla maggior parte dell'opinione pubblica. È capitato anche, come racconta il Direttore, che fu loro chiesto di escludere dagli ambiti lavorativi alcuni assistiti, perché nel controllo di qualità e soprattutto nel comportamento, esprimevano dei risultati di eccellenza che rischiavano di mettere in cattiva luce i lavoratori "normali". -"*Nonostante le enormi difficoltà*" dichiara il

Direttore, -"*abbiamo cercato e ancora vorremmo cercare di portare avanti una cultura improntata sulla solidarietà e sulla sussidiarietà, e questo*" dice ancora -" *rischia di diventare un'impresa quasi impossibile se dall'altra parte viene meno un interlocutore sia istituzionale che non, che contribuisca a dare significato al nostro agire*". Con il passare degli anni l'Associazione ha ampliato il proprio campo d'intervento, occupandosi dei problemi relativi alle persone in situazione di disagio psichico, anche temporaneo, per migliorare al massimo le condizioni di vita degli assistiti tramite attività rieducative-riabilitative, nonché della promozione di ogni attività preventiva a favore di minori in difficoltà segnalati dai servizi, tutoraggio di interdetti, amministrazione di sostegno per persone in difficoltà. Per non disperdere tutto quel bagaglio di esperienza accumulata nel corso degli anni, dopo tanti sacrifici e duro lavoro, l'Associazione Alpha il 2 dicembre del 2001 ha costituito, come socio maggioritario, mantenendone la direzione, l'Alpha cooperativa sociale di tipo A, a responsabilità limitata- O.N.L.U.S-, con l'obiettivo primario di continuare, pur essendo due distinti enti giuridici, in un'unica realtà per quello che riguarda la condivisione degli ideali e del lavoro, perseguendo lo scopo originario dell'Associazione. La cooperativa Alpha costituisce pertanto un'iniziativa privata, propone interventi mirati alla lotta all'emarginazione di persone in difficoltà, minori, malati psichici, agendo tramite qualsiasi tipo di attività sia nel settore della prevenzione che in quello della riabilitazione, collaborando quando necessario con strutture pubbliche e private. Per poter svolgere servizi che riescano a soddisfare a 360° i bisogni degli assistiti, e quindi, riuscire a formulare e realizzare progetti rieducativi-riabilitativi riguardanti le diverse aree nelle quali è possibile intervenire, nel Luglio 2003 l'Associazione Alpha ha promosso, mantenendone la direzione, la costituzione di un'ulteriore cooperativa sociale ma di tipo B, denominata " L'Elicriso", che ha permesso, a conclusione di progetti e interventi riabilitativi individuali, dei "veri" inserimenti lavorativi per diversi utenti del DSM. Ad oggi, l'Alpha risulta essere un'organizzazione costituita da tre enti strutturati, giuridicamente distinti, che perseguono lo stesso obbiettivo. Tra gli scopi più ambiziosi della cooperativa ci sono il reinserimento della persona nel tessuto sociale di appartenenza e la restituzione alla stessa di un ruolo attivo all'interno della comunità, riappropriandosi di uno spazio professionale e sociale e favorendo la responsabilizzazione e la stima del sé, uscendo quindi dalla convinzione di essere

“malato” e “incapace”. La cooperativa ha un ruolo importante nell’ambito dei servizi socio-sanitari, distinguendo i suoi interventi sulla gestione di Strutture Residenziali Riabilitative, Gruppo Appartamenti Protetti, Centri Diurni e Servizi Territoriali (sostegno educativo, inserimento sociale e lavorativo, terapia riabilitativa). Nella maggior parte dei casi le attività sono svolte in convenzione con amministrazioni pubbliche e sono dirette sulla base di un modello organizzativo distribuito sul territorio in cui sono presenti sedi operative di riferimento, coordinatori di settore e referenti territoriali. Con il passare del tempo la cooperativa ha rafforzato sempre più quello stile che ancora oggi la caratterizza, che si può riassumere in tre concetti fondamentali:

1. l’integrazione e le sinergie con le risorse territoriali,
2. la progettualità,
3. il servizio alla persona.

Come riporta il Direttore –“ *La ricerca di sinergie con il territorio è uno stile di lavoro che da sempre ci appartiene e che garantisce la promozione del benessere della collettività attraverso sinergie mirate al fine di promuovere una nuova cultura di reciprocità*”. La cooperativa Alpha, sulla scorta delle iniziative programmate, promuove incontri con Enti ed Associazioni locali per la definizione delle attività stabilendo nel dettaglio obbiettivi, tempi e strumenti di verifica; sin dalla nascita, si è proposta come agenzia di servizio alla persona e soprattutto come soggetto attivo della promozione umana, avendo un atteggiamento di ascolto e dialogo nei confronti di tutti, a prescindere dalle condizioni soggettive e generali. Tutti i servizi erogati all’interno di qualsiasi struttura facente parte della cooperativa Alpha si basano sui seguenti principi: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficacia ed efficienza, rispetto della dignità umana e multidisciplinarietà.

Pian dell’Abate

Nel Gennaio del 2007 la cooperativa Alpha ha aperto, gestendola ancora oggi, una Struttura Residenziale per malati psichici che non hanno più un nucleo familiare o che hanno un nucleo che non è più in grado di supportare in maniera valida questi soggetti. Questa Struttura Residenziale di tipo A si chiama “Pian dell’Abate”. È proprio a Pian dell’Abate che ho realizzato il mio breve stage, con lo scopo di riuscire a capire meglio

qual è il ruolo dell'infermiere all'interno di queste realtà presenti sul territorio. Appena giunto in struttura, ubicata in zona agricola a soli 2,5 km dal centro di Urbania, ho riscontrato un grande senso di pace e bellezza, captando immediatamente che questo centro è stato pensato e costruito "attorno" alle persone che lo abitano, dove i luoghi sono accoglienti e familiari, in modo che qualsiasi persona possa trovare il suo spazio nel rispetto della sua dignità e nella ricerca dell'individualità, forse perduta.

Fig. 1.3.2 Pian dell'Abate

La mia esperienza personale all'interno di questa struttura è cominciata con un breve disagio iniziale dovuto alla difficoltà nel mantenere la giusta distanza comunicativa con gli utenti, che a modo loro mi hanno fatto subito sentire molto coinvolto, prendendomi quasi come un "amico" e facendo difficoltà a capire quale fosse il mio ruolo e quindi a distinguermi affinchè il mio spazio non fosse invaso. A seguito di questa iniziale difficoltà nell'imporre la giusta distanza comunicativa, sono riuscito a relazionarmi con queste persone che vedono la realtà in maniera diversa, questo è stato molto stimolante e ciò mi ha affascinato molto permettendomi di capire ancora meglio quest'ambito, perchè parlando con queste persone e ascoltando le loro storie e i loro vissuti, anche se possono sembrare paradossali, a volte nascondono un qualcosa di realistico che le persone considerate "normali" non riescono a vedere. L'infermiere in queste strutture si trova ogni giorno a ricostruirsi continuamente per affrontare e superare assieme

all'assistito tutte quelle difficoltà del momento, provando ad arrivare, giorno dopo giorno, ad una situazione il più favorevole possibile per il ripristino di tutte quelle abilità che l'assistito ha perduto nel corso della sua malattia. Questa esperienza è stata fondamentale per farmi capire meglio e più da vicino quello che è il ruolo dell'infermiere territoriale in salute mentale.

Risorse

La struttura è costituita da un edificio principale e da un ampio terreno su cui sono presenti anche alcuni edifici secondari. L'edificio principale si suddivide su due piani: l'interno è costituito da 6 stanze da letto, tutte dotate di bagno privato, per una capacità ricettiva di 12 posti. Ad esse si aggiungono un salone comune, una cucina, una sala riunioni per gli operatori e alcuni locali di servizio quali lavanderia, dispensa e ripostigli vari. All'interno della proprietà sono state pensate e realizzate diverse stanze adibite a laboratori per le attività manuali ed espressive. Come mi è stato spiegato, la struttura è stata costruita in maniera strategica perché la disponibilità di ampi spazi esterni rende il complesso particolarmente idoneo sia alla riabilitazione che al tempo libero, mentre la posizione, in aperta campagna ma vicina al centro storico, è di rilevante importanza per consentire una residenzialità tranquilla e favorire al tempo stesso una buona inclusione e integrazione sociale degli ospiti, i quali potranno partecipare facilmente alla vita di paese e in questo modo abbattere quello stigma che, da sempre, la persona con disagio psichico si porta addosso. All'interno di questa struttura opera un'équipe multidisciplinare che lavora per soddisfare i bisogni degli assistiti; tra questi troviamo: 5 educatori professionali, 3 infermieri, 4 operatori tecnico assistenziali. L'orario di lavoro per ogni figura professionale varia: la presenza dell'infermiere va dalle ore 7:00 del mattino alle ore 21:00 della sera, così come quella degli operatori tecnico assistenziali, mentre quella degli educatori professionali è h24. Molto importanti sono le riunioni d'équipe che si tengono una volta ogni due settimane e in cui vengono trattati caso per caso tutti gli assistiti, per condividere le informazioni sulle condizioni sia fisiche che mentali che gli assistiti presentano nel periodo considerato. Le riunioni sono il luogo fisico e simbolico d'incontro e di riflessione degli operatori, all'interno del quale vengono discussi i problemi relativi alle persone in cura e vengono adottate strategie sulla base delle considerazioni dei vari professionisti. Alla riunione d'équipe partecipa

anche il medico psichiatra che è presente all'interno della struttura una volta alla settimana.

Programmazione delle attività

All'interno di questa struttura sono presenti persone con disturbi mentali, con un discreto livello di autosufficienza, ma con permanente bisogno assistenziale sanitario. Principalmente gli ospiti sono affetti da schizofrenia, disturbo delirante (persistente), disturbi dell'umore, tra cui la depressione grave e il disturbo bipolare, psicosi allucinatoria cronica. Un potenziale ospite, per poter accedere all'interno di questa struttura, deve soddisfare i seguenti prerequisiti: età minima 18 anni; presenza di un disturbo psicopatologico stabilizzato; diagnosi già consolidata; essere non in fase di esordio della sintomatologia; presentare alterazioni di funzionamento nel contesto relazionale, lavorativo e familiare; accettare la permanenza in comunità. La domanda di ammissione, redatta normalmente dal medico di riferimento, deve essere indirizzata al responsabile della comunità e può essere presentata dai familiari dell'interessato o dall'interessato stesso, dai rappresentanti legali o dai servizi. La valutazione della domanda viene effettuata dal Nucleo tecnico di gestione (composto dall'assistente sociale del servizio di salute mentale, dall'assistente sociale del comune di provenienza, dal coordinatore della struttura ospitante e dalla relazione del medico curante). In assenza di elementi ostativi, il potenziale ospite viene presentato agli operatori della comunità, gli viene fatta visitare la struttura e viene formalizzata un'ammissione provvisoria attraverso la firma da parte dell'ospite, o di un suo familiare/tutore, della dichiarazione di impegno al pagamento della retta, dell' autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, della dichiarazione di consenso informato e dell'estratto del regolamento interno della struttura. Contemporaneamente viene avviato un periodo di osservazione della durata indicativa di 3 mesi, durante il quale gli operatori svolgeranno una attività di monitoraggio, al fine di valutare la compatibilità dell'ospite con la vita di comunità e di raccogliere dati utili a predisporre, con l'équipe inviante, un progetto riabilitativo personalizzato. Una volta accertata la compatibilità dell'ospite con la vita di comunità, si procederà con l'amissione definitiva e la formulazione di un progetto individualizzato. Gli assistiti all'interno di questa struttura hanno un'età avanzata (per lo più sessantenni) e questo alloggio rappresenta per loro la loro dimora, con una durata

apparentemente illimitata: queste persone con età avanzata difficilmente riusciranno ad essere ricollocate all'interno della società data la loro appurata cronicità. La cooperativa Alpha ha promosso la realizzazione di questo tipo di struttura, caratterizzata e basata sul modello "casa" e con un numero limitato di posti, proprio per coinvolgere in maniera il più individuale possibile i suoi assisiti in tutto il ménage quotidiano. La casa, infatti, è il luogo per eccellenza in cui l'individuo si sente libero di esprimere i propri desideri e di cercare risposte ai propri bisogni, in cui vive la propria intimità, custodisce le cose più care, si sente protetto dalla paura e intrattiene le prime relazioni sociali. Come riferito dal Direttore della cooperativa – "*Trasformare la comunità nella «casa» di ciascun ospite è il nostro primo obiettivo, poiché questo è anche il primo passo per ogni ulteriore intervento riabilitativo realmente efficace*".

3.2 Compiti e funzioni dell'infermiere all'interno di "Pian dell'Abate"

Pian dell'Abate è un presidio socio sanitario di carattere residenziale che si propone di far sentire a casa la persona. Questa affermazione riassume un po' quello che è il ruolo dell'infermiere all'interno di questa struttura, cioè, far sentire a casa e quindi a proprio agio tutti gli utenti, affinché possano recuperare tutte quelle abilità e capacità che sono state perse, in un clima familiare, in costante interazione con l'equipe professionale caratterizzata da affiatamento e affinamento, che servono a raggiungere un reale coordinamento della strategia di azione comune dove l'ospite è parte integrante dell'equipe. L'infermiere, all'interno di questa Struttura Residenziale deve cercare di identificare, prevenire e diminuire le cause dell'inabilità della persona, provando allo stesso tempo a fargli "rispolverare" o utilizzare quelle risorse e capacità che possano conferirgli più fiducia verso se stesso e più consapevolezza, aumentando esponenzialmente il proprio livello di autostima e di autonomia. Qui l'infermiere non deve avere alcun pregiudizio verso la persona e ha il compito di aiutarla a cercare di comprendere al meglio la sua situazione attuale e tutto quello che gli sta accadendo e che lo circonda. L'infermiere ha la competenza e la responsabilità di fare da tramite affinché l'assistito possa recuperare una relazione soddisfacente con il mondo esterno: aiuta cioè la persona a reintegrarsi nella società favorendo il progressivo recupero dell'autonomia nell'autocura. In queste strutture, nel processo interpersonale con l'assistito, l'infermiere ricopre diversi ruoli: confidente, educatore, leader, sostituto,

consulente, persona estranea. Infatti l'infermiere viene considerato come una risorsa che può dare sostegno, fornire informazioni, rispondere a diverse richieste, coinvolgendo la persona nel programma assistenziale; fornisce istruzione occupandosi di educazione sanitaria; cerca di orientare la persona ad effettuare le giuste scelte attraverso un rapporto di collaborazione e partecipazione. All'interno di questa realtà l'infermiere si occupa di: accogliere l'ospite e favorirne il positivo inserimento nei primi giorni di permanenza; predisporre, dopo la presa in carico e in collaborazione con l'équipe inviante, un progetto riabilitativo personalizzato; svolgere il progetto riabilitativo individualizzato e raccordarsi costantemente con l'équipe di riferimento per la verifica del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi prefissati; tenere una modulistica aggiornata sull'andamento del percorso riabilitativo di ogni ospite. Il piano riabilitativo elaborato, è individuale, diverso da utente a utente, e comprende diverse attività che l'ospite deve svolgere: dal lavarsi, cambiandosi slip e calzini, alla passeggiata, alla piscina, al fare la spesa e tante altre attività che hanno come scopo quello di riorientare il più possibile la persona nella realtà, acquisendo autonomia e fiducia... . Le attività presenti nel progetto individualizzato rappresentano il fulcro attorno a cui ruota tutto l'intervento infermieristico riabilitativo. Esso prevede normalmente lo svolgimento da parte dell'ospite di una serie di attività riabilitative in affiancamento con gli educatori, il cui compito è «adoperarsi con gli ospiti» e non sostituirsi ad essi. Tali attività hanno l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza di sé degli assistiti, di aiutarli ad acquisire una maggiore autonomia, di stimolarne le capacità relazionali e di interazione con gli altri, sia all'interno che all'esterno della comunità. A questo scopo le attività individualizzate si inseriscono e sovrappongono ad un insieme di attività operative svolte in comunità o all'esterno, a cui gli ospiti sono chiamati a partecipare secondo le proprie capacità, inclinazioni, interessi.

In particolare sono previste:

• attività di riordino e piccola manutenzione della struttura, in linea con le più moderne prassi riabilitative;

• attività esterne in raccordo con gli altri servizi di rete del territorio;

• attività manipolative, espressive, grafiche e pittoriche, laboratori artigianali ed altre attività manuali;

• uso del computer;

• floricoltura, orticultura, apicoltura, allevamento di animali domestici ed altre attività di agricoltura sociale;
• frequentazione di attività sportive (piscina e palestra), di corsi culturali o della biblioteca cittadina;

• attività ludiche quali corsi di ballo.

L'infermiere durante lo svolgimento di queste attività deve essere parte attiva, promuovendo il lavoro di gruppo, l'inclusione e la partecipazione alle varie attività di tutti gli assistiti, relazionandosi in maniera positiva e costruttiva e proponendo modelli adattivi funzionali alla particolare attività proposta. Altre attività dell'infermiere sono quelle di somministrare la terapia, seguendo lo schema unico del foglio terapia personalizzato per ciascun utente. Ogni mattina ha il compito di controllare i parametri vitali degli assistiti, come polso e pressione, inoltre si preoccupa di andare a prendere, se necessario, le varie impegnative dal medico e successivamente i farmaci, alternandosi con l'educatore. Infermiere e educatore lavorano ogni giorno a stretto contatto, 7 giorni su 7, favorendo e promuovendo il benessere fisico-psico-sociale della persona assistita, anche quando vengono effettuate tutte quelle attività esterne alla struttura come la piscina, la spesa, andare in chiesa e fare passeggiate. In questo contesto informale alcuni atteggiamenti da parte dell'ospite o dell'infermiere potrebbero essere fraintesi, pertanto bisogna fare attenzione affinché il rapporto non venga vissuto, e soprattutto scambiato dall'utente, come un legame d'intimità e di esclusività. Può succedere ad esempio che il legame instaurato diventi morboso o si trasformi in amicizia. L'infermiere in questa struttura non basa più il suo lavoro solamente su quello che gli è stato insegnato, ma porta con sé oltre alla formazione ricevuta, anche tutto il suo bagaglio culturale e la sua personalità, che rende più funzionale al particolare contesto l'individualizzazione del piano riabilitativo. Uno dei compiti che svolge l'infermiere di pari passo con l'assistito, osservando il loro lavoro all'interno della cooperativa Alpha, è la promozione dell' autonomia ed empowerment. Per autonomia viene inteso il recupero parziale o completo di quelle abilità sociali che sono state perse, come ad esempio prendere un mezzo di trasporto per andare in centro, o anche più semplicemente il recupero della cura di sé, come il lavarsi, tagliarsi le unghie, vestirsi ecc... . Per empowerment s'intente la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e

azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita sociale: ciò si può ottenere attraverso lo sviluppo delle capacità residue della persona, andando a ricercare tutte quelle abilità che la persona possiede, come ad esempio le abilità manuali, coinvolgendo quindi l'assistito a svolgere qualche lavoretto all'interno della struttura per lo sviluppo di queste abilità, invitandolo a partecipare a laboratori di ceramica o del legno, che vengono costantemente proposti all'interno della cooperativa.

4) RISULTATI

Principali competenze dell'infermiere nella cooperativa

Instaurare una relazione/comunicazione di aiuto: l'infermiere all'interno della cooperativa interagisce con l'utente in una relazione d'aiuto: quando l'utente ha un bisogno l'infermiere si adopera nel supportarlo per soddisfarlo, tramite un processo assistenziale educativo-riabilitativo. Per instaurare una relazione stabile, solida e duratura è importante che l'infermiere cerchi di ricostruire il vissuto dell'utente, tenendo conto dell'età, del contesto sociale e familiare e soprattutto del tipo di disagio/difficoltà. Come ho potuto capire, questo compito è estremamente difficile, dato che la nostra personalità da un punto di vista psicologico è assai complessa. L'infermiere che lavora in questa struttura, così come in tutte quelle strutture territoriali che presentano questa tipologia di utenza, deve cercare di capire l'immagine che l'utente ha di se stesso, il suo livello di autostima, quale tipo di emotività e affettività ha sviluppato nel corso degli anni e se è in grado di stabilire relazioni durature arrivando così a capire talvolta il perché si verificano comportamenti problematici. Per fare in modo che la relazione sia più stabile possibile è necessario che tra le parti si stabilisca un equilibrio, perché questo rapporto si basa su un gioco di forze e ogni parte ha una posizione mobile e non statica. Affinché la relazione infermiere-utente si realizzi nel migliore dei modi, l'infermiere deve cercare di capire e decodificare i numerosi messaggi che l'utente gli invia, attraverso il linguaggio verbale e non verbale, conciliando tutte le abilità professionali e adattandole sulla base delle situazioni che vengono a determinarsi. Uno dei compiti fondamentali per l'infermiere in questo settore è l'ascolto, o meglio, il "saper ascoltare", cercando di capire nel migliore dei modi quello che l'altra persona vuole comunicarci. Il saper ascoltare è un'abilità che va sviluppata, affinché l'ascolto non sia passivo ma attivo e volto a individuare l'effettivo messaggio della conversazione. La comunicazione umana è un fenomeno complesso ma altrettanto importante, per questo l'infermiere deve essere in grado di comunicare in maniera più chiara e dettagliata possibile, riuscendo a farsi comprendere dall'utente nel migliore dei modi. Per fare in modo che la comunicazione tra infermiere e utente risulti efficace, è importante entrare in sintonia, capendo ognuno il ruolo dell'altro, monitorando se stessi, l'utente e tutte quelle vicende e situazioni che l'accompagnano.

In queste realtà più di altri ambiti, l'infermiere deve controllare quotidianamente la struttura della relazione, perché è caratterizzata da un continuo processo di negoziazione: per questo deve individuare e gestire al meglio le situazioni che potrebbero poi più avanti avere dei risvolti diversi. Un'abilità che l'infermiere territoriale deve avere ancor di più rispetto ad altri suoi colleghi che lavorano in altre realtà, è la capacità di comunicare "faccia a faccia". In questo tipo di comunicazione funzionano contemporaneamente più canali: uditivo-vocale, il visivo-cinesico, il motorio-tattile, come ad esempio quando ci stringiamo la mano. È proprio grazie a questi canali che riusciamo a scambiarci una varietà infinita di segnali diversi.

Adottare un approccio empatico: l'empatia deriva dal greco "empatéia", (a sua volta composta da en-, "dentro", e pathos, "sofferenza o sentimento"), e significa "sentire dentro", è un termine utilizzato nelle scienze umane per descrivere un atteggiamento nei rapporti interpersonali basato su un 'ascolto attivo' e non valutativo, per mezzo del quale si possono comprendere i sentimenti ed i bisogni fondamentali dell'altra persona mettendo da parte egocentrismo, pensieri e giudizi personali. Secondo la scienza, l'empatia, ovvero la capacità di mettersi nei panni degli altri, può essere appresa, trasmessa e sviluppata a qualsiasi età. È un talento prezioso, che va allenato. Bisogna essere empatici ma non farsi coinvolgere troppo: mantenere la giusta distanza emotiva; gli infermieri che lavorano in questa struttura hanno sicuramente un coinvolgimento emotivo più forte nel rapporto con l'utente, questo perché il contatto fisico, l'approccio diretto e continuo può generare conflitti, molto spesso difficili da gestire e controllare. Il suo ruolo non è quello di amico o confidente, ma quello di un professionista che deve cercare di attuare a 360° tutte le sue abilità sia pratiche che relazionali per ripristinare e promuovere il pieno sviluppo delle potenzialità dello stesso ospite.

Collaborare: l'infermiere deve adoperarsi per collaborare "con" l'ospite e non "per" l'ospite, ascoltare anche la famiglia e l'equipe professionale: occorre agire sinergicamente per arrivare ad un risultato positivo e per far questo collabora con psichiatri, educatori, assistenti tecnici, cioè con tutte quelle figure professionali presenti all'interno della struttura. L'ospite, grazie ad un percorso educativo, stabilito e prefissato dall'infermiere assieme all'équipe di lavoro, con l'intento di creare

sollecitazioni, modificazioni, cambiamenti e trasformazioni, deve cercare di darsi delle risposte sul suo stato mentale e fisico ed in questo è aiutato dall'intera equipé.

Costruire un clima familiare: sostanzialmente in questa struttura il lavoro dell'infermiere è paragonabile a quello familiare, soprattutto nel caso in cui il nucleo parentale è venuto meno con i suoi doveri e compiti. Inoltre l'infermiere partecipa attivamente alla vita e alle attività proposte dalla cooperativa per gli ospiti, come ad esempio, accompagnare gli assistiti a fare una passeggiata o ad andare in chiesa, oppure far la spesa, andare in piscina o ancora, a svolgere tutte quelle attività assieme all'utente come ad esempio il disegnare, tagliare il legno, lavorare la ceramica. Come una famiglia deve saper accogliere senza giudicare.

Condurre un gruppo: all'interno delle attività dei laboratori e delle attività pratiche l'infermiere deve avere abilità di leadership. Promuove le attività di gruppo e le attività di vita sociali che diventano esse stesse attività terapeutico riabilitative e educazionali. Se non è in grado di orientare e coinvolgere gli ospiti delle attività che vengono proposte non viene raggiunto l'obiettivo di emancipare la persona.

Elaborare e controllare il piano individuale: in collaborazione con l'equipe concorre all'elaborazione del piano esegue i propri interventi e controlla che le attività vengano eseguite e valuta il raggiungimento degli obiettivi nella ricerca dell' empowerment e dell autonomia dell'ospite. Trascrive nella documentazione a disposizione i risultati.

Prende in carico l'ospite: sia dal punto di vista terapeutico somministrando le terapie rilevando i parametri vitali secondo il piano di attività che dal punto di vista organizzativo/burocratico con la gestione delle impegnative del ritiro dei farmaci ecc.

5) DISCUSSIONE

Confronto fra bibliografia e esperienza personale

Confrontando le funzioni e i compiti dell'infermiere impegnato a lavorare in campo territoriale, come l'infermiere di cooperativa, e il ruolo dell'infermiere ricercato all'interno delle bibliografie, ho constatato che lo scopo dell'assistenza è prendersi cura della persona a 360°, saper ascoltare, comunicare, interagire, negoziare con l'equipè e la famiglia, utilizzando la relazione come primo strumento terapeutico e mettendo in gioco le proprie qualità personali di maturità, consapevolezza emotiva e comunicativa. Come ho potuto sperimentare, sia all'interno della struttura Alpha, sia dalle ricerche bibliografiche effettuate, la competenza principale è quella di riuscire a trovare un giusto compromesso affinchè la relazione con l'utente sia più positiva possibile, cercando così di guidare la persona verso il raggiungimento degli obiettivi del piano individuale, nella ricerca dell' empowerment e dell' autonomia, prendendosi carico della persona nella sua totalità, con il fine di ripristinare tutte quelle qualità che si sono perse nel corso della malattia. Un'altra competenza presente sia in bibliografia che sperimentato nella mia esperienza alla cooperativa è l'empatia, ovvero la capacità di mettersi nei panni degli altri. Bisogna essere empatici ma non farsi coinvolgere troppo, cercando di mantenere sempre la giusta distanza emotiva, perchè gli infermieri che lavorano in queste realtà hanno sicuramente un coinvolgimento emotivo più forte nel rapporto con l'utente, questo perché il contatto fisico, l'approccio diretto e continuo, può generare conflitti, molto spesso difficili da gestire e controllare. Una giusta distanza comunicativa, l'astenersi dal giudicare e buone doti di negoziazione rende l'infermiere il più obiettivo possibile e collaborante, svolgendo nel migliore dei modi l' assistenza garantendo un servizio efficacie e di qualità. Il coinvolgimento emotivo diretto è inevitabile, la capacità è quella di riuscire ad instaurare il giusto rapporto mantenendo la giusta distanza emotiva. Altra competenza che risulta dal confronto è quella della collaborazione: l'infermiere territoriale di salute mentale partecipa attivamente all'elaborazione del piano individuale, eseguendo i propri interventi e controllando che le attività vengano eseguite nel miglior modo possibile all'interno di un gruppo professionale, (educatori, psicologi, medici, operatori sanitari, ospite) con il quale si svolgono attività quotidiane. Ed è proprio la quotidianità delle attività e la particolarità

di queste (mangiare insieme, fare sport insieme. attività ludiche, ecc.) che può generare confusione fra gli operatori e fra questi e l'ospite. La peculiarità del lavoro dell'infermiere che scaturisce dalla mia esperienza sta proprio nello scopo che la cooperativa si è dato per gli ospiti cioè farli sentire a casa. Il lavoro dell'infermiere all'interno della cooperativa è paragonabile da un certo punto di vista a quello familiare, partecipando attivamente alla vita e alle attività proposte per gli ospiti, come ad esempio, accompagnare gli assistiti a fare una passeggiata o ad andare in chiesa, oppure far la spesa e andare in piscina, svolgendo anche tutte quelle pratiche, come ad esempio l'andare a prendere dal medico le ricette per i farmaci e successivamente i farmaci stessi, funzioni e compiti apparentemente banali, che possono ulteriormente confondere il ruolo che l'infermiere riveste.

6) CONCLUSIONE

Attraverso la mia esperienza nella struttura Pian dell'Abate e la ricerca bibliografica su qual è il ruolo dell'infermiere nell'assistenza territoriale in salute mentale è emerso che il ruolo dell'infermiere è quello di identificare, prevenire, diminuire le cause dell'inabilità della persona assistita, aiutarlo a reintegrarsi nella società favorendo il progressivo recupero delle funzionalità residue, promuovendo l' autonomia e l' empowerment. L'infermiere viene quindi chiamato a ricoprire ruoli diversi: confidente, educatore, leader, sostituto, consulente, persona estranea, familiare. L'infermiere durante lo svolgimento di queste attività deve essere parte attiva, promuovendo il lavoro di gruppo, l'inclusione e la partecipazione alle varie attività di tutti gli assistiti, relazionandosi in maniera positiva e costruttiva, proponendo modelli adattivi funzionali alla particolare attività proposta: «adoperarsi con gli ospiti» e non "sostituendosi" ad essi. Emerge quindi che la consapevolezza del proprio ruolo è paradossalmente la competenza maggiore, supportata dalla relazione terapeutica interpersonale, che non è una abilità istintiva, non solo, ma è l'insieme di più componenti, buone conoscenze teoriche, capacità tecnico professionali e psicologiche in una complessa interazione tra competenze e qualità personali con un atteggiamento collaborativo, tra infermiere e ospite, tra infermiere e equipe e tra infermiere e contesto sociale. Le difficoltà di esprime il proprio ruolo e gestire il rapporto con l'ospite, nelle strutture territoriali, sono molteplici, perché instaurando un "clima familiare" possono nascere spesso conflitti, incomprensioni e fraintendimenti ed è per questo che nel suo ruolo sono ricomprese anche le competenze di negoziazione, di leadership e di empatia. Lavorando "con" e non "per", l'infermiere nell'assistenza territoriale psichiatrica, arriverà ad un risultato il più soddisfacente possibile, sia per se stesso da un punto di vista personale-professionale, sia per l'ospite, per coinvolgerlo nelle attività, essere un punto di riferimento, creare un clima familiare di convivenza nel rispetto delle diversità dei ruoli.

7) BIBLIOGRAFIA – SITOGRAFIA

- Ekkehard Othmer & Sieglinde Othmer. L'intervista clinica con il DSM-IV. Raffaello Cortina Editore. Milano,1999.
- Margaret Hough. Abilità di counseling. Erickson. Trento,2006.
- Cinzia Bressi & Giordano Invernizzi .Psichiatria Clinica, applicazioni in medicina generale.McGrawHill, Milano 2008.
- Daniel Goleman. Intelligenza emotiva BUR 1999.
- Marianella Sclavi. Arte di ascoltare e mondi possibili: come si esce dalle cornici di cui siamo parte, Pescara, Le vespe, 2000.
- Vincenzo Raucci & Giovanni Spaccapeli. Fondamenti di infermieristica in salute mentale. Maggioli Editore. Settembre 2013.
- Paola Carozza. La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi. FrancoAngeli Editore. Pubblicazione anno 2003.
- Livia Bicego, Cristina Brandolin, Annamaria Cociani, Adriana Fascì & Nicoletta Semeria. Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura. Maggioli Editore. Pubblicazione anno 2008.
- Paola Carozza. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. FrancoAngeli Editore. 23 Marzo 2016.
- Roberto Tatarelli. Manuale di Psichiatria e Salute Mentale. Piccin Editore. Marzo 2009.
- Angelo Malinconico & Alessandro Prezioso. Comunità terapeutiche per la salute mentale. Editore FrancoAngeli. 2015.
- Raffaele Barone, Simone Bruschetta & Marco D'Alema. L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Editore FrancoAngeli, 2013.
- Paolo Barelli & Elisabetta Spagnoli. Nursing di salute mentale. Carocci Editore. 26 Febbraio 2004.
- Pietro Moro, Luigi Gili, Luciano Gallo & Aldo Coppetti. Cooperative sociali e inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Editore Maggioli. 1 Marzo 2015.
- Nicolas Franck MD & Michel Laforcade. Responding to the needs of the population suffering from severe mental disorders by a multifaceted territorial approach: Reorganization of the French mental health system. Copyright of

Perspectives in Psychiatric Care is the property of Wiley-Blackwell. 7 Gennaio 2018.

- http://www.alphapesaro.org/ - Sito cooperativa sociale Alpha.
- https://www.news-medical.net/health/Mental-Health-Nursing-(Italian).aspx – Professione d'infermiera di salute mentale. Yolanda Smith, B.Pharm. 27 Febbraio 2019.
- https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/mental-health-nurse - Written by AGCAS editors. March 2020.
- https://www.nursetimes.org/linfermiere-esperto-psichiatria-uno-stigma-cambiare/32331 - Anna Arnone. L'infermiere esperto in psichiatria: uno stigma da cambiare. Editore Nurse Times. 24 Maggio 2017.
- https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-in-salute-mentale.html - Rosario Scotto Di Vetta. Infermiere in Salute Mentale, fascino e complessità. Editore Nurse24.
- http://www.paolobarelli.eu/lezioni/diapositive/Storia%20e%20Ruolo.pdf – Dr. Paolo Barelli. Storia e ruolo dell'infermiere nelnursing di salute mentale.
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=ret – Daniela Sordi. La rete dei servizi per la salute mentale. I temi di questa sezione sono a cura di: Direzione generale della prevenzione sanitaria. 3 novembre 2006, ultimo aggiornamento 1 ottobre 2020.
- https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2017/01/competenze-specialistiche-in-psichiatria-lesperienza-dellaAusl-di-Bologna.pdf - Dott. Andrea Gargiulo, Dott.ssa Annalisa Pazzaglia, Dott.ssa Silvia Agostini, Dott.ssa Teresa Piscinnè, Dott.ssa Lauredana Argondizzo, Dott.ssa Cecilia Girone. Competenze infermieristiche specialistiche in Psichiatria. L'esperienza della Ausl di Bologna. 1 Gennaio2017.
- https://info.comune.triggiano.ba.it/informagiovani/allegati/le_cooperative_sociali.pdf - Dott. Luca Tirelli & Dott. Francesca Bresolin. Le Cooperative sociali: aspetti civilistici e fiscali.
- https://www.milanocooperativa.it/cooperative-sociali-cosa-sono-e-cosa-fanno.php - Milano. Cooperative sociali: cosa sono e cosa fanno?. 10 Novembre 2019.

- https://www.nursetimes.org/empatia-arte-si-puo-imparare/13042 - Alessio Biondino. Empatia, 'arte' che si può imparare. 16 Aprile 2016.
- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf - A CURA DEL COMITATO CENTRALE FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche. 13 Aprile 2019.
- http://www.psychiatryonline.it/node/1270 - Salute mentale e leggi. Fabrizio Asioli. 6 Febbraio 2013.

8) RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la Dott.ssa Beatrice Marchionni e il Dott. Moreno Cameruccio per l'impegno, la competenza e la grande disponibilità dimostrata durante questa tesi.

Un immenso grazie va all'infermiera/tutor Antonella Silvestrini per la presenza costante, l'aiuto e l'enorme pazienza e professionalità offerta in questo periodo.

Ringrazio in modo particolare chi ha permesso la realizzazione di questa tesi, ovvero il Direttore Salvino Pozzi, della cooperativa sociale Alpha e la Struttura Residenziale Pian dell'Abate.

Ringrazio Alberto Cognini, Pietro Antonelli, Matteo Piersantelli e Filippo Caracci il cui aiuto e sostegno durante questo percorso è stato fondamentale.

Un ringraziamento particolare va a Ylenia Cicchetti e Mattia Perelli con cui ho condiviso la maggior parte di questa bellissima esperienza.