



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Percorso riabilitativo del paziente
con sindrome schizofrenica**

Relatore: Chiaris.mo
Prof. Wladimiro Bonifazi

Tesi di Laurea di:
Margherita Colorio

A.A. 2020/2021

SOMMARIO

1) INTRODUZIONE	Pag.2
1.1 schizofrenia: patogenesi ed epidemiologia patologica, segni e sintomi	Pag.3
1.2 percorsi riabilitativi sul territorio terminata la fase acuta in SPDC	Pag.5
1.3 Qualità di vita e bisogni della persona con sindrome schizofrenica	Pag.11
1.4 figura dell'infermiere di salute mentale	Pag.18
1.5 Analisi della letteratura scientifica	Pag.23
2)OBIETTIVO	Pag.26
3) MATERIALI E METODI.	Pag.28
3.1 Piano Assistenziale Individuato	Pag.29
4) RISULTATI	Pag.38
5) DISCUSSIONE	Pag.42
6) CONCLUSIONE	Pag.46
7) BIBLIOGRAFIA- SITOGRAFIA	Pag.48
8) RINGRAZIAMENTI	Pag.53

1) INTRODUZIONE

In questo studio tratterò il percorso riabilitativo della sindrome schizofrenica e il ruolo che l'infermiere di salute mentale svolge all'interno di questo processo. La schizofrenia è una patologia psichiatrica che si manifesta con: sintomatologia psicotica, deficit cognitivi e comportamenti disorganizzativi. L'indice d'incidenza è di 15 casi su 100.000 abitanti (Alkomiet Hasan et al.,2020), l'elevata prevalenza, cronicità e sintomatologia disabilitante ha fatto emergere la necessità da parte del SSN di organizzare e attuare linee guida, protocolli e percorsi sanitari che prevengano e proteggano la salute mentale lungo tutto il corso della vita e in particolar modo verso i gruppi "svantaggiati" di persone con gravi problematiche di tipo sociale ed economico. Questo principio viene enunciato all'interno "dell'Obiettivo 6" del programma Health21, il quale sottolinea l'importanza "di servizi che sostengano le persone ad affrontare le situazioni ed eventi stressanti, il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, che garantiscano produttività e indipendenza del singolo". Dopo aver trattato brevemente l'eziopatogenesi, analizzerò l'organizzazione del Distretto di Salute Mentale all'interno del nostro Sistema Sanitario Nazionale e i percorsi di cura dalla fase acuta a quella riabilitativa. Analizzerò la figura dell'infermiere di salute mentale, le sue funzioni, responsabilità e gli interventi svolti all'interno del percorso riabilitativo e la presa in carico della persona e famiglia. Mostrerò le caratteristiche disabilitanti della patologia: la bassa qualità di vita, il tasso di disoccupazione elevato, la ridotta autonomia funzionale e gestionale e lo stigma sociale, ancora molto presente e che condiziona la riuscita del percorso riabilitativo e vita del nucleo familiare. Il percorso terapeutico-riabilitativo ha inizio all'interno delle strutture del DSM e continua attraverso l'erogazione di un'assistenza domiciliare al paziente e familiari. L'erogazione di assistenza avviene attraverso la stipulazione del Piano Assistenziale Individuale da parte dell'infermiere insieme all'assistito e famiglia, viene organizzato sulla base di due principi fondamentali: la massima personalizzazione delle cure e l'erogazione di un'assistenza olistica. L'obiettivo finale è ripristinare "l'empowerment" dell'assistito, migliorare la gestione della sintomatologia e reintegrare l'individuo nella comunità. Il piano riabilitativo richiede l'attivazione di un'equipe multiprofessionale e di servizi sociali, l'integrazione degli interventi sanitari con attività

lavorative, ludiche di comunità, di gruppo e individuali garantiscono un recupero della persona efficace ed efficiente. Nell'assistenza domiciliare il protagonista è l'infermiere di famiglia, il quale opera in un contesto domestico a stretto contatto con assistito, familiari e caregiver, condividendo la quotidianità della persona monitora gli effetti del PT sulla vita dell'assistito e ne valuta i progressi. L' infermiere svolge funzione di educatore, informatore, collaboratore e attivatore nel recupero del benessere bio-psico e fisico della persona.

1.1 Schizofrenia: etimologia patologica, eziopatogenesi, segni e sintomi:

Il termine "schizofrenia" venne introdotto agli inizi degli anni Novecento a indicare una patologia psichiatrica. Dall'etimologia "schizein": scissione e "phrein": mente; fu coniata dallo psichiatra Eugen Bleuler successivamente alla definizione di "dementia praecox" concettualizzata da Emil Kraepelin. Bleuler nel corso dei suoi studi apportò modifiche alla circoscrizione nosografica della "dementia praecox" di Kreplin, espressa come, patologia ad esito simil demenziale, spostando l'attenzione dal disturbo dell'intelligenza al disturbo del pensiero (Ahbishekn Hulegar A. et al., 2012). Oggigiorno la Schizofrenia è conosciuta come sindrome comportamentale e cognitiva complessa, a carattere cronico e degenerativo, è caratterizzata da sintomi psicotici che si manifestano nel periodo precedente all'esordio patologico iniziale. E' fondamentale agire tempestivamente nell'erogazione del trattamento terapeutico-riabilitativo per la caratteristica disabilitante della sintomatologia nella funzionalità autogestionale, relazionale, sociale, lavorativa e cognitiva della persona. Questo disturbo ha esordio precoce, l'età media è tra i 15 e 35 anni, con il ¾ dei casi tra i 17 e 25 anni, ha una prevalenza del 40% negli uomini rispetto alle donne (Andreas Carlborg et al.,2014). L'eziopatogenesi della SCHZ sottolinea la sua profonda eterogeneità, come viene riportato nell'articolo del Prof. Micheal J Owen del 2012, i fattori che possono influire, sono:

-Fattori socioeconomici/ ambientali: si riscontra una maggior frequenza nelle classi sociali più disagiate, una stima che va dal 2.29 al 60% degli "homeless" manifestano un disturbo schizofrenico (Getinet A. et al., 2019). L'incidenza è dimostrata quadruplichi in caso di persone immigrate che hanno subito un forte stress ambientale e in città urbane in via di sviluppo o urbanizzate.

-Fattori genetici: la maggior parte degli SCHZ ha un'anamnesi familiare positiva a disturbo schizoide, schizotipico, delirante o disturbo psicotico breve. La percentuale che questo disturbo si manifesti è circa del 15%, con parenti di primo grado affetti da SCHZ, rispetto al 3% se parenti di secondo grado.

- anomalie anatomiche a livello del SNC: si sono riscontrate nei pazienti con sindrome schizofrenica alla risonanza magnetica dilatazioni a livello dei ventricoli laterali, con conseguente riduzione del volume del lobo temporale e riduzione volumetrica di amigdala e ippocampo e atrofia corticale con allargamento dei solchi corticali.

-alterazioni biochimiche: alterazioni a livello neurotrasmettitoriali della dopamina che contribuisce alla genesi di sintomi psicotici, conseguentemente all'eccessiva attività delle sinapsi dopaminergiche.

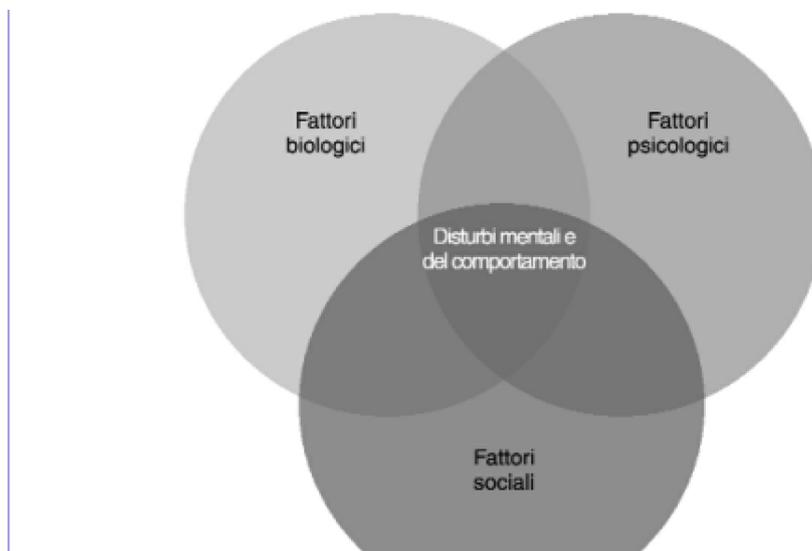


Figura 1. Interazione dei fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo dei disturbi mentali. Fonte OMS, Dichiarazione 2001, pp. 18.

Come si è dimostrato i fattori che sono alla base della sindrome schizofrenica sono innumerevoli, e proprio a causa di questi si riscontra un altrettante eterogeneità di segni e sintomi caratteristici della patologia. I sintomi sono suddivisi, in positivi e negativi e sono per lo più gravi, persistenti e disabilitanti per la persona.

-Sintomi positivi: troviamo deliri e allucinazioni per lo più uditive. Sono sintomi psicotici dove la persona perde completamente ogni contatto con la realtà. Sono definiti "positivi" poiché possono recidivare e regredire e solitamente richiedono un periodo di ospedalizzazione nella fase acuta della loro manifestazione.

- i deliri, sono credenze erranee che nonostante prove contraddittorie vengono mantenute come vere dalla persona e possono essere di:

-persecuzione: la persona ha la convinzione di essere spiata, imbrogliata e tormentata

- riferimento: crede che pezzi di libri, canzoni o film siano diretti a loro, manifestano manie di grandezza, hanno la convinzione di avere poteri speciali.

- furto: hanno la percezione che i loro pensieri vengano letti e usati dalle altre persone per essere manipolati e controllati.

- sintomi negativi: sono per lo più di carattere cognitivo- affettivo tendono a cronicizzare e ad essere particolarmente disabilitati per la persona.

I deficit a carattere affettivo comprendono:

-appiattimento affettivo,

-gestualità ed espressività impoverita

-anedonia perdita di interesse nello svolgimento delle attività quotidiane e aumento di attività afinalistiche,

- asocialità, disinteresse nell'intrattenimento di relazioni sociali,

I deficit cognitivi sono esiti di processi patologiche che alterano principalmente:

- la memoria, dimostrano difficoltà nel mantenere l'attenzione svolgere diverse mansioni

-velocità nell'elaborazione pensiero

- capacità risolutiva di problemi

-comprensione delle interazioni sociali,

Questi hanno un forte impatto sulla capacità di affrontare le attività quotidiane in autonomia, mantenere relazioni interpersonali, svolgere un lavoro, ottenere un'istruzione o una vita familiare, la capacità di giudizio e la cura di sé. Per questo motivo la sintomatologia cognitivo-comportamentale viene considerata uno dei determinanti maggiori dell'invalidità complessiva della persona, la quale porta l'individuo alla manifestazione di comportamenti ritenuti non socialmente accettabili.

1.2 Percorsi riabilitativi sul territorio regredita la fase acuta in SPDC:

Analizzando i dati riportati dal Sistema Informativo per la Salute Mentale del 2019, i costi diretti e indiretti delle malattie mentali si situano al terzo posto dopo quelle cardiovascolari e neoplastiche. La schizofrenia è tra i disturbi psichiatrici quella più

costosa, a causa del suo esordio precoce, esito cronico e necessità di strutture residenziali territoriali nel 25% dei casi. Tra i costi diretti ci sono: le spese per la terapia farmacologica, l'ospedalizzazione nelle SPDC, l'assistenza ambulatoriale e la residenzialità nelle strutture riabilitative. La perdita di produttività causata dalla disoccupazione rappresenta circa 1/3 dei costi totali impattando notevolmente sulle spese della società; infatti, solo una piccola percentuale delle persone con diagnosi di disturbo schizofrenico sono impegnati in un'attività lavorativa. Il rapporto SISM riporta che gli utenti psichiatrici assistiti in quell'anno ammontano a 826.465 unità (mancano i dati della P.A. di Bolzano), tra cui 314.120 unità rappresentano i primi contatti durante l'anno con il centro di salute mentale.

Le prestazioni assistenziali erogate dei servizi territoriali ammontano a 10.944.849, complessivamente il 75,8% degli interventi vengono erogati in ospedale, il restante 8,6% a domicilio e in sedi esterne.

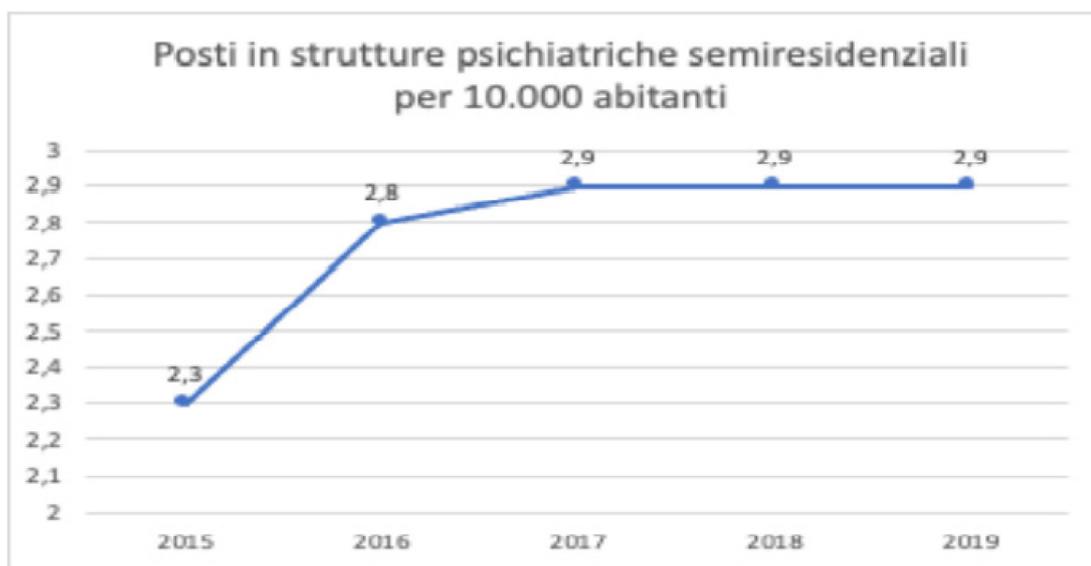


Tabella 1: Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti. Fonte SISM 2019.

-Le strutture riabilitative:

Nel 2019 sono stati rilevate un totale di 2.233 strutture residenziali e 871 strutture semiresidenziali (SISM, 2019). Per quanto riguarda ASUR Regione Marche nell'anagrafica dei DSM sono rappresentati i cinque distretti, uno per ogni Area Vasta

(Area Vasta 1 Pesaro, Area Vasta 2 Ancona, Area Vasta 3 Macerata, Area Vasta 4 Fermo, Area Vasta 5 Ascoli Piceno)

REGIONE	Maschio	Femmina	Totale
PIEMONTE	143,3	167,8	156,0
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	166,3	187,2	177,1
PA BOLZANO			
PA TRENTO	166,9	195,8	181,8
VENETO	137,1	160,9	149,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	134,8	159,5	147,7
LIGURIA	150,3	163,2	157,1
EMILIA ROMAGNA	190,4	230,9	211,5
TOSCANA	104,1	125,1	115,1
UMBRIA	145,5	186,7	167,2
MARCHE	82,7	94,3	88,7
LAZIO	115,3	130,4	123,2
ABRUZZO	147,7	152,1	150,0
MOLISE	191,0	179,8	185,2
CAMPANIA	147,1	129,7	138,0
PUGLIA	168,6	158,2	163,2
BASILICATA	111,8	116,0	114,0
CALABRIA	230,9	252,5	242,0
SICILIA	194,2	181,9	187,9
SARDEGNA	84,9	102,7	94,1
ITALIA	151,9	165,0	158,7

Tabella 2: Utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche- tassi standardizzati per 100.000 abitanti. Fonte SISM- anno 2019

In Italia l'organizzazione della rete dei servizi per la salute mentale è così strutturata:

- Dipartimento Salute Mentale (DSM): è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL)

A sua volta il DSM si articola in:

- Centri di Salute Mentale (CSM), coordina tutti gli interventi di prevenzione, riabilitazione e cura per patologie psichiatriche sul territorio.
- Servizi Semiresidenziali o Centri Diurni (CD), è una struttura semiresidenziale che può essere gestito dal DSM, privato sociale e imprenditoriale, con funzioni terapeutico riabilitative
- Servizi Residenziali (SR), suddivisi in residenze terapeutico-riabilitative e socioriabilitative.

- Servizi Ospedalieri: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), si occupa del trattamento della malattia nella fase acuta, il trattamento può essere volontario o obbligatorio. Day Hospital (DH) esercita prestazioni sanitarie terapeutico-riabilitative a breve e medio termine e prestazioni diagnostiche

Il paziente SCHZ ricoverato presso SPCD una volta che la fase acuta sarà regredita e stabilito il piano terapeutico, si attiverà un percorso terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo sul territorio. In percentuale circa il 30% delle attività assistenziali infermieristiche vengono erogate sul territorio, con un 14 % impegnato in interventi di riabilitazione e risocializzazione nel territorio (SISM, 2019). Questa fase avviene sia all'interno del DSM nelle SR che al domicilio, le strutture residenziali o semiresidenziali sono ambienti extra-ospedalieri, dove i cittadini con un disagio psichiatrico sono inviati dal CSM una volta concordato il programma terapeutico individualizzato.

All'interno del documento del Ministero della Salute viene riportato l'assetto organizzativo delle SR.

L'equipe che opera al suo interno è multiprofessionale, gli operatori prevalenti sono rappresentati da medici ed infermieri oltre alle altre figure come: terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari. L'intensità di assistenza sanitaria varia a seconda del tipo di struttura riabilitativa e bisogni di salute.

La SR può esercitare trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) o estensivo (SRP2), la differenza risiede oltre che verso il tipo di attività assistenziali, anche dalla gravità e aspetto sintomatologico e degenerativo della patologia. Oppure vengono attuati interventi socioriabilitativi a differenti livelli di intensità assistenziale, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore o per fasce orarie (SRP3).

-Programmi riabilitativi:

Come riportato nell'“Accordo conferenza Unificata 17 Ottobre 2013 “dal Ministero della Salute, i criteri per poter classificare un programma riabilitativo in tipologia ad alta, bassa, media intensità o di post acuzie sono correlati a:

1. numerosità e intensità degli interventi complessivamente erogati.
2. il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc)
3. la numerosità e intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Le attività terapeutico riabilitative interessano principalmente la sfera della cura di sé e ambiente, quindi il coinvolgimento nelle mansioni di vita quotidiana, oltre a interventi che favoriscano la risocializzazione, quindi la partecipazione ad attività comunitarie, ludiche, ricreative in sede o fuori sede. In alcuni casi le attività assistenziali sono mirate verso una determinata sfera disfunzionale, come ad esempio: le funzioni cognitive, attività psicoeducative e psicoterapeutiche individuali o di gruppo, la partecipazione ad attività lavorative e l'inserimento in programmi di avviamento al lavoro sul territorio. Ed infine svolgono attività di monitoraggio, valutazione clinico- diagnostica, di somministrazione di terapia e colloqui con i familiari.

-SRP 1 Strutture Residenziali Psichiatriche Riabilitative a carattere intensivo:

In questo tipo di strutture viene erogata un'assistenza ad alta intensità, in quanto le persone assistite hanno gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale; con livelli di autonomia scarsi e frequenti ricoveri nelle SPDC e per questo motivo necessitano di un ambiente protetto e idoneo che favorisca i processi di recupero. L'assistenza viene erogata nelle 24 ore da personale medico che si occupa della fase clinica terapeutica, infermieristico nell'erogazione di assistenza sanitaria, educatori e terapisti della riabilitazione con attività educativo- riabilitative. In questo tipo di struttura le azioni svolte si incentrano sul ripristino delle funzioni compromesse rispetto ad attività di risocializzazione.

Le aree di interesse sono quella:

- psichiatrica e psicologica, il quale compito è quello di raggiungere una situazione di stabilizzazione attraverso un monitoraggio continuo delle condizioni psicopatologiche. Vengono effettuati con regolarità colloqui con lo psichiatra/ psicologo- a sia con l'assistito che con i familiari, e interventi di carattere psicoterapeutico
- riabilitativa: si concentra sul recupero delle funzioni sociali e al reinserimento del paziente nel contesto sociale di origine. Con il coinvolgimento diretto della persona nella gestione delle mansioni quotidiane
- risocializzazione: vengono svolti per lo più lavori di gruppo a carattere ludico o motorio che favoriscano l'interazione interpersonale. Durante queste attività è importante il coinvolgimento della famiglia e dei servizi sociali che permettano continuità assistenziale una volta dimessi dalle SR.

- di coordinamento: vengono svolti colloqui con il personale del CSM settimanalmente. Dove vengono monitorati i progressi e bisogni della persona e organizzato il piano terapeutico che si attiverà al momento della dimissione. La durata del ricovero non può superare i 18 mesi, se non su richiesta da parte del CSM.

-SRP 2 Strutture Residenziali Psichiatriche a carattere estensivo:

Per la persona con sindrome schizofrenica relazionarsi con altri, gestirsi autonomamente, controllare le finanze e ruoli sociale risulta complicato per questo motivo in questo tipo di strutture vengono svolti interventi mirati al recupero di funzioni compromesse di gravità moderata ancora persistenti e invalidanti. Essendo una SR estensiva le attività sono incentrate sulla risocializzazione con azioni assistenziali di media intensità. Al fine di garantire una corretta risocializzazione è fondamentale la collaborazione con le reti sociali del territorio e lo svolgimento di attività di gruppo o individuali di tipo ludico e di lavoro che possano accelerare il processo di recupero della persona.

La durata massima di ricovero non può superare i 36 mesi, ma anche in questo caso se necessario con l'intervento diretto del CSM questo limite può essere prolungato.

SPR 3, Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi:

Sono luoghi protetti dove è garantita l'assistenza a tutte quelle persone la cui gestione in un ambiente familiare è compromessa. Vengono erogati interventi di bassa intensità riabilitativa, ma volti maggiormente all'educazione della cura del sé e dell'ambiente circostante. Possono anche essere a strutture ad assistenza giornaliera, in questo caso i pazienti sono clinicamente stabilizzati ma necessitano di una riabilitazione di mantenimento. In queste strutture il coinvolgimento della persona nella gestione delle faccende quotidiane è minimo è richiesto invece un supporto continuo e attivo da parte del personale sanitario, il quale svolge le funzioni per conto dell'assistito. Invece nelle azioni di risocializzazione è richiesto un intervento diretto alla persona.

Oppure strutture ad assistenza nelle 12 ore o per fasce orarie a seconda delle esigenze dell'assistito, vengono praticati interventi di supervisione e controllo nella gestione delle attività di vita quotidiana, dove la persona gestisce in maniera autonoma o semiautonoma ma in ogni caso partecipa attivamente nello svolgimento di tali doveri.

Regione	Prestazioni erogate	Prestazioni per utente
PIEMONTE	718.124	12,2
VALLE D'AOSTA	19.036	12,4
LOMBARDIA	1.844.133	13,1
PA BOLZANO		
PA TRENTO	108.394	13,6
VENETO	709.644	12,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	768.805	50,9
LIGURIA	389.194	16,6
EMILIA ROMAGNA	1.856.433	24,2
TOSCANA	981.420	24,2
UMBRIA	135.922	10,9
MARCHE	309.454	23,1
LAZIO	656.041	11,4
ABRUZZO	97.915	6,0
MOLISE	31.187	6,4
CAMPANIA	471.897	7,3
PUGLIA	630.236	11,7
BASILICATA	69.574	10,8
CALABRIA	389.207	10,5
SICILIA	709.900	9,7
SARDEGNA	142.976	10,3
ITALIA	11.039.492	14,2

1.3 Qualità di vita e bisogni della persona con sindrome schizofrenica:

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità di vita come: “La percezione che gli individui hanno della propria collocazione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono, rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Si tratta di un concetto molto ampio che comprende, in modo complesso, lo stato di salute fisico psicologico di ogni singolo individuo, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e il rapporto con le caratteristiche salienti dell'ambiente “.

La valutazione della Qualità di vita è fondamentale per l'infermiere, la ricerca dei bisogni di salute attuali e futuri e gli obiettivi che la persona vuole raggiungere, sono utili all'organizzazione di un piano terapeutico individualizzato che risponda alle necessità del singolo e migliori lo stile di vita.

Per far ciò è essenziale differenziare il concetto di QdV soggettiva da quella oggettiva, nella prima è il singolo individuo che autovaluta il proprio vissuto e il grado di soddisfazione, a differenza della seconda dove la valutazione si ha mediante strumenti oggettivi scelti e ritenuti validi da persone esterne. Tutto ciò risulta ancora più complesso nel disturbo SCHZ in quanto, la persona è incapace per la situazione patologica di adattarsi/ partecipare alla vita sociale, rispettare le buone norme e di rivestire un ruolo socialmente riconosciuto al suo interno. Alla luce di ciò appare più efficace per l'infermiere dover valutare la QdV non mediante il livello di soddisfazione personale, ma bensì attraverso indicatori di salute, quali ad esempio:

lo stato occupazionale, il funzionamento nella vita reale e le relazioni personali (Jenille M. Narvaez et al., 2008).

Difatti la valutazione del funzionamento nel mondo reale della persona schizofrenica risulta un parametro fondamentale all'interno del piano riabilitativo-terapeutico, per poter stabilire lo stato clinico della malattia. Per poter far ciò è importante saper riconoscere la differenza tra ciò che una persona è in grado di fare (competenza) e ciò che effettivamente compie (performance). La prima fa riferimento alla capacità del singolo, mentre la seconda al funzionamento di esso nel mondo reale. Tra le due la seconda è quella più influenzabile da fattori esterni, quali: l'ambiente, offerta di lavoro, sostegno sociale e stigma, oltre che da quelli interni, come: la capacità neurocognitiva, sintomi negativi e positivi.

Uno studio riportato dal Network Italiano per "La Ricerca sulla Psicosi" ha analizzato su un campione di 921 pazienti affetti da sindrome schizofrenica, le variabili che più incidono sul funzionamento nella vita reale.

Tra queste ritroviamo i sintomi negativi, i quali rispetto a quelli positivi sono maggiormente disabilitanti per la persona e incidono sulla scarsa QdV. Tuttavia, i vari studi hanno evidenziato come nonostante l'adesione ed efficacia del piano terapeutico e farmacologico nella gestione e regressione della sintomatologia, non determini un aumento della QdV soggettiva del singolo. Questo sembra dipendere principalmente da sintomi depressivi, molto frequenti in questo tipo di pazienti e che influiscono sull'autovalutazione del funzionamento della persona, interferendo con la motivazione e la volontà organizzativa delle attività di vita quotidiana. Proprio per l'elevata disabilità che questa patologia comporta alla persona, questa molte volte è costretta a dover

abbandonare i propri desideri o sogni, come il completamento di un percorso formativo/ educativo, l'ottenimento di un lavoro o di una relazione amorosa. Tutto ciò aumenta il grado di insoddisfazione e la percentuale di abbandono al percorso terapeutico/ riabilitativo, in quanto ritiene che la condizione clinica non possa migliorare. Altre variabili che influiscono sul processo riabilitativo e di reintegrazione sono il contesto sociale: le opportunità di lavoro o di alloggio, la capacità di entrare in contatto con i servizi sul territorio e lo stigma

-STIGMA:

la schizofrenia risulta essere una delle patologie mentali più stigmatizzate a causa sia della mancanza programmi educativi e informativi per la comunità in merito a questa malattia, che per gli effetti che i sintomi hanno sulla qualità di vita del singolo. Ciò comporta discriminazione sociale e l'esclusione, Goffman definisce lo stigma come "discredito sociale permanente" (Goffman E. et al., 1963) ed è una condizione disabilitante che grava sia sulla persona che sulla famiglia.

Lo stigma è distinto in:

1) stigma sociale: è una condizione di "etichettamento" perenne per la persona affetta da disturbi mentali da parte della comunità. Con l'istituzione dei manicomi queste persone venivano considerate "aggressive, pericolose a da temere" e per questo motivo venivano allontanarle dalla comunità. Gli effetti che lo stigma ha sulla persona è una bassa autostima e una scarsa aderenza al piano terapeutico-riabilitativo, interferendo così con i servizi psichiatrici e in molti casi l'abbandono del percorso riabilitativo. Infatti, è noto come lo stigma promuova la percezione del trattamento come incapacità e debolezza e per questo motivo molte persone ritardano il primo contatto con il DSM o non aderiscono al trattamento per paura di stigmatizzazione da parte della società.

2) auto-stigma: è il pregiudizio che la persona prova verso sé stessa, la svalutazione, vergogna, sensazione di incapacità che l'individuo interiorizza dalle convinzioni altrui. Questo gioca un ruolo influente sulla bassa QdV, è una situazione disabilitante che coinvolge la dimensione del concetto di sé. La persona di fronte alla propria disabilità si sente incapace di raggiungere gli obiettivi prefissati, studi hanno dimostrato come lo stigma della malattia mentale influenzi sull'interazione della persona in società, questa

reagisce isolandosi, riducendo i rapporti con amici, familiari (I- Chen TANG & Hui-Ching Wu, 2012).

L'auto-stigma compromette non solo la qualità di vita ma anche l'empowerment della persona, definito da Harp (1994) come "la libertà di scelta, indipendenza e auto-determinazione". Conoscere se stessi abbastanza bene da permettere di prendere decisioni, raggiungere obiettivi senza l'aiuto degli altri, i benefici dell'empowerment nelle persone con disabilità mentali sono un miglioramento dell'autostima e ottimizzazione dello stile di vita (Kuei-Ru Chou et al., 2012).

Il suicidio è la causa di morte prematura più frequente al mondo, 1 milione di persone muoio di suicidio all'anno, è più del 90% è dimostrato abbiano diagnosi di disordini psichiatrici (Andreas Carlborg et al., 2014). Eugen Bleuler nel 1911 definì il suicidio, "il sintomo più serio della schizofrenia" (Andreas Carlborg et al., 2014, pp 1154). La morte prematura attribuita a circostanze innaturali, quali il suicidio, riduce di circa 10 anni l'aspettativa di vita (Carol Tamminga et al, Manuale MSD, 2020). I fattori predittivi sono: il sesso maschile, l'abuso di sostanze stupefacenti, precedenti episodi di tentato suicidio e peggioramento clinico rapido (Andreas Carlborg et al., 2014, p 1154). Oltre a questi partecipano altri fattori, quali: la paura di disintegrazione mentale, l'irrequietezza, agitazione, la non adesione al piano terapeutico riabilitativo. E' evidenziato come il tasso di suicidio sia nettamente maggiore nel periodo antecedente gli 8/12 mesi dalla prima diagnosi e durante i primi 10 anni di follow-up e come la non assunzione degli antipsicotici influisca nettamente su ciò (Frédéric Limosin et al., 2007). Tra le malattie mentali la SCHZ è quella con un'incidenza maggiore, per questo motivo la valutazione e gestione del rischio restano competenze fondamentali in psichiatria clinica per l'attuazione di un piano preventivo. La "Raccomandazione n 4", del 2008 sulla "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" ha rilevato i fattori di rischio da dover valutare in ambiente nosocomiale ed extranosocomiale al fine di adottare in tempo strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio. L'anamnesi globale della persona è principale, quindi non solo quella personale funzionale ma anche l'anamnesi familiare e la ricostruzione storica della vita del paziente. L'analisi del contesto socioculturale, la valutazione della condizione clinica, la compliance del paziente alla terapia e malattia e la presenza di abitudini e stili di vita scorretti (fumo, alcolismo, abuso di sostanze), sono anch'essi fattori di rischio che l'infermiere deve valutare durante i colloqui al fine di

attuare interventi di prevenzione al suicidio, inoltre bisogna effettuare anche un accertamento delle condizioni neurologiche, capacità di ragionamento, percezione della malattia, i suoi bisogni e paure.

-RUOLI E RELAZIONI: LAVORO E VITA AFFETTIVA:

Al fine di garantire un corretto reinserimento in società è necessario rilevare obiettivi a breve termine e risultati a lungo termine. I risultati principali per una persona schizofrenica sono: il raggiungimento di traguardi nella vita, sentirsi al sicuro, migliorare la salute psico-fisica, ottenere una visione positiva del sé, svolgere un ruolo socialmente utile e ottenere un riconoscimento all'interno della comunità. L'accesso ad un lavoro, come fonte d'indipendenza è fondamentale, il tasso di occupazione delle persone con disturbi mentali resta molto basso, queste stime sono ancora più inferiori per le persone affette da schz, con una percentuale < 20% (Minna Holm et al., 2020). Questa percentuale bassa dipende dai gravi e persistenti danni neuro-cognitivi e dalla mancanza o insufficienza di programmi di integrazione protetti sul territorio per la cronicità, per questo motivo diventa essenziale la cooperazione delle strutture del DSM con la rete di servizi territoriali, al fine di garantire una presa in carico della persona ottimale e un follow up continuo. Come già visto nel piano organizzativo delle SR il contatto con le attività sociali migliora notevolmente la riabilitazione e permette un'adeguata reintegrazione in società.

Infatti, è dimostrato come un miglior tasso di occupazione diminuisca i sintomi depressivi e migliori il livello di soddisfazione e QdV dell'individuo (Minna Holm et al., 2020). Al fine di assicurare un'adeguata collocazione lavorativa la valutazione dei deficit cognitivi e abilità cognitive è fondamentale per un approccio inclusivo, in quanto lo stato clinico della malattia influenza molto sulla capacità lavorativa.

Da un punto di vista di sostegno all'occupazione il modello IPS (collocamento individuale e sostegno) è stato utilizzato come nuovo approccio all'inclusione delle persone con gravi malattie mentali nel mondo lavorativo. L'utilizzo del modello IPS permette un accesso più rapido all'occupazione competente, al suo mantenimento nel tempo e ad un costo complessivo inferiore per i sistemi di protezione sociale. Questi programmi di supporto all'occupazione sono incentrati sulla domanda e offerta; quindi, su ciò che la persona chiede alla comunità e ciò che il mercato può mettere realmente a

disposizione (Isabelle Chéreau et al., 2021). Questi servizi vengono resi sia all'interno del CSM che nei piani riabilitativi.

L'emancipazione lavorativa ha un forte valore nel processo di ricostruzione del concetto di sé, è ormai evidente come questa patologia costringa l'individuo all'isolamento, peggiorando così il decorso clinico e ritardi nel recupero. Il senso di appartenenza è uno dei concetti cardine nel percorso terapeutico-riabilitativo, la percezione di salute, il senso di sé, coping e ruoli e relazioni sono le sfere maggiormente colpite da questa patologia. Una comunità è riconosciuta come tale quando ci sono dei principi, bisogni e priorità condivisi e accettati da tutti. La maggior parte delle volte il paziente con sindrome schizofrenica non è in grado di riconoscere o comprendere questi principi, esercitando così comportamenti che vengono ritenuti dalla comunità come inadeguati. Al fine di ottenere un buon recupero bisogna identificare quali siano i bisogni della persona, in relazione al proprio contesto socio-ambientale, come affermò il filosofo Aristotele nel IV Secolo A.C. "L'uomo è un animale sociale" e come tale ha bisogno di far parte di una comunità. Il senso di appartenenza e la speranza è dimostrato che incoraggi l'adesione al trattamento e prevenga possibili ricadute. Attraverso un questionario diretto a pazienti della Community Mental Health Centre (CMHC), è stato chiesto "quali possono essere i metodi per aumentare la speranza", "se si può guarire dalla schizofrenia", e "l'importanza che la speranza ha nelle loro vite". Dalle risposte emerge la necessità di sperare nel miglioramento delle condizioni cliniche e della QdV, al fine di ciò viene ribadito come la continuità di percorsi educativi, l'ottenimento di attestati di formazione e la presenza di un lavoro migliorino la percezione del sé e benessere della persona (Işıl Işık PhD & Gül Ergün PhD, 2019). Anche l'appartenenza ad un gruppo è fondamentale, per questo motivo sin nelle SR si devono prediligere attività che promuovano la cooperazione, dove la persona possa interagire e comunicare con gli altri.

La famiglia all'interno del processo riabilitativo svolge un ruolo importante di collaborazione e sostegno per l'assistito, infermiere e intera équipe professionale. In un contesto di assistenza continuativa il domicilio è il luogo protagonista dove tutte le azioni sociosanitarie riabilitative avvengono, per questo motivo è essenziale il loro coinvolgimento. La schizofrenia è una grave malattia mentale, la quale ha un forte impatto non solo sulla vita del singolo ma sull'intero nucleo familiare. Questo a sua volta diventa paziente, co-terapista ed aiutante. Il contesto domestico, il rapporto paziente e famiglia,

le condizioni socioculturali e i valori familiari impattano sul recupero funzionale della persona. La famiglia svolge un ruolo importante di “caregiver”, di derivazione anglosassone, è colui che si prende cura, che assiste e supporta il proprio caro, per questo motivo l’infermiere ha bisogno di valutare il grado di partecipazione dei familiari durante tutto il percorso, poiché possono essere fonte di risorsa o rischio al benessere della persona. L’infermiere di famiglia svolge assistenza non solo alla persona ma all’intero gruppo familiare, diversi studi hanno dimostrato come il coinvolgimento del caregiver diminuisca il tasso di recidiva e migliori lo stato funzionale e sociale della persona.

Il focus della terapia è passato dal “curare” il paziente dai sintomi psicotici, all’osservare l’impatto che la “terapia familiare” può avere sulla sintomatologia e resistenza allo stress (Angus M. Strachan, 1986). In questo tipo di terapia, infermiere-paziente e famiglia collaborano in un rapporto di reciproco aiuto, nell’analisi di tutti quei fattori e situazioni che possono generare stress o comportare alla verifica di crisi psicotiche. LeRoy Soaniol et al (1992) sottolinea l’importanza della collaborazione tra caregiver e infermiere nella ricerca dei metodi più adeguati al miglioramento del coping e riportare le eventuali risposte adattive o disadattive che la persona dà in merito agli interventi attuati durante la visita domiciliare.

Infine, la famiglia svolge un compito importante a livello sociale, nell’educazione, informazione e supporto di tutte quelle persone con familiari con gravi problemi mentali. Tra le varie funzioni troviamo quella di “advocacy”, vale a dire che ha lo scopo di proteggere e aiutare il familiare a compiere azioni consapevoli per la salute e di tutelare i propri diritti. La consapevolezza e buona informazione riguardo questa patologia mentale, le complicità che ha sulla vita della persona e famiglia, il ruolo del DSM e della riabilitazione domiciliare, possono ridurre lo stigma sociale e sensibilizzare la comunità riguardo queste tematiche.

1.4 **Figura dell'infermiere di salute mentale:**

“L'infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle professioni Infermieristiche, che agisce il modo consapevole, autonomo e responsabile. E' sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza”

Questa definizione viene fornita dal “Codice Deontologico, Articolo 1”- Valori, in merito la figura dell'infermiere. Il C.D. è un insieme di norme e di principi etici che devono essere adottati da tutti i professionisti iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (O.P.I.), sancisce un accordo con la società, orienta i comportamenti e le azioni degli infermieri basandosi sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e sulla Costituzione Italiana.

Grazie a ciò l'infermiere viene riconosciuto come “professionista” oltre che persona e come tale ha il compito di “agire per il bene dell'individuo, famiglia e collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.” (Art. 2- Valori, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019)

L' infermiere esercita e collabora con gli altri professionisti coinvolti nel processo assistenziale, stabilisce un rapporto di cura con l'assistito e caregiver, valuta, decide, attua interventi e attiva tutte le risorse della persona e caregiver disponibili. Ha il dovere di informare, coinvolgere, educare e supportare l'assistito e con il suo consenso di rendere partecipe la famiglia, al fine di favorire l'adesione al percorso di cura (Profilo Professionale dell'Infermiere: DM 739/94).

L'assistenza infermieristica pone le fondamenta sull'istaurazione di un'”alleanza terapeutica” (Samantha Hartley et al., 2019), basata sui principi della fiducia, rispetto, collaborazione, condivisione e ascolto, si prende carico della persona e intero nucleo familiare secondo il modello “olistico”, vale a dire prestando assistenza a 360 gradi.

Durante il colloquio l'infermiere svolge un “ascolto attivo” del vissuto della persona, senza giudicare, ma volto alla comprensione e ad accogliere i sentimenti e bisogni fondamentali dell'assistito. L' empatia dell'infermiere, riguarda principalmente un'”intelligenza empatica”, che gli permette di comprendere e riflettere sui sentimenti

della persona al fine di risolvere problemi o prendere decisioni (Kristin Akejordet & Elisabeth Severissson, 2004). Nonostante ciò, molto spesso viene evitata o temuta, poiché considerata dolosa e che può condurre a situazioni di burnout per l'operatore.

Competenza infermieristica è anche saper comunicare e saper mettere in atto nel pratico le proprie competenze con professionalità, il rapporto infermiere- assistito si basa sulla buona comunicazione, questo è un processo articolato che non si limita alla mera esecuzione di interventi assistenziali, ma ad una serie di azioni volte al prendersi cura totalmente della persona e dell'ambiente che lo circonda (Carla Gatto,2016). La comunicazione non si limita alla parola parlata, ma ad una serie di gesti, espressioni, movimenti che l'infermiere deve essere in grado di cogliere e utilizzare in maniera adeguata, al fine di rafforzare e tutelare l'alleanza terapeutica generando nell'assistito fiducia, partecipazione e adesione al piano terapeutico.

Queste capacità sono centrali nell'assistenza al paziente con disturbi mentali, lo scopo principale dell'infermiere di salute mentale è quello di potenziare la persona in maniera empatica, aumentandone la sua autoconsapevolezza e responsabilità. La difficoltà dell'assistenza al paziente psichiatrico risiede nelle "policontestualità" come viene riferito all'interno dell'articolo Rivista IPASVI di Bologna (N 2 del 2016) " l'infermiere di salute mentale opera all'interno di una cornice dettata da forte variabilità e in ambiti di policontestualità, infatti si trova spesso a supportare più persone diverse tra loro per tipologia di sofferenza, per caratteristiche individuali, per momenti diversi di vita in cui la malattia si presenta e per molteplici ambienti e dinamiche che si evidenziano nella personalizzazione della presa in carico".

In salute mentale "l'alleanza terapeutica" è molto importante poiché favorisce risultati positivi nel processo finale di recupero, e migliora la risposta dell'assistito riguardo l'assistenza continuativa e follow up domiciliare (Samantha Hartley et al., 2019). "L'alleanza" come contratto di cura migliora la percezione che la persona ha di sé stessa, permette alla persona di riconoscersi come persona e non come cliente, migliorando anche le capacità relazionali e gestionali dell'individuo.

Nonostante ciò non sempre risulta facile instaurare un rapporto di alleanza, in quanto agisco molti fattori esterni ed interni che possono interferire con questo processo. Certamente le competenze individuali empatiche, comunicative ed osservazionali sono fondamentali, bisogna anche tenere conto del contesto nel quale si opera e le

problematiche patologiche dell'assistito. La difficoltà può stare nel non saper riconoscere i bisogni reali della persona e di conseguenza non saperli gestire; infatti, la maggior parte delle volte la difficoltà del prestare assistenza risiede nelle capacità intrinseche di traslare le conoscenze teoriche con le abilità pratiche comunicative e gestionali. Questo passaggio non sempre risulta diretto, molte volte l'infermiere deve affrontare situazioni di ostilità e non accettazione da parte della persona, che possono minare il rapporto di cura e la fiducia terapeutica.

Molte volte questo non viene permesso anche dalla presenza di luoghi o di servizi non adeguati al momento del colloquio con l'infermiere e famiglia, che non garantiscano la privacy, la tranquillità e sensazione di protezione all'assistito.

La capacità relazionale nel campo della salute mentale poggia sull'esperienza e la pratica, le tecniche apprese durante il percorso formativo universitario possono risultare insufficienti o poco specifiche e il lavoro molto spesso indefinito. Far fronte ad un paziente psichiatrico, il quale per patologia tende ad isolarsi non è sempre facile, per questo motivo si parla di un'assistenza ad elevata complessità sia per la gestione che per le risorse da dover attivare.

Da ciò ne scaturisce come il rischio di "bruciarsi", dall'inglese "burn-out", è la conseguenza di un esito stressogeno che colpisce principalmente le persone che svolgono professione d'aiuto. Per l'operatore di salute mentale questo fenomeno può essere frequente e viene considerato come un fattore di rischio della professione (Giuseppe Caldarelli, 2016). In psichiatria il coinvolgimento emotivo diretto è inevitabile, per questo motivo l'infermiere deve essere in grado di trovare la giusta distanza in un processo costante di continuo avvicinamento e distanziamento al caso clinico.

Le Linee guida per il master di primo livello "Infermieristica in salute mentale" (IPASVI) ha delineato quelle che sono le funzioni e responsabilità dell'infermiere di salute mentale, queste sono:

- Accogliere la persona assistita e la sua famiglia nei diversi contesti assistenziali,
- Orientare la persona assistita e la sua famiglia all'interno dei servizi,
- Raccogliere l'anamnesi infermieristica e registrarla nella cartella infermieristica,
- Identificare nella persona assistita e nei familiari il tipo e il livello di reazioni alla malattia e al suo trattamento,
- Valutare i segni e sintomi della malattia e monitorarne l'evoluzione nel tempo,

- Formulare un PAI che risponda ai bisogni della persona e famiglia,
- Coinvolgere la persona assistita e le persone ritenute “risorse”,
- Richiedere consulenza ad altri professionisti per affrontare problemi di natura polidisciplinare.

-INFERMIERE DI FAMIGLIA:

Al momento della dimissione dalle strutture del DSM è fondamentale attivare il programma di assistenza continuativa integrata, rivolta ad utenti gravi che risiedono nella propria abitazione, da soli o in famiglia e che necessitano di un’assistenza domiciliare durante le 24 h con appuntamenti settimanali o mensili da parte del personale sanitario necessario. Il protagonista principale è l’infermiere di famiglia, il quale lavora a stretto contatto con: l’infermiere di salute mentale del CSM, medico di famiglia, medico psichiatra, persona, nucleo familiare e caregiver, con la finalità di supportare, aiutare, educare e garantire alla persona il recupero dell’empowerment, prevenire eventuali ricadute e assisterlo durante gli interventi di recupero delle funzionalità danneggiate o andate perse.

E’ responsabile:

- di identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni del singolo e famiglia all’interno del loro contesto culturale- sociale,
- prende decisioni basate su principi etici,
- promuove la salute degli individui, famiglia e collettività,
- mantiene i contatti con pazienti, famiglia e gestisce l’incontro con associazioni e volontari che offrono attività di supporto e di riabilitazione
- svolge prevenzione, monitorando se e quando i pazienti sono a rischio di nuocere se stessi e gli altri,
- lavora da solo o in equipe, coordina e gestisce l’assistenza compresa quella delegata ad altro personale.

La persona con sindrome schizofrenica molto spesso richiede assistenza nell’organizzazione delle faccende quotidiane, gestione della cura del se e ambiente familiare. L’infermiere di famiglia operando in un contesto familiare a stretto contatto con assistito e familiari può conoscere l’ambiente nel quale vivono, i fattori di rischio di eventuali crisi psicotiche, l’adesione al piano terapeutico, ed effetti che questi hanno sulla persona e famiglia. L’obiettivo è quello di contrastare l’isolamento e di favorire percorsi

di integrazione sociale e di autogestione, la collaborazione con la famiglia in un contesto di reciproco aiuto e sostegno, il coinvolgimento delle aggregazioni sociali come: parrocchie, associazioni di volontariato e culturali, che possano reintrodurre l'individuo negli eventi di comunità. È una figura di "ponte" tra il DSM e domicilio che garantisce la massima personalizzazione delle cure ed erogazione di interventi adeguati, al recupero dell'autonomia e che rispondano ai bisogni della persona e caregiver. Operando a stretto contatto con l'intero nucleo familiare le competenze dell'infermiere di famiglia non devono essere solo comunicative ed empatiche, ma anche gestionali, relazionali, multidimensionali e manageriali.

Ambiti di intervento dell'infermiere di Salute mentale-Psichiatria

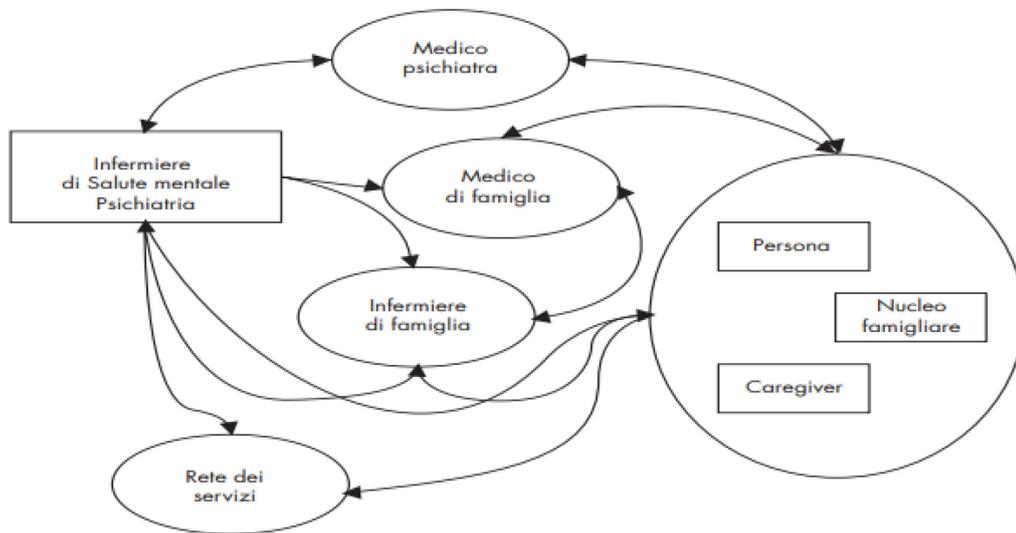


Figura 2. Ambiti di intervento dell'Infermiere di Salute mentale-Psichiatria. Fonte: IPASVI, Linee guida per il master di primo livello.

1.5 Analisi della letteratura scientifica

-Strategia di ricerca e criteri di selezione:

La rassegna dei lavori presi in considerazione è stata svolta selezionando come lingua l'inglese e come intervallo di tempo della pubblicazione dai 5 ai 10 anni, in alcuni casi gli articoli selezionati erano di annate precedenti. Le parole chiave sono state le seguenti:

rehabilitation schizophrenia AND nursing care	Riabilitazione schizofrenica e assistenza infermieristica
Quality of life in schizophrenia	Qualità della vita nella schizofrenia
Role of family in psicosocial rehabilitation	Il ruolo della famiglia nella riabilitazione psicosociale
Stigma , suicide risk in schizophrenia	Stigma, e rischio suicidio in schizofrenia

Tabella 4. Parola chiave di ricerca

-Definizione banche dati e strategie di ricerca:

Come banche dati elettroniche principali sono state utilizzate: PubMed e Google Scholar e CINAHL, oltre alle riviste scientifiche: ScienceDirect e American Psychiatric Association Headlines.

- FILTRI:

- LINGUA INGLESE, ITALIANO

- PRESENZA FULL TEXT

- INTERVALLO DI TEMPO, dal 2010/2015 al 2021

In alcuni casi i risultati non sono stati sufficienti per approfondire lo studio, per questo motivo ho adoperato come sito di ricerca il Ministero della Salute, con campo di ricerca: "Salute Mentale: assistenza, ospedale e territorio, le linee guida riguardanti il percorso di cura per la schizofrenia, l'organizzazione del DSM, la strutturazione delle SR e organizzazione delle attività riabilitative a seconda del tipo di struttura". Ho riportato le funzioni e responsabilità della figura dell'infermiere riportata all'interno del "Codice Deontologico" del 2019. Ricercando gli interventi fondamentali da attuare riguardo la tutela e prevenzione della salute mentale come parte della salute pubblica, ho analizzato il documento dell'OMS del 2001, con come sottotitolo "Mental Health: new understanding and new hope" e il modulo "Health21: Health for all in the 21st century".

-Risultati della ricerca:

durante la ricerca bibliografica scientifica sono stati trovati un totale di 193 articoli pertinenti al quesito clinico, mentre 172 non pertinenti allo studio. 37 articoli scientifici sono stati inclusi e 12 di doppia pubblicazione.

Fonte	Trovati	Non pertinenti	Doppi	Inclusi
PubMed	49	37	3	12
Google Scholar	>100		4	10
CHNL	50	45	1	5
Science Direct	>100		3	3
APAH	94	90	1	4
TOTALE	193	172	12	37

Tabella 5. Schema di selezione lavori

-Articoli di ricerca considerati:

Dalla ricerca bibliografica effettuata per la compilazione di questo studio sono emersi diversi risultati, l'oggetto di interesse è il percorso riabilitativo che la persona con sindrome schizofrenica effettua a partire dal DSM al domicilio e il ruolo che l'infermiere svolge all'interno di questo processo, valutandone gli effetti che l'assistenza continuativa integrata ha sul recupero funzionale e reintegrazione in società della persona. Dall'analisi degli articoli ritrovati nei diversi siti di ricerca e bibliografie narrative è emersa l'importanza dell'attivazione di un piano terapeutico individualizzato precoce, che favorisca la "presa in carico" da parte dell'infermiere di salute mentale e di famiglia durante tutto il percorso terapeutico- riabilitativo. Dalla ricerca sono affiorate quelle che sono le principali complicanze che l'assistito, con questo tipo di diagnosi patologica deve affrontare. Partendo dalla sintomatologia, la quale viene suddivisa in negativa e positiva, per le loro caratteristica altamente disabilitante e condizionante per la persona e qualità di vita, questi sono: allucinazioni uditive, deliri persecutori, difficoltà nell'elaborazione del pensiero complesso, deficit di memoria a breve termine oltre che linguistici e relazionali. Dall'analisi dei dati ottenuti è emerso come il fine ultimo dell'assistenza infermieristica è "ristabilire "l'empowerment della persona", vale a dire assistere l'individuo nel recupero delle capacità autogestionale e decisionale in merito alle azioni riguardanti il proprio stato di salute. Per questo motivo studi retrospettivi hanno voluto osservare gli effetti che l'assistenza continuativa extraospedaliera ha sul recupero della persona e sulla famiglia, il focus assistenziale è concentrato maggiormente sull'assistenza

di quelle che sono le problematiche derivate dalla disfunzione sociale e relazionale del paziente schizofrenico, oltre alla ridotta autonomia ed isolamento sociale. Questi studi hanno evidenziato come l'erogazione di dell'assistenza domiciliare diminuisca il tasso di ricadute di episodi psicotici, di suicidio e migliori notevolmente la capacità del singolo di far fronte alle funzioni quotidiane in maniera autonoma. Al fine di ottenere outcomes positivi a breve e lungo termine è apparsa l'importanza dell'infermiere: nell'educare, informare l'assistito e familiari riguardo i diversi aspetti e complicità della patologia, nel consolidamento di un "patto di salute" basato sulla volontà di reciproco aiuto e rispetto, nell'erogazione di interventi che rispondano ai bisogni di salute della persona, coinvolgendo il nucleo familiare e utilizzando i servizi sociali messi a disposizione dal territorio. L'aderenza al piano terapeutico e accettazione della malattia sono fattori fondamentali nella riuscita del processo terapeutico-riabilitativo, la complessità assistenziale risiede nella ricerca di quelli che sono gli obiettivi adeguati al caso, l'analisi delle risorse della persona e dei problemi di salute, complicità comunicative e gestionali nell'erogazione di un'assistenza domiciliare il coinvolgimento empatico e abilità relazionali personali dell'infermiere. L'ambiente oggetto di studio in tutti gli articoli considerati era il domicilio, dove l'infermiere attua interventi assistenziali e ne valuta le risposte della persona e famiglia. Operando in un contesto "familiare" stabilire un rapporto con la famiglia è di fondamentale importanza, poiché permettono una visione più ampia e dettagliata del caso clinico. Alla luce dei risultati ottenuti, la letteratura e ricerca ci hanno orientato verso la scelta di attuare un percorso di assistenza continuativa integrata per le patologie psichiatriche di carattere cronico e degenerativo, in questo tipo di assistenza le azioni svolte dall'infermiere di famiglia permettono un miglioramento della qualità di vita e recupero dell'empowerment dell'individuo nella gran parte dei casi.

2) OBIETTIVO:

L'obiettivo di questo mio studio è quello di trattare il percorso riabilitativo del paziente con sindrome schizofrenica e il ruolo che l'infermiere riveste all'interno di questo processo. La schizofrenia è ampiamente diffusa tra le patologie mentali e con una sintomatologia altamente disabilitante e di carattere cronico, il rapporto del 2001 del OMS sottolinea come il carico globale della malattia, il quale indica gli anni di salute persi in disabilità o mortalità, per i disturbi mentali sia del 12%, superiore a quello del cancro e malattie cardiovascolari. E' ampiamente diffusa circa 1% della popolazione mondiale ha una diagnosi di disturbo schizofrenico (Carol Tamminga, 2020). Il processo riabilitativo, nel quale l'infermiere di salute mentale e di famiglia adoperano, è garantire il recupero bio-psico-sociale della persona, la reintegrazione all'interno della società.

L'OMS all'interno del suo rapporto del 2001, riconosce l'estensione del fenomeno della "sofferenza mentale" e l'importanza di "farsi portavoce all'interno della comunità per questi disturbi". La speranza sta nell'organizzazione di linee-guida complete e specifiche per disagio psicologico e lo sviluppo di programmi terapeutici efficaci, già esistenti e utilizzati all'interno del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Infatti, è riportato come i percorsi riabilitativi abbiano esito positivo, evidenziando come il 50% dei casi di schizofrenia già in trattamento da un anno non abbiano avuto ricadute (OMS, Rapporto 2001).

Il problema non risiede nella qualità di cura ma nella disponibilità del trattamento, in quanto esistono diversi ostacoli, questi sono stati elencati nel Rapporto del 2001 del OMS e sono:

-di natura tecnico-professionale: mancanza di conoscenze diagnostico-patologiche, ritardo delle diagnosi e del trattamento,

-organizzativa ed economica: nel rapporto viene riportato come solo 1% del budget per la sanità viene adoperato nella salute mentale, mentre il 25% dei paesi non dispone dei 3 farmaci base per il trattamento della schizofrenia nel trattamento della fase acuta. Infine, la carenza di posti letto nelle SPDC, SR e di personale medico e infermieristico all'interno delle strutture del DSM. A Roma, per quanto riguarda i posti letto per acuti, i dati riportano come solo 1 posto letto in ospedale sia riservato ai i disturbi mentali su 100.000 abitanti e 1 solo psichiatra ogni 100.00 abitanti

-ostacoli di natura sociale: lo stigma sociale in merito i disturbi mentali, il tasso di disoccupazione elevato, la scarsa qualità di vita, l'isolamento sociale e l'alta percentuale di suicidio, sono fenomeni sui quali bisogna intervenire, attraverso la prevenzione e l'educazione sanitaria. Sono tutti fattori che incidono sul recupero della persona e che possono intralciare il percorso riabilitativo sociosanitario. Migliorando e ottimizzando i percorsi di cura all'interno del DSM, velocizzando i tempi di presa in carico, permettendo punto di accesso diretto ai servizi di salute mentale e l'utilizzo di percorsi di cura personalizzati a seconda dei problemi di salute e bisogni della persona; in questo modo è possibile erogare un'assistenza che garantisca il miglioramento dello stile di vita e recupero delle funzioni. Bisogna anche espandere e specializzare le conoscenze degli operatori che operano nel settore psichiatrico e ampliare la figura dell'infermiere di famiglia nell'assistenza di comunità. Si è visto come nei Paesi in via di sviluppo dove troviamo un basso tasso di stigmatizzazione e un'alta partecipazione e integrazione nella comunità il decorso clinico della schizofrenia sia migliore, Il passaggio da un'assistenza ospedaliera ad una di comunità favorisce l'erogazione di un'assistenza più umanitaria, che può ridurre i costi di ospedalizzazione e che permetta la reintegrazione della persona schizofrenica in società e ne ristabilisca l'empowerment (OMS, Dichiarazione 2001).

3) MATERIALE E METODI:

Lo scopo primario della riabilitazione psico-sociale è quello: di ridurre l'indice di ospedalizzazione per le ricadute, aumentare la compliance alla terapia farmacologica, supportare la persona nel ripristino delle funzioni sociali, lavoro, rapporti interpersonali, indipendenza e miglioramento della QdV. E' un processo multiprofessionale e multidimensionale, che richiede l'intervento della famiglia, caregiver e servizi sociali. L'infermiere compie un ruolo centrale all'interno del gruppo di lavoro, si occupa dell'assistenza olistica alla persona, oltre che organizzare e partecipare nella pianificazione e implementazione dei servizi di cura.

Le prestazioni infermieristiche all'interno del programma riabilitativo psico-sociale non solo solamente assistenziali ma anche educative, informative di supporto e gestionali. Il percorso di cura extra ospedaliero ha origine nel CSM.

L'infermiere di ambulatorio di CSM svolge attività di accoglienza, ascolto e reindirizzamento della domanda. Elabora programmi terapeutici, gestisce la terapia farmacologica e svolge un lavoro di rete tra il DSM e comunità.

-ACCOGLIENZA nel CSM:

L'accoglienza del paziente è rivolta non solo alle persone già note al DSM, ma soprattutto è il primo luogo di incontro per tutti coloro che hanno bisogno di aiuto e che ancora non hanno intrapreso un percorso diagnostico-terapeutico.

Durante questa prima fase l'infermiere svolge una valutazione di quelli che possono essere i comportamenti o pensieri da ricondurre all'area psichiatrica. La valutazione può avvenire in un regime di urgenza/ emergenza, nel caso in cui la persona abbia comportamenti aggressivi, autolesivi, di squilibrio o gravi perturbazioni con l'ambiente esterno, in quel caso l'infermiere del CSM si occuperà di avvertire il medico psichiatra di riferimento immediatamente, il quale successivamente alla valutazione medica, deciderà il percorso più adeguato in base allo stato clinico attuale e sue esigenze.

L'accoglienza del paziente è responsabilità dell'infermiere, una buona accoglienza facilita l'istaurazione di un rapporto utente/cliente funzionale oltre che garantisce una maggior compliance e adesione da parte dell'assistito verso la malattia e al piano terapeutico. Una buona accoglienza si fonda sulla: gentilezza, sincerità, empatia,

competenza, efficacia e fiducia che l'infermiere è in grado di dimostrare e compiere al momento del colloquio.

Durante questa fase il paziente è molto vulnerabile, in particolar modo se si tratta di una persona non nota al DSM, l'infermiere deve saper tranquillizzare e far sentire al sicuro, attraverso l'accoglienza e l'ascolto. Una volta attivato il percorso di diagnosi e cura il compito dell'operatore sanitario sarà quello di accompagnare l'assistito durante tutto il "viaggio", monitorandone i progressi, le risposte agli interventi e previene, attraverso la valutazione dei segni e sintomi, eventuali ricadute o crisi.

Con l'accoglienza si ha la presa in carico della persona e del suo sistema di appartenenza o "setting" (famiglia, lavoro, rete sociale), durante questo processo l'infermiere effettua l'anamnesi della storia familiare e personale, ne valuta la trattabilità e si individuano le priorità di intervento.

3.1 Piano Assistenziale Individuato:

Il Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 739/94) afferma "L'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e collettività e formulata i relativi obiettivi, pianifica gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico" (Art. 1.3). Da ciò si evince come il PAI sia competenza unicamente infermieristica, questo consiste in un programma riabilitativo- assistenziale definito e concordato con il paziente, familiari e caregiver, riguardo gli interventi da attuare e gli obiettivi da raggiungere al fine di ripristinare il benessere bio-psico-sociale dell'individuo. Il PAI pone al centro la persona e i suoi bisogni e mira alla massima personalizzazione degli interventi.

Viene applicato sia in regime ospedaliero che domiciliare.

Il PAI è lo strumento che permette il tracciamento dell'assistenza, definisce gli interventi da attuare e gli obiettivi da voler raggiungere con la persona, familiari o caregiver. E' universale, in quanto può essere utilizzato per la pianificazione di qualsiasi tipo di assistenza infermieristica, dinamico, flessibile, viene continuamente monitorato e modificato a seconda dei bisogni di salute. E' un modello ciclico ogni fase si sussegue all'altra e in caso di errore o scelta di un intervento inadeguato al problema clinico, si ricomincia dall'inizio.

È composto da 6 fasi:

Nella prima fase si ha l'accertamento, l'infermiere valuta mediante l'osservazione, narrazione e colloquio con l'assistito familiari e caregiver quelli che possono essere problemi di salute. In questo momento si ha la raccolta dei dati, mediante l'ascolto attivo di ciò che gli viene riferito. Al fine di ottenere un colloquio ottimale deve dimostrare autentico interesse, deve far partecipare la famiglia, deve garantire la privacy e un ambiente confortevole che possa assicurare tranquillità alla persona. Questa prima fase richiede grande competenza e esperienza da parte dell'infermiere, il quale deve saper raccogliere tutti i dati riferiti e non dalla persona. Importante durante il dialogo deve saper cogliere i momenti di disagio, vergogna o sofferenza riguardo un episodio di vita o ad una domanda. Durante tutto questo processo l'infermiere svolge un accertamento acritico, privo di convinzioni o conclusioni personali, accoglie senza giudizio ciò che gli viene riferito dall'assistito, ogni dato che viene raccolto deve essere infine, convalidato e trascritto. Nel paziente schizofrenico durante il processo di valutazione l'infermiere deve porre attenzione all'identificazione della presenza dei sintomi quali: allucinazioni, sintomatologia negativa, delusione, sintomi depressivi e deliri. Osservare lo stato attuale di salute, il suo decorso clinico, il trattamento farmacologico e il grado di adesione alla terapia. Durante il colloquio/narrazione valute il setting in cui la persona vive; lo stile di vita, background familiare, livello di scolarizzazione della persona e nucleo familiare e condizione socioeconomica.

In questa seconda fase l'infermiere effettua una diagnosi, vale a dire svolge un "giudizio clinico sulle risposte date dall'individuo, dalla famiglia o dalla comunità, ai problemi di salute e ai processi vitali, reali o potenziali. La diagnosi infermieristica fornisce le basi per effettuare una scelta degli interventi assistenziali infermieristici, che porteranno al conseguimento degli obiettivi dei quali è responsabile l'infermiere" (NANDA, 1990). Le risposte che l'individuo può dare rispetto ad un problema di salute possono essere adattive o disadattive e in queste l'assistenza infermieristica si concentra. Rilevati quelli che sono i problemi di salute, attraverso un rapporto di cooperazione e fiducia l'infermiere-assistito e familiari organizzano gli obiettivi da voler raggiungere, il risultato atteso è la risposta che ci si aspetta che la persona assistita raggiunga a seguito degli interventi attuati. In questo stadio la capacità dell'infermiere sta nel saper riconoscere quali siano i bisogni primari della persona.

Nella quarta e quinta fase l'infermiere pianifica e attua gli interventi, questi possono essere di varia natura e rispondono tutti ad un problema di salute, ogni fase è interconnessa e in continua modifica. In questo momento l'infermiere sceglie le attività più congrue e gestisce la prestazione: comunica il piano assistenziale, attua gli interventi pianificati e registra le attività.

La fase finale consiste nella verifica dell'efficacia degli interventi erogati, mediante la valutazione dei risultati ottenuti attraverso l'utilizzo di indicatori esterni o scale di valutazione. Quest'ultima fase è fondamentale per valutare l'efficacia dell'assistenza erogata e se è necessaria modificare il PAI. La definizione del PAI richiede l'identificazione del "case manager" il quale svolge funzione di organizzazione e monitoraggio all'interno di tutto il processo, oltre che di collaborazione e supporto del team multiprofessionale.

-FIGURA DEL CASE MANAGER:

il Case Manager è anch'esso un professionista in infermieristica specializzato, l'iter formativo prevede il conseguimento di un percorso post-laurea, precisamente del Master di I livello. Si occupa della valutazione multidimensionale e organizza i vari interventi sanitari, ricerca e recupera i rapporti con gli utenti "persi di vista" al domicilio, pone attenzione alla famiglia e promuove programmi di prevenzione con enti locali. Le sfaccettature del suo ruolo si suddividono in tre tipologie (Sara Di Santo, 2017):

-una clinica: in cui identifica e accerta i problemi reali e potenziali della persona, famiglia, caregiver attraverso la valutazione delle competenze fisiche, psicosociali, ambientali dell'assistito. Lavora e coopera all'interno di un team multiprofessionale con l'obiettivo di garantire empowerment alla persona.

-una manageriale: gestisce l'assistenza pianificandone gli interventi e le modalità di trattamento tenendo conto della specificità dei bisogni. Valuta in maniera costante la qualità dell'assistenza erogata, pianifica il piano di dimissione al momento della presa in carico, sceglie obiettivi e tempo di degenza.

- finanziaria: controlla le spese assistenziali, promuovendo un utilizzo ottimale delle risorse evitando sprechi o prestazioni non utili.

ICM garantisce il coordinamento delle cure lungo tutto il continuum assistenziale, ha lo scopo di erogare servizi sanitari in modo efficiente ed efficace, è una figura che si è

sviluppata dalla necessità di ridurre i costi sanitari, unificare l'erogazione dei servizi e rispondere ai bisogni sanitari della persona con interventi di qualità.

I vantaggi che si possono ottenere da questa figura sono:

un'assistenza completa, continuativa e olistica, massimo utilizzo dei servizi da parte degli utenti, appropriatezza delle cure, elevata soddisfazione dell'utente, miglioramento della condizione di salute e mantenimento dei costi sanitari. La sua azione si esplica al momento della dimissione nell'assistenza territoriale, una volta valutata la complessità di un paziente si allerta il nucleo ospedaliero per le dimissioni protette, il quale invierà la richiesta al punto unico di accesso. Successivamente alla loro valutazione del caso si procederà con l'attivazione della dimissione protetta, garantendo così di mantenere la continuità assistenziale durante il passaggio dal DSM al domicilio.

-SCALE DI VALUTAZIONE:

La disabilità nell'esecuzione delle faccende di vita quotidiana in pazienti affetti da gravi disturbi mentali è molto presente e per questo motivo risulta fondamentale ai fini della pianificazione assistenziale, l'assegnazione del grado di disabilità e di disfunzione sociale dell'assistito, mediante l'utilizzo di scale di valutazione. Le scale sono strumenti molto utilizzati dai professionisti che operano in ambito sanitario, poiché permettono una valutazione oggettiva delle condizioni cliniche reali dell'assistito. Queste misurazioni vengono effettuate dal case manager al momento della pianificazione del PAI e durante tutto il percorso assistenziale dall'infermiere di salute mentale e di famiglia. Permettono una visione globale della capacità del singolo, aiutano all'organizzazione degli obiettivi e interventi, oltre ad essere utilizzate anche come strumento di valutazione finale di verifica del piano. Come ben sappiamo questa patologia ha un forte impatto sulla qualità del pensiero, relazionale e cognitiva, tutto ciò influenza in maniera sostanziale la funzionalità dell'individuo stesso. La "Capacità Funzionale" o "Functional Skills" esamina ciò che la persona è in grado di compiere in base alle faccende di vita quotidiana. Gli indicatori di valutazione principali sono: la presenza di un lavoro, il vivere indipendentemente e la presenza di una relazione interpersonale (Philip D. Harvey et al., 2009). Esistono diverse scale che permettono di misurare la CF, al fine di valutare in maniera più specifica il livello di funzionalità, lo studio crociato svolto in America e Svezia, mostra l'utilizzo della scala "SLOF" (Specific Level of Function Scale), questo

modello riporta il comportamento e la funzionalità della persona in relazione i seguenti domini: la funzionalità fisica (capacità visiva, uditiva), la cura personale (eseguire l'igiene personale quotidianamente e in maniera autonoma, prepararsi da mangiare, vestirsi..), le relazioni interpersonali (presentare iniziativa, mantenere un contatto sociale), svolgere attività di comunità (andare a fare la spesa, usare il telefonino, gestire il denaro) e capacità lavorative (saper seguire istruzioni verbali, completare il lavoro in maniera autonoma, rispettare la scadenza) (Philip D. Harvey et al., 2009). L'assegnazione del punteggio per ogni dominio va da 1 a 5 Scala Likert e viene completata a seconda della performance. La scale "ADL" (Activities of Daily Living) e "IADL" (Instrumental Activities of daily living), sono quelle che vengono più utilizzate anche all'interno del nostro SSN, in quanto permettono all'operatore di effettuare una valutazione mirata attraverso l'assegnazione di un valore numerico da 0 a 6, dove 0 indica la massima dipendenza, di ciò che l'assistito è realmente in grado di svolgere autonomamente. Soprattutto ne esamina il grado di indipendenza nell' esecuzione delle faccende domestiche di base e cura personale per quanto riguarda la scala ADL come: la capacità di farsi un bagno, di vestirsi, di prepararsi da mangiare, il grado di continenza fecale e urinaria e se è in grado di spostarsi autonomamente o necessita di ausili. A differenza nella valutazione delle IADL, l'infermiere osserva la capacità della persona nell'esecuzione di azioni quotidiane complesse necessarie al mantenimento dell'indipendenza, ad esempio se è in grado di gestire le finanze, usare il cellulare, effettuare spostamenti, fare la spesa e assumere la terapia autonomamente.

VALUTAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE: scala ADL E IADL		
Somministrata al	Punteggio*	Esito
Scala di autonomia delle attività di base della vita quotidiana: ADL (<i>Activity Daily Living</i>) (<i>Katz et al., 1963</i>)		
Fare il bagno		
Vestirsi		
Toilette		
Spostarsi		
Continenza		
Alimentazione		
TOTALE ADL	/6	
Scala di autonomia delle attività strumentali della vita quotidiana: IADL (<i>Instrumental Activity Daily Living</i>) (<i>Lawton e Brody, 1969</i>)		
Uso del telefono		
Fare la spesa		
Preparare i pasti		
Cura della casa		
Fare il bucato		
Spostamento fuori casa		
Assunzione dei propri farmaci		
Uso del proprio denaro		
TOTALE IADL	/8	

*Il punteggio attribuito di 0 indica una dipendenza o il bisogno di un aiuto nello svolgimento della rispettiva attività di vita quotidiana. 1 denota un'autonomia funzionale. NA = "non applicabile" quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti) oppure quando l'impossibilità è dovuta a cause ambientali.

In modo da garantire un corretto reinserimento in società l'infermiere deve esaminare quelli che sono i comportamenti della persona durante le attività di gruppo e lavorative. La Terapia Occupazionale si occupa dell'attivazione delle risorse motorie dell'individuo verso attività selezionate, al fine di promuovere e mantenere la salute e valutare il comportamento, il fine ultimo è quello di permettere l'autonomia della persona nella gestione di attività manuali/ lavorative e il conseguente inserimento nella vita familiare, lavorativa e sociale (Paola Beretta et al.,2013) . Le attività vengono organizzate sul principio del recupero adattivo della persona, utilizzando strategie integrative, facendo riemergere le restanti risorse interne. Colui che si occupa della definizione del programma riabilitativo è il terapeuta occupazionale, figura professionale specializzata che opera in ambito sanitario, lavora principalmente nelle strutture riabilitative e al domicilio. Questa figura lavora a stretto contatto con l'infermiere durante la fase riabilitativa, condividendo la quotidianità della persona e famiglia. Tutti e due operano nel raggiungimento dell'obiettivo finale di migliorare lo stato di salute e riottenere l'indipendenza della persona, il confronto tra operatori è un processo essenziale durante l'erogazione dell'assistenza poiché permette una visione più ampia e dettagliata degli outcome di

salute raggiunti. Una giusta collaborazione, comunicazione e spirito guida tra le varie figure professionali permette il raggiungimento di obiettivi specifici e una presa in carico a 360°, precisamente nell'esperienza del domicilio il terapeuta occupazionale e infermiere partecipano all'individuare, far emergere le necessità della persona caregiver nella vita quotidiana.

La "Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale" (COTES) viene utilizzata in molti paesi, osserva gli aspetti multidimensionali del comportamento durante le varie prestazioni o lavoro permettendo così di rilevare i punti di forza e debolezza dei clienti. La COTES analizza tre elementi: il comportamento generale (bisogni fisiologici, comportamento non produttivo, aspetto e compromissione del linguaggio), il comportamento sociale (socievolezza, accettazione delle opinioni, ruolo nei gruppi, autoaffermazione e impressione degli altri) e comportamento lavorativo (motivazione, durata, responsabilità, tolleranza alla frustrazione, autoaspettativa, comprensione, tecnica e motricità), il punteggio va da 1 (indica comportamento inappropriato) a 5 (comportamento appropriato) (En- Chi chiu et al., 2020).

Da ciò emerge come la riabilitazione psicosociale sia un processo complesso che ha inizio fin dalla fase acuta, mira alla gestione dei sintomi patologici, al recupero delle social skills e ottimizzazione della performance cognitiva. L'assunzione della terapia farmacologica è fondamentale al fine di limitare le ricadute e far regredire la sintomatologia. In questo campo l'infermiere è responsabile del controllo e somministrazione, quando la persona non sia in grado di assumerla autonomamente, la sorveglianza alle reazioni avverse, l'aderenza ed educazione al piano terapeutico sono alla base per poter ottenere un corretto reinserimento in comunità. Come viene espresso dal Profilo professione (DMG 739 del 1994) l'infermiere è un "professionista intellettuale" e come tale è in grado di scegliere in autonomia in merito le azioni sanitarie da svolgere, agendo secondo il principio di garantire la "sicurezza della persona e la buona pratica" anche per quando riguarda la somministrazione della terapia. L'infermiere durante l'accertamento analizza quelli che possono essere i fattori di rischio all'aderenza terapeutica, le considerazioni culturali, storia pregressa di abuso di sostanze stupefacenti, altre patologie, abitudini e stile di vita, le convinzioni personali, e il ruolo della religione.

-FUNZIONAMENTO SOCIALE:

Come definisce il “Manuale del funzionamento sociale nella schizofrenia”, questa disabilità rende l’individuo incapace di soddisfare ruoli definiti nella società, come quello di: casalinga, studente, lavoratrice, coniuge o familiare. inoltre, non permette alla persona di aver cura di sé stesso e del proprio ambiente di vita, o di coinvolgersi positivamente in attività ricreative e di tempo libero. (T. Burns & D.Patrik, 2007).

Il “Giornale Italiano di Psicopatologia” ha sottolineato come per molti anni il focus primario del trattamento è stata la riduzione dei sintomi negativi positivi e disorganizzativi, ma da qualche tempo il recupero e miglioramento delle capacità personale e sociale sono diventati i nuovi obiettivi del percorso psico-socioriabilitativo (B. Carpinello,2010). Il modello “social skill training” si focalizza sulla cura del sé, gestione della terapia, capacità comunicative, gestione della sintomatologia, gli interventi che l’infermiere può attuare sono chiedere alla persona come agirebbe di fronte ad una determinata situazione, poi attraverso dei feedback può dare consigli o esempi che possano aiutare la persona a migliorare le proprie capacità. Tutte le attività “cognitivo-comportamentali”, migliorano la FS grazie all’azione benefica che questi interventi hanno sulla sintomatologia positiva e negativa, oltre a rafforzare il coping della persona (B. Carpinello,2010). Tutte queste azioni aumentano l’autostima, confidenza, e capacità autorisolutiva dei problemi e conflitti della persona, l’accettazione del proprio stato di salute e la volontà di migliorare il proprio benessere sono essenziali per poter procedere nella riabilitazione.

La terapia dell’accettazione dell’impegno (ACT), incoraggia le persone ad abbracciare i propri pensieri e sentimenti, è una terapia che si basa sull’autoconsapevolezza del sé e delle proprie capacità, viene utilizzata anche come mezzo per affrontare situazioni stressanti. L’accettazione della patologia nel paziente con sindrome schizofrenica è un processo alla base del piano terapeutico, in quanto patologia cronica e con effetti altamente disfunzionali, l’infermiere durante le visite, colloqui e momenti di incontro deve porre particolare attenzione ai sentimenti che la persona ha rispetto al proprio stato patologico, come reagisce alla malattia, e la presenza di sentimenti quali, vergogna, disprezzo, autocommiserazione e isolamento.

Il programma ACT richiede l’intervento della famiglia, il loro supporto durante tutto il percorso, l’accettazione della malattia, l’empowerment familiare o l’ostilità sono tutti dati

utili all'infermiere, poiché il supporto familiare, l'introduzione immediata nelle attività sociali, il coinvolgimento dei servizi sociali sono sostanziali ad un recupero precoce. Tutti gli interventi che l'infermiere attua durante il continuum assistenziale sono volti a promuovere i più alti livelli di funzionalità della persona e al miglioramento della qualità di vita alla riduzione dell'autostigma e stigma sociale.

4) RISULTATI:

Gli interventi infermieristici che si possono attuare durante il processo di riabilitazione sono innumerevoli e interessano tutte le sfere della persona, questi includono: programmi di psicoeducazione, terapia di gruppo, terapia psicologica, formazione sulle abilità di coping, socioterapia, visite a domicilio, assistenza ai familiari. Gli effetti del piano si verificano attraverso la valutazione degli obiettivi pianificati, il miglioramento della qualità di vita e soddisfazione della persona, famiglia e caregiver, viene evidenziato come l'attivazione di un percorso di assistenza a lungo termine migliori il recupero funzionale nella metà delle persone (Vita Antonio & Barlati Stefano 2018). Questo è dovuto principalmente alle azioni svolte al fine di potenziare e attivare le abilità di coping intrinseche dell'individuo, l'autodeterminazione e autogestione hanno un effetto positivo sul miglioramento dello stile di vita e sulla visione che la persona ha di sé stessa, un grado di autosoddisfazione sufficiente migliora gli outcomes assistenziali e l'aderenza al piano terapeutico. Uno studio randomizzato di controllo doppio cieco ha voluto valutare gli effetti dell'assistenza continua extraospedaliera sul paziente schizofrenico. Il gruppo sperimentale è stato assistito in un periodo dai 6 ai 12 mesi, da un team infermieristico extraospedaliero, il quale aveva il compito di monitorare, informare ed educare la persona e familiari in merito agli interventi del PT, assunzione della terapia e stile di vita. Le visite venivano effettuate al domicilio o attraverso follow up telefonico, con una durata complessiva di 5 minuti, dove l'operatore verificava l'assunzione del farmaco e comportamenti generali. In caso in cui si riscontravano degli atteggiamenti di ostilità o rifiuto verso il PT, l'infermiere sollecitava ad un controllo al CSM o in ospedali, oppure si consigliava una visita al domicilio in modo da poter offrire indicazioni e tranquillizzare la persona. gli incontri venivano effettuati con lo scopo di monitoraggio e informazione sul PT, aderenza ai farmaci ed effetti indesiderati, al fine di migliorare gli outcome terapeutico e la fiducia dell'assistito e familiari in merito al team medico e infermieristico e al progetto psico-socioriabilitativo. Gli effetti furono positivi, il 71.11% manifestò un miglioramento alla compliance farmacologica, il tasso di consapevolezza correlata alla malattia fu del 96.67%, con un 26.7% del tasso di recidiva (Maoting sì et al., 2017).

Perciò l'adesione al TR e l'attivazione di un piano d'assistenza continuativo al momento della dimissione, diminuiscono i costi sanitari e migliorano gli outcome patologici a lungo termine ristabilendo equilibrio bio-psico-sociale alla persona. Il termine "Drop out" viene utilizzato per indicare l'abbandono da parte degli utenti al piano riabilitativo durante il trattamento o al momento dell'attivazione del percorso extraospedaliero. Durante l'analisi dei fattori che possono incidere a questo fenomeno sono emersi: l'età avanzata dei pazienti, la presenza della malattia da molti anni e la durata dei trattamenti riabilitativi. Il sesso maschile è più soggetto al "drop out", ciò sembra essere favorito dalla non aderenza al piano terapeutico, l'assenza di un programma psicoeducativo o di una sua preventiva attivazione, la mancanza della stipulazione di un'alleanza terapeutica, un grosso grado di disfunzione sociale e dalla carenza di percorsi educativi e insufficiente integrazione dei servizi sociali.

Il 42% delle persone con sindrome schizofrenica decidono di non seguire le indicazioni concordate nel piano terapeutico, principalmente per la scarsa fiducia nel miglioramento della qualità di vita della persona o a causa dei deficit patologici che impattano sulla capacità funzionale- cognitiva di autogestirsi e per questo motivo risulta uno degli aspetti più impegnativi nel trattamento (K.Villeneuve et al., 2010). La non aderenza si manifesta con l'assunzione irregolare della terapia, il rifiuto all'uso o la variazione delle dosi giornaliere dei farmaci, i fattori che incidono come abbiamo visto precedentemente sono innumerevoli, ma gli effetti di ciò sullo stato di salute sono ben noti e invalidanti per la persona. Infatti, la non adesione influisce sui tempi di remissione della patologia e ne aumenta la probabilità di episodi di ricadute (Kyoko Higashi et al.2013). A livello sociale la mancanza di aderenza al trattamento genera nei titolari del budget sanitario e responsabili politici preoccupazione, poiché determina un maggior rischio di ospedalizzazione con conseguente aumento delle spese sanitarie per l'assistenza (Davy Vancampfort et al., 2016). Inoltre, troviamo altri fattori intrinseci della persona come: sociodemografici, status economico, religione di appartenenza, storia di abuso di sostanze stupefacenti, obesità e credenze personali sui farmaci psicotici, che possono favorire miscredenze in merito alla risoluzione della sintomatologia grazie alla terapia. Da ciò emerge come la non aderenza al

trattamento farmacologico rappresenti un problema importante, per questo motivo è fondamentale fornire spiegazioni dettagliate sul piano terapeutico, informare il paziente e familiari riguardo gli effetti dei farmaci e la loro modalità di somministrazione.

Esiste un Modello teorico (Peter J. Weiden & M.D.,2007) che può essere utilizzato dallo psichiatra al momento della valutazione dell'assistito e sono le 5 teorie riguardanti l'aderenza alla terapia sono:

-TEORIA 1: L'aderenza non è un outcome clinico e importante solo come questo influisca sugli outcome: durante la pratica clinica è necessaria trasparenza e realtà riguardo le aspettative alla terapia, vale a dire una piena consapevolezza dell'assistito in merito agli effetti collaterali e ad una remissione non garantita con sicurezza. Ma va sottolineato come questo sia uno step importante nella riduzione della sintomatologia invalidante e dei rischi di ricadute e ricoveri futuri.

TEORIA 2: I problemi di aderenza sono spesso determinati dalle limitazioni di efficacia: è utile valutare l'eziologia della non efficacia della terapia e le cause alla base delle reazioni avverse. Ricercare il farmaco più giusto che permetta una remissione dei sintomi e che non interferisca con lo stato di salute.

TEORIA 3: L'aderenza può essere vista come comportamento o come un atteggiamento: bisogna valutare il grado d'attitudine dell'assistito nei confronti della terapia e i vari comportamenti di aderenza. Per far ciò bisogna esaminare il contesto socio familiare in cui vive, l'aderenza della famiglia al piano terapeutico e la volontà di partecipare a questo processo.

TEORIA 4: al momento dell'organizzazione del piano di cura, bisogna discutere con la persona riguardo i suoi dubbi, paure, credenze, obiettivi di vita e stato funzionale, senza giudizio.

TEORIA 5: I comportamenti di aderenza variano in continuazione e devono essere presi in considerazione come parte della malattia: "la non aderenza deve essere considerata come parte integrante del processo patologico e riabilitazione". Nel piano socioriabilitativo devono esserci attività che mirino all'educazione terapeutica ed a migliorare comportamenti di aderenza.

Queste 5 teorie sono uno strumento utile di monitoraggio del percorso riabilitativo per l'infermiere, poiché possono essere utilizzate al fine di migliorare la

compliance terapeutica verso gli antipsicotici. Una non aderenza può interferire con il raggiungimento di quelli che sono i veri obiettivi del trattamento alla schizofrenia. Devono essere concepiti dalla persona e infermiere come parte del processo di ricovero e come esperienza dalla sindrome patologica, la loro completa eliminazione è impossibile, ma l'obiettivo è quello di trasformare gli episodi di non aderenza in un'esperienza terapeutica positiva e di sviluppo.

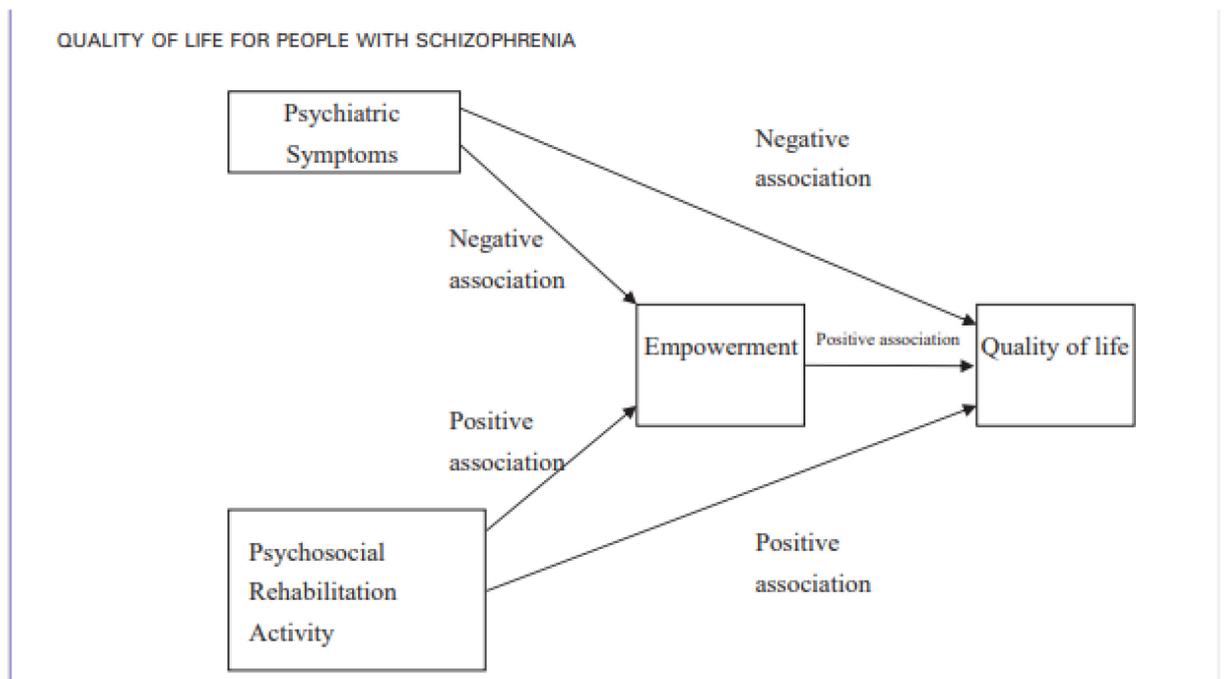


Figura 4. Qualità di vita per le persone schizofreniche. Fonte, SciVerse ScienceDirect, Archives of Psychiatric Nursing, Vol 26, No 4 (August), 2012, pp 289.

5) DISCUSSIONE:

Durante l'esperienza del tirocinio in SPDC e SR ho potuto osservare in prima persona l'importanza del ruolo dell'infermiere di salute mentale all'interno del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo per le malattie mentali. Mi sono particolarmente interessata alla riabilitazione della persona con sindrome schizofrenica, per l'elevato impatto che questa malattia riveste nella vita dell'individuo, nucleo familiare, società e SSN.

Come ben sappiamo il "peso" che la persona con disturbi schizofrenici riveste sulla famiglia e comunità sono sostanziali, da un punto di vista familiare, la famiglia è costretta a dover fornire quotidianamente sostegno fisico ed emotivo alla persona e molto spesso sono soggetti a etichettamento da parte della società. Il peso economico del PR solitamente è riversato sui familiari, oltre al costo materiale ed emotivo di questa malattia sul nucleo familiare, troviamo un "peso" in termini di perdita di produttività, costo di cure e problemi di ordine giuridico (episodi di violenza) sulla comunità (Dichiarazione 2001, OMS). La schizofrenia insieme ai disturbi depressivi è la più frequente e interessa in particolar modo la fascia d'età giovane-adulta. La gravità della sintomatologia, l'isolamento sociale e la stigmatizzazione sociale verso questa sindrome richiedono l'erogazione di un'assistenza sanitaria ad alta complessità (Lara Gaudes de Pinho et al., 2017) e molto spesso gli individui di fronte all'incapacità di assumersi le proprie responsabilità nei confronti della famiglia o amici hanno la sensazione di essere un peso per gli altri.

Gli interventi terapeutici attuati dall'infermiere sono multidimensionali, in quanto coinvolgono la sfera autofunzionale, autogestionale, cognitiva e relazionale dell'assistito. Il piano riabilitativo ha spostato il proprio interesse dalla regressione della sintomatologia, mediante la somministrazione della terapia farmacologica, all'attuazione di una serie di interventi psicosociali che permettano la reintegrazione dell'individuo nelle funzioni sociali riducendone l'isolamento, migliorando il ripristino delle capacità sociali e relazionali e ottimizzando la qualità di vita (Deborah Antai-Otong et al., 2003). Dalla letteratura è emerso come l'attivazione precoce del percorso terapeutico riabilitativo abbia un effetto positivo sul recupero della funzionalità dell'individuo e riduzione del numero di

ricoveri per riacutizzazione della patologia, le raccomandazioni a livello Nazionale, espresse dal “Ministero della Salute” nel documento di “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei DSM per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e disturbi gravi di personalità” sono di:

Implementare l’accessibilità ai DSM favorendo lo sviluppo di percorsi di integrazione con il medico di medicina generale e servizi socio-sanitari e reti sociali. Nel DSM la valutazione del caso clinico deve essere multidimensionale e multiprofessionale, per permettere la valutazione del funzionamento psicosociale, il DSM organizza il piano di cura a seconda dell’esigenze coinvolgendo i familiari, servizi sociali e team di professionisti. Al paziente erogati interventi psicoeducativi e psicoterapici a seconda del livello di funzionalità sociale e personale, l’organizzazione di un piano farmacologico che deve essere attuato dalla fase acuta alla remissione della sintomatologia come terapia di mantenimento, monitorando la sicurezza del trattamento. Nell’erogazione del trattamento farmacologico ho potuto riscontrare sia in prima persona che attraverso la revisione bibliografica l’importanza del ruolo dell’infermiere, soprattutto in un contesto di assistenza domiciliare, la valutazione dell’aderenza farmacologica è un indicatore di rischio o di risultato utile all’infermiere durante tutto il percorso assistenziale. La sindrome schizofrenica è nota per la sua eterogeneità sintomatologica e disabilità, che limita notevolmente la capacità della persona di autogestirsi. All’interno del percorso terapeutico riabilitativo mi sono soffermata ad analizzare l’importanza che l’infermiere di famiglia ha nella organizzazione ed erogazione del PAI e le responsabilità e capacità di questa figura durante tutto il processo di cura. Innanzitutto l’assistenza domiciliare integrata è stata introdotta in un contesto normativo e poi da lì sviluppata e ampliata nel 2000 con la “Legge 328”, la quale afferma di voler essere “una legge istitutiva di un sistema integrato di azioni e servizi sociali che si fonda sulla programmazione degli interventi e delle risorse, sulla articolazione delle funzioni all’interno di un assetto istituzionale basato su Comuni, Province, Regioni e Stato e sul riconoscimento di ampio spazio operativo agli organismi non lucrativi”. Dalle varie ricerche bibliografiche si evidenzia come lo scopo dell’infermiere di famiglia sia prendersi carico della persona in maniera “olistica” (Deborah Antai-

Otong et al., 2003. Al fine di permettere ciò l'infermiere stipula un'"alleanza terapeutica" con assistito a famiglia che favorisca un clima di cura e promuova una crescita dell'individuo e prevenzione della malattia (Lara Guedes de Pinho et al., 2017), con l'attivazione del PAI si ha la firma di un "patto di salute" tra le due parti, che sancisca la volontà e interesse dell'infermiere di prendersi cura della persona e familiari in un rapporto di reciproco rispetto e aiuto, oltre che di adesione al trattamento.

Il fine ultimo della terapia riabilitativa è il reinserimento in società e il raggiungimento dell'empowerment della persona nella gestione della quotidianità. Si è visto come la comunicazione e l'ascolto svolgano un ruolo fondamentale durante il processo di cura, serve sia a tranquillizzare la persona che a stabilire la fiducia, ma, nonostante ciò, dalla ricerca bibliografica sono emerse le diverse difficoltà che l'infermiere deve affrontare in un contesto di assistenza domiciliare. Tra le tante troviamo:

- Le insidie comunicative che si possono generare con la persona, la non accettazione della patologia. Una disfunzione cognitiva e sociale marcata e una sintomatologia disabilitante influiscono sull'alleanza terapeutica, inoltre la fisicità degli interventi assistenziali e il contatto quotidiano possono generare scontri molto spesso difficili da gestire.

- Le capacità di ricerca e organizzazione degli obiettivi e interventi più adeguati a seconda della condizione clinica, risposte della persona famiglia caregiver ai problemi di salute e le loro risorse. Deve essere in grado di trovare un giusto compromesso tra ciò che la persona vuole ottenere e ciò che è realmente in grado di raggiungere.

- La mancanza di conoscenze specifiche della malattia e di esperienza incidono sulla qualità dell'assistenza erogata.

- La disorganizzazione dei servizi di assistenza sanitaria integrata, o eventuali rallentamenti nell'attivazione della rete sociale incidono sull'integrazione dell'individuo.

- Problematiche collaborative, in un contesto di erogazione di assistenza sanitaria a stretto contatto con diverse figure professionali (psichiatri, psicologi, educatori

sanitari, operatori sanitari) una giusta comunicazione e condivisione degli stessi obiettivi di salute sono fondamentali.

-Il coinvolgimento della famiglia, l'accettazione della presenza della malattia e la disponibilità a cooperare sono risorse fondamentali per l'infermiere. L'importanza di svolgere colloqui regolari con i caregiver che permettano di condividere perplessità, miglioramenti e feedback degli interventi.

- Il rischio di burn out dell'operatore, la ricerca e l'esperienza effettuata sottolineano come nella relazione l'empatia, ovvero la capacità di immedesimarsi nell'altro, svolge un ruolo centrale nell'assistenza. Il coinvolgimento emotivo per l'infermiere è inevitabile, in quanto questo opera in un contesto domestico a stretto contatto con il vivere quotidiano della persona e famiglia, per questo motivo deve essere in grado di mantenere una giusta distanza emotiva.

6) CONCLUSIONE:

Con la stesura di questo studio e grazie all'esperienza formativa svolta durante il mio percorso Universitario, ho potuto cogliere le tante sfaccettature che la figura infermieristica riveste all'interno del percorso di cura della persona e ancora oggi poco riconosciute o sottovalutate. L'infermiere svolge una serie di interventi mirati all'identificazione, prevenzione e diminuzione delle cause d'inabilità dell'assistito, il fine è quello di ristabilire il benessere bio-psico-sociale e garantire la piena capacità funzionale e gestionale dell'individuo. Riveste il ruolo di aiutante, educatore, informatore, leader, sostituto, confidente e consulente per la persona e la famiglia. Questo tipo di assistenza richiede da parte dell'operatore un percorso formativo universitario che garantisca l'acquisizione di nozioni teoriche specifiche e utili alla pratica, oltre che una buona capacità comunicativa, relazionale e manageriale. Il suo ruolo viene definito attraverso il Profilo Professionale e Codice Deontologico, ed è quello di tutelare la salute del singolo, famiglia e comunità, garantendo sicurezza nell'erogazione dell'assistenza, quest'ultima non è rivolta unicamente alla soddisfazione dei bisogni primari della persona, ma è processo complesso e articolato di presa in carico della persona e del suo setting familiare in maniera "olistica". Partecipa attivamente all'organizzazione del PAI, ne valuta i modelli funzionali e disfunzionali dell'individuo e attua e monitora gli interventi scelti, l'infermiere non si sostituisce all'individuo, ma invece lo sostiene e lo aiuta nel prendersi cura autonomamente. Innumerevoli volte questa figura deve far fronte allo stigma, che ancora persistente all'interno della comunità, come "paramedico" o di "subordinato al medico", l'infermiere di salute mentale e di famiglia sono professionisti i quali svolgono un ruolo fondamentale nel processo rieducativo, riabilitativo e di reintegrazione delle persone con gravi malattie mentali. Dalla revisione della letteratura emerge come l'educazione e tutela della salute mentale, riportato anche come obiettivo fondamentale del SSN nel programma Health21 del 2000, sia essenziale ai fini di assicurare la massima qualità di vita del soggetto, famiglia, caregiver e dell'intera comunità. In ciò troviamo il ruolo dell'infermiere di divulgatore e portavoce dei diritti e bisogni delle persone con malattie psichiche al fine di ottenere una riabilitazione efficace della persona in società.

Uno studio di Antonio Vita & Stefano Barlati (2018), ha esaminato se il recupero nella schizofrenia sia possibile e come raggiungerlo, innanzitutto bisogna tener conto come questa patologia sia di carattere cronico e il forte impatto che ha sulla capacità funzionale come persona ed essere sociale. E' stato dimostrato come nella riabilitazione a lungo termine il recupero funzionale parziale o totale sia possibile, per arrivare a ciò è importante monitorare i fattori di rischio che possono incidere, come: le caratteristiche cliniche, socioeconomiche, l'efficacia degli antipsicotici e l'utilizzo di interventi psicosociali. La funzionalità sociale è diventato l'obiettivo primario da diversi anni ed è un parametro utile alla valutazione del processo riabilitativo e remissione della patologia, ciò è dimostrato sia possibile attraverso un approccio multiprofessionale e continuativo nel domicilio, con l'intervento del nucleo familiare a aggregazioni sociali. Dalla valutazione dell'efficacia dell'assistenza infermieristica extraospedaliera nei pazienti schizofrenici dopo la dimissione, si è verificato come l'educazione, informazione e implementazione del tasso di consapevolezza della patologia e dei suoi effetti, la compliance ai farmaci, e l'accettazione del piano incida sul miglioramento della qualità di vita e riduca l'indice di ricadute (Maoting Sì et al., 2017).

7) BIBLIOGRAFIA:

- Ahbishekh Hulegar Ashok , John Baugh , ¹ e Vikram K. Yeragani ² (2012). Paul Eugen Bleuler e l'origine del termine schizofrenia
- Alkomiet Hasan, Peter Falkai, Isabell Lehmann, Wolfgang Gaebe (2020). .“Schizophrenia”
- Andreas Carlborg, Kajsa Winnerbäck, Erik G Jönsson, Jussi Jokinen & Peter Nordström, (2014). Suicide in schizophrenia,
- Angus M. Strachan (1986). Family intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Toward Protection and Coping.
- Antonio Vita 1 2, Stefano Barlati 1 (2018). Guarire dalla schizofrenia: è possibile?. doi: 10.1097/YCO.0000000000000407.
- B. Carpiello (2010). Funzionamento sociale e schizofrenia.
- B. Pachoud P.M. Llorca J.M. Azorin C. Dubertret I. de Pierrefeu R. Gaillard N.Franck (2015). Come migliorare le pratiche e gli interventi per l'inserimento lavorativo delle persone con schizofrenia in Francia?.
- Deborah Antai-Otong, MS, RN, CNS, NP, CS, FAAN Employee Support Program, Mental Health Outpatient Clinic, VA North Texas Health Care System, 4500 South Lancaster Road, Dallas, TX 75216 (2003). Riabilitazione Psicosociale.
- Dushka Crane-Ross, PhD Wilma J. Lutz, PhD, RN Dee Roth, MA (2016). Consumer and case manager perspectives of service Empowerment: Relationship to Mental Health Recovery.
- Emine Yılmaz, Ayşe Okanlı (2015). The effect of Internalized Stigma on the Aherence to Treatment in patients with Schizophrenia.
- Ewelina Dziwota¹, Marian Zdzisław Stepulak² , Anna Włoszczak-Szubzda^{3,4}, Marcin Olajossy (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia.
- Frédéric Limosin a,b,, Jean-Yves Loze, Alain Philippe, Françoise Casadebaig, Frédéric Rouillon (2007). Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients.
- Gary R. Bond, Ph.D. Deborah R. Becker, M.Ed. Robert E. Drake, M.D., Ph.D. Charles A. Rapp, Ph.D. Neil Meisler, M.S.W. Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

- Morris D. Bell, Ph.D. Crystal R. Blyler, Ph.D (2001). Implementing supported employment as an evidence- based practice.
- Getinet Ayano , ¹Getachew Tesfaw , ² e Shegaye Shumet ² (2019). La prevalenza della schizofrenia e di altri disturbi psicotici tra i senzatetto: una revisione sistematica e una meta-analisi.
 - I-Chen Tang • Hui-Ching Wu (2012). Quality of life and Self-stigma in individuals with Schizophrenia.
 - Işıl Işık PhD1 | Gül Ergün PhD2 (2019). Hope and belong in patients with schizophrenia: a phenomenological study.
 - K. Villeneuve, S. Potvin, A. Lesage, L. Nicole (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder.
 - Kahyee Hor and Mark Taylor (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors.
 - Kristin Akerjordet and Elisabeth Severinsson (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. 13,164-170
 - Kuei-Ru Chou, Ya-Wen Shih, Chueh Chang, Yi-Ying Chou, Wei-Herng Hu, JosephJror-Serk Cheng, Chiu-Yueh Yang, and Chia-Jung Hsieh (2012). Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with Schizophrenia.
 - Kyoko Higashi, Goran Medic, Kavi J. Littlewood, Teresa Diez, Ola Granström and Marc De Hert (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review.
 - Lara Guedes de Pinho, Claudia Chaves, Anabela Pereira (2017). Nursing & Care Open access Journal Nursing Intervention in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship.
 - LeRoy Spaniol, Anthony M. Zlpple, and Doris Lockwood (1992). Il ruolo della famiglia nella riabilitazione psicosociale.
 - Loredana Lia, Alessandro Serretti. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, AlmaDL-Alma Mater Studiorum Università di Bologna (2014). Psichiatria per professioni Sanitaire.

- Maoting sì 1, Jia Guo 2, Canzone di Caiping 3, Feiyu Zheng 4 (2017). Effetti dell'assistenza infermieristica continuativa extraospedaliera sulla riabilitazione e sulla qualità della vita dei pazienti schizofrenici. doi: 10.1515/med-2017-0070.
- Minna Holm, Heidi Taipale, Antti Tanskanen, Jari Tiihonen, Ellenor Mitterdorfer-Rutz (2020). Occupazione tra le persone con schizofrenia o disturbo bipolare: uno studio basato sulla popolazione che utilizza registri nazionali. Volume 143, Numero 1/ P. 61-71
- Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Lancet. 2016 Jul 2;388(10039):86-97. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6. Epub 2016 Jan 15.
- Paweł Wójciak, Janusz Rybakowski. "Clinical picture, pathogenesis and psychometric assessment of negative symptoms of schizophrenia", 2018.
- Roland Vauth, Birgit Kleim, Markus Wirtz, Patrick W. Corrigan (2006). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia.
- Samantha Hartley^{a,b,*}, Jessica Raphael^a, Karina Lovell^c, Katherine Berry^a (2020). Effective nurse-patient relationship in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance.
- Silvana Galdaresi, Alessandro Rossi, Paola Rocca, Alessandro Bertolino, Armida Mucci, Paola Bucci, Paola RUCCI, Dino Gibertoni, Eugenio Aguglia, Mario Amore, Antonello Bellomo, Massimo Di Giannantonio, Andrea Fagliolini, Carlo Marchesi, Palermo Monteleone, Lucio Oldani, Federica Pinna, Rita Roncone, Emilio Sacchetti, Paolo Santonastaso, Alberto Siracusano, Antonio Vita, Patrizia Zeppegno, Mario Maj. Italian Network for Research on Psychoses (2014). The influence of illness-related variables, personal resources, and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia.
- Vita A., Barlati S (2018). Recovery from Schizophrenia: is it possible?. doi: 10.1097/YCO.0000000000000407.
- William D. Spaulding, Shelley K. Fleming, Dorie Reed, Mary Sullivan, Daniel Storzbach, and Mona Lam (1999). Funzionamento cognitivo in schizofrenia: implicazione per la riabilitazione psichiatrica.
- Ye M(1), Guo J(2), Song C(3), Zheng F(4). (2017). Effect of Out-of-Hospital in Schizophrenia Patients. doi: 10.1515/med-2017-0070. ECollection

SITOGRAFIA:

- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/26 . Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019.
- http://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/f%201998%20HEALTH%2021.pdf. Health21: La salute per tutti nel 21 secolo.
- <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-in-salute-mentale.html>. Infermiere in salute mentale. Fascino e complessità.
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>. Infermiere Case Manager, un importante agente di cambiamento, 2017.
- <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2015/08/Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf>. “Le competenze specialistiche dell’infermiere della salute mentale”.
- <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>. L’occhio dell’infermiere e la comunicazione con il paziente.
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf . Ministero della Salute, Le strutture Residenziali psichiatriche.
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2462_allegato.pdf. Ministero della Salute. Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza.
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf. Ministero della Salute- Definizione dei percorsi di cura da attivare nei DSM per i disturbi schizofrenici, disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità.
- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_ita.pdf;jsessionid=EE5E21827226F54DB60AE45ACBE439AE?sequence=8. “Piano d’azione per la salute mentale” 2013-2020
- <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/profilo-professionale-dellinfermiere.html>. Profilo Professionale dell’Infermiere: DM 739/94
- https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_it.pdf. “Rapporto 2001 dell’OMS sulla salute mentale”

- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf.
Raccomandazione n 4- Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale.
- <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>. Schizofrenia, 2020
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3081_0_alleg.pdf . Sintesi dei risultati principali- rapporto SISM 2019
- <https://www.schizofrenia24x7.it/> . Vivere con la schizofrenia.