

La frequenza dei fenomeni di interesse infermieristico in Salute Mentale: uno studio a metodo misto italiano

Claudio Maliziola¹, Giuseppe Marmo², Andrea Gargiulo³, Cesare Giovanni Moro⁴,
Maria Giuseppe Balice⁵, Emilia Comolli⁶, Vanna Poli⁷, Michele Compagnone⁸,
Stefano Gianolio⁹

¹RN, MSN, Centro Studi Professioni Sanitarie, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSM ASL Asti

²RN, MSN, Centro Studi Professioni Sanitarie

³RN, MSN, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSM-DP AUSL Bologna

⁴RN, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSM-D ASST Bergamo Ovest di Treviglio

⁵RN, MSN, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSM ASL Città di Torino

⁶RN, MSN, Centro Studi Professioni Sanitarie; DSM ASL Città di Torino

⁷RN, MSN, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSMD ASST Cremona, Welfare Regione Lombardia

⁸RN, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, DSM ASL Città di Torino

⁹RN, MSN, Centro Studi Professioni Sanitarie, AO Ordine Mauriziano Torino

Corrispondenza: claudio-maliziola@live.com

RIASSUNTO

Introduzione La comprensione dei fenomeni di interesse infermieristico permette di identificare le esigenze di cura della persona assistita e la conseguente offerta assistenziale. La letteratura scientifica in salute mentale è carente e non riporta distinzioni tra i differenti contesti assistenziali. L'obiettivo dello studio è descrivere i più frequenti fenomeni di interesse infermieristico in salute mentale, distinti in rapporto ai contesti assistenziali, per mettere in rilievo i loro caratteri salienti e per precisare le relative manifestazioni problematiche.

Materiali e metodi È stato realizzato uno studio a metodo misto. Nella fase 1 sono stati realizzati due *focus group*, per rilevare le situazioni problematiche che gli infermieri affrontano nel campo della Salute Mentale, analizzati utilizzando l'analisi tematica. Nella fase 2 è stato somministrato un questionario per rilevare la frequenza con cui gli infermieri ritengono di affrontare tali manifestazioni problematiche; i risultati sono stati analizzati con tecniche di statistica descrittiva.

Risultati Nella fase 1 sono stati rilevati 28 fenomeni, con 78 manifestazioni problematiche, in 5 dimensioni: *sanitaria, dell'autonomia, relazionale, dell'emozione, degli elementi contestuali*. Nella fase 2, è stato rilevato che la manifestazione problematica maggiormente affrontata è la *sofferenza della persona assistita*. Nella distinzione per contesto assistenziale, le manifestazioni più frequenti sono risultate appartenenti ai fenomeni *integrazione sociale, emotività ed eteroregolazione*.

Discussione e conclusioni Questo studio ha permesso di comprendere, attraverso la descrizione della loro frequenza, quali sono i fenomeni più rilevanti di interesse infermieristico in salute mentale nel contesto italiano. Dallo stesso possono derivare ulteriori studi che potrebbero permettere di precisare maggiormente lo specifico contributo dell'infermieristica in salute mentale.

Parole chiave: fenomeni di interesse infermieristico; assistenza infermieristica, infermieristica di Salute Mentale, metodo misto.

The frequency of nursing relevant phenomena in Mental Health: an Italian mixed-method study

ABSTRACT

Introduction The understanding of nursing relevant phenomena allows to identify the patients' care needs and to tailor consequently the care provision. Mental health scientific literature is poor and doesn't provide any distinction among different care contexts. The aim of this study is to describe the most frequent phenomena of nursing interest in Mental Health, according to their settings of care, in order to highlight their peculiarities and pinpoint their problematic expressions.

Materials and Methods Mixed methods study design. In phase 1, two focus groups were conducted in order to detect the challenging situations that nurses experience in the area of Mental Health, investigated by means of the thematic analysis. In phase 2, a questionnaire was administered in order to assess the nurses' perception

towards the frequency with which they addressed those problems; the results were analysed using descriptive statistical techniques.

Results In phase 1, 28 phenomena were detected, with 78 problematic manifestations, in 5 dimensions: health, autonomy, relational, emotion, contextual elements. In phase 2, it was found that the most frequently addressed event was the patients' suffering. In differentiating by care setting, the most frequent manifestations were found to belong to social integration phenomena, emotivity and hetero-regulation.

Discussion and conclusions This study showed, by describing their frequency, the main nursing relevant phenomena in Mental Health in the Italian context. Further studies can be developed from this survey, which could further enhance the specific contribution of mental health nursing.

Key words: nursing phenomena, nursing care, psychiatric nursing, mixed method.

INTRODUZIONE

Il mondo dell'infermieristica in Salute Mentale è stato nel tempo, ed è tuttora, caratterizzato da un'elevata complessità, che origina non solo dagli aspetti clinici e relazionali connessi alla cura e all'assistenza delle persone affette da un disagio o da un disturbo mentale (Petrucci et al., 2014), ma anche da altri fattori storici, riguardanti il percorso professionalizzante dell'infermiere (Boling, 2003), contestuali e culturali riferibili alla disomogeneità degli approcci assistenziali (Touzet, 2013), alle variegate modalità di lavoro dei *team* multiprofessionali, alla varietà dei modelli organizzativi adottati (Martens et al., 2021; Weaver et al., 2017), alle questioni etiche (Hem et al., 2015) che scaturiscono dalla pratica assistenziale.

All'interno di tale complessità si pone la questione della non sempre evidente chiarezza dello specifico contributo che l'infermieristica può dare all'interno del progetto assistenziale e/o riabilitativo. Infatti, l'assistenza infermieristica in Salute Mentale è stata storicamente associata al modello biomedico, a discapito di quello psico-sociale, che fa prevalere nell'operatività un approccio collaborativo di tipo aspecifico e che fa risaltare la dimensione esecutiva dell'infermiere più che quella autonoma (Busfield, 2001); tanto che lo studio australiano di Santangelo et al. (2018a) insiste sulla necessità di esplorare i suoi elementi distintivi sottolineando, tra l'altro, una sorta di cesura esistente tra dimensione teorica e dimensione agita, avvalorata dal fatto che molti infermieri sostengono di sapere che cos'è l'infermieristica ma di riuscire a descriverla solo vagamente.

Alla luce di tale difficoltà, assume particolare rilevanza epistemologica il concetto di bisogno di assistenza infermieristica, quale oggetto distintivo di studio dell'infermieristica (Manzoni, 2016) ed elemento sostanziale del ragionamento clinico dell'infermiere. Il bisogno di assistenza infermieristica, però, in quanto concetto che esprime la necessità di aiuto di una persona a fronte di una perdita di autonomia in rapporto a un problema di salute, non è un *a priori* da cui far derivare l'assistenza; esso può essere identificato (così come

anche sancito dal profilo professionale dell'infermiere) solo a partire dalla realtà dell'assistito (Collière, 1992). In altri termini, il bisogno di assistenza infermieristica promana necessariamente dal piano fenomenico, attraverso un processo induttivo (Manara, 2000). È da precisare che un fenomeno, nella sua accezione filosofica, è ciò che appare, ciò che manifesta esperienzialmente una condizione che viene poi configurata e letta dall'intelletto grazie a un'attività organizzatrice che ne permette la denominazione e la conoscenza (Kant, 1981). Il piano fenomenico dell'infermieristica è rappresentato, quindi, mutuando la terminologia ICNP® (Marucci et al., 2015), dai fenomeni di interesse infermieristico, cioè da "tutte quelle condizioni e situazioni particolari in cui l'infermiere interviene per produrre un risultato, rispondendo a necessità della persona, della famiglia o della comunità" (Ausili et al., 2018). Oggi pare urgente identificare in modo preciso le problematiche che richiedono un intervento dell'infermiere perché è a partire da queste che si possono identificare e misurare gli esiti per i quali l'intervento infermieristico è fondamentale (Ausili et al., 2018). Non solo, attraverso la comprensione dei fenomeni di interesse infermieristico è possibile predisporre gli elementi cognitivi per giungere a nuove conoscenze che, se applicate, migliorano l'assistenza (Hemman & Fought, 2010; Gordon 1998).

Non riuscire a comprendere la natura complessa e dinamica dei fenomeni di interesse infermieristico significa non riuscire a identificare le esigenze di cura e di intervento della persona assistita (Mitchell, 1994). Pur essendo presenti differenti ricerche a riguardo (Camià et al., 2006; Griesser, 2014), nel campo dell'infermieristica di salute mentale l'unico studio degno di nota è di Frauenfelder et al. (2011) che rilevano 64 diversi fenomeni ascrivibili, però, al solo contesto ospedaliero per adulti.

Quindi, considerata la necessità di rendere maggiormente evidente la specificità dell'infermieristica in salute mentale, è stato fondamentale, dal punto di vista sia identitario sia epistemologico, approfondire i fenomeni che la caratterizzano e la loro frequenza, indipendentemente dal contesto lavorativo in cui

viene esercitata.

OBIETTIVO

Questo studio ha avuto l'obiettivo di descrivere i più frequenti fenomeni di interesse infermieristico in salute mentale, distinti in rapporto ai contesti assistenziali, per mettere in rilievo i loro caratteri salienti e per precisare le relative manifestazioni problematiche.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato effettuato uno studio di ricerca a metodi misti, con disegno sequenziale esplorativo, per consentire una comprensione multiforme dei fenomeni di interesse infermieristico, e per rafforzare la loro profondità e ampiezza (Creswell e Plano Clark, 2017). La fase 1, di tipo qualitativo descrittiva, ha avuto l'obiettivo di rilevare, a partire da esperienze individuali, le situazioni problematiche che gli infermieri affrontano nel campo della Salute Mentale; tali situazioni sono state successivamente sottoposte, nella fase 2, a un'indagine di tipo quantitativo descrittivo, con l'obiettivo di rilevare la frequenza con cui gli infermieri ritengono di affrontarle.

Questo disegno è stato scelto tenendo conto di quanto sostenuto da Creswell e Plano Clark (2017) che lo ritengono indicato quando per concetti poco conosciuti (come i fenomeni considerati nell'indagine) occorre un'esplorazione qualitativa antecedente all'utilizzo di metodi più strutturati e formali.

Popolazione e tempo di studio

Nella fase 1 è stato effettuato un campionamento finalizzato (*purposive*) di 15 infermieri operanti nel campo della Salute Mentale, in quanto informatori chiave (Holloway e Galvin, 2017), provenienti da contesti regionali italiani differenti. Tale scelta è stata effettuata per garantire una maggior ricchezza di apporti, pur rispettando l'esiguità delle risorse a disposizione. Il campione è stato individuato dalla Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM) su proposta e reclutamento dei suoi coordinatori regionali.

I criteri d'inclusione del nostro studio sono stati i seguenti:

- *rappresentatività regionale*: professionisti provenienti da cinque Regioni del territorio italiano ripartite tra Nord, Centro, Sud e Isole;
- *ambito operativo di provenienza*: tre professionisti per ogni regione che lavorano nell'area della salute mentale, rispettivamente nell'emergenza urgenza (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), dell'assistenza territoriale

L'infermiere, 2021;58:4:e68-e81

(Centri di Salute Mentale o Centri Psicosociali) e nella residenzialità (Comunità o Residenze a Trattamento Intensivo);

- *riconosciuta esperienza finalizzata*, nel campo della salute mentale, di almeno cinque anni.

I professionisti coinvolti sono stati distribuiti eterogeneamente in due gruppi.

Nella fase 2, il campione di convenienza è stato costituito dagli infermieri di Salute Mentale, interessati all'indagine, reclutati dopo un'opportuna sensibilizzazione e spiegazione, da parte dei soci SISISM, sullo scopo della ricerca.

I criteri d'inclusione sono stati:

- *specificità operativa*, ossia operanti nell'area della Salute Mentale al momento della raccolta dati;
- *territorialità*, ossia operanti nei servizi sia pubblici sia privati del territorio italiano.

Per entrambe le fasi non sono stati previsti criteri d'esclusione. Lo studio è stato condotto, nelle sue fasi, da giugno 2018 a settembre 2019.

Strumento e procedura di raccolta dati

Fase 1

Sono stati effettuati due *focus group* (Kitzinger, 2006) condotti in modo non direttivo da un intervistatore con pregressa esperienza. Vista la necessità di far raccontare le esperienze, è stato scelto di indagare i punti di vista degli infermieri operanti nel campo della Salute Mentale, in merito alle situazioni problematiche che essi affrontano nel quotidiano avviando le interviste con una domanda chiave:

- *“Pensate alla vostra quotidianità. Le persone con disagio mentale hanno segni e sintomi che originano dalla propria patologia, verso i quali il medico fornisce risposte attraverso indicazioni terapeutiche. Tuttavia, vi sono anche altre manifestazioni problematiche, di differente tipologia, alle quali gli infermieri forniscono una loro risposta. Potreste descrivere, con il supporto anche di qualche esempio, tali manifestazioni problematiche?”*

A complemento di tale domanda sono state effettuate altre due domande di sviluppo e precisazione:

- *“Quali tra le manifestazioni problematiche descritte trovano risposte attraverso la collaborazione interprofessionale e quali ritenete debbano essere affrontate specificamente dall'infermiere?”*
- *“Quale valore aggiunto, in termini di benefici per la persona, fornisce l'infermiere con la sua risposta?”*

Le interviste sono state audio registrate e successivamente trascritte integralmente per poi

essere analizzate.

È stato scelto di condurle all'interno di un Ordine delle Professioni Infermieristiche provinciale, perché luogo istituzionale di stampo professionale, ma esterno ai contesti lavorativi.

Fase 2

Sulla base dell'analisi del contenuto della fase 1 è stato predisposto un questionario.

Il questionario, perfezionato a seguito di un test pilota condotto attraverso un panel di 20 infermieri esperti, oltre a raccogliere alcuni dati sociodemografici, ha inteso rilevare la frequenza con cui gli infermieri ritengono di affrontare le manifestazioni problematiche loro proposte attraverso 78 item.

La frequenza è stata rilevata attraverso una scala Likert a 7 livelli (NP Non pertinente alla tipologia del mio servizio; 0 Mai; 1 Raramente; 2 Una volta al mese; 3 Più volte al mese; 4 Più volte a settimana; 5 Quotidianamente). Il questionario è stato diffuso a livello nazionale tramite la piattaforma *on line* gratuita Google Moduli, seguendo i criteri di campionamento.

Analisi dati

Fase 1

Le trascrizioni sono state codificate seguendo un approccio induttivo e analizzate utilizzando l'analisi tematica descritta da Braun e Clarke (2006). Ogni trascrizione è stata codificata separatamente da tre ricercatori (SG, CM e GM) e discussa fino a raggiungere un consenso su ciascun codice.

Le interpretazioni poco chiare o opposte delle interviste sono state ulteriormente convalidate dalle discussioni con il resto dei ricercatori.

Dopo la codifica iniziale, corrispondente alle manifestazioni problematiche, è iniziato un processo iterativo di revisione dei codici a mano a mano che i codici generali venivano sviluppati. Ciò ha portato allo sviluppo e al perfezionamento di cinque temi strutturali, definiti "dimensioni", ciascuno dei quali conteneva più sotto temi corrispondenti ai "fenomeni di interesse infermieristico in salute mentale". I fenomeni sono stati gerarchizzati secondo due livelli di generalità: quelli di tipo I, più generali, e quelli di tipo II che esprimono declinazioni più circoscritte dei primi.

Per assicurare la rigosità dell'analisi e dell'interpretazione delle interviste, sono stati seguiti i criteri descritti da Guba e Lincoln (1981). I ricercatori, attraverso un'analisi riflessiva, hanno pertanto valutato la possibile influenza dei loro *background*, percezioni e interessi (Ruby, 1980) identificando tra i ricercatori principali due senza esperienza clinica diretta in salute mentale. È stato

scelto di trattare i dati in modo dapprima indipendente, attraverso la *Stepwise replication technique*, per poi successivamente compararli. I risultati sono stati infine discussi dall'intero gruppo di ricerca, per garantirne la credibilità.

Si è ritenuto non necessario procedere a ulteriori *focus group* perché le informazioni raccolte sarebbero risultate ridondanti o ripetitive.

Fase 2

Le risposte al questionario sono state inserite su un *database*, in una matrice di *Microsoft Excell®2016*, e analizzate con *test* di statistica descrittiva in modo distinto per ambito operativo: servizi di diagnosi cura, centri di Salute Mentale, residenzialità.

Considerazioni etiche

Tutte le informazioni sono state raccolte rispettando la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 101/2018), previa richiesta di consenso per ogni fase di studio e relativa illustrazione degli obiettivi. I partecipanti alla fase 1 hanno firmato una liberatoria per l'audio-registrazione; mentre ai partecipanti alla Fase 2 è stato esplicitato che, partecipando al questionario, avrebbero espresso il loro consenso allo studio. L'indagine è stata svolta secondo le linee guida di Helsinki ed è stata autorizzata dai Consigli Direttivi delle due associazioni coinvolte, ossia il Centro Studi Professioni Sanitarie (CESPI) e la Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM). I dati non saranno resi accessibili a terzi.

RISULTATI

Ai 2 *focus group* hanno partecipato 15 infermieri: nel primo 3 dell'Emilia-Romagna, 3 della Lombardia e 3 della Sardegna; nel secondo 3 del Trentino-Alto Adige e 3 del Piemonte.

Dalla loro analisi, sono state codificate 78 manifestazioni problematiche, categorizzate in 28 fenomeni di interesse infermieristico (15 di tipo I e 13 di tipo II), ascrivibili a 5 macrocategorie denominate dimensioni: *sanitaria, dell'autonomia, relazionale, dell'emozione e degli elementi contestuali*.

Dimensione sanitaria

La dimensione sanitaria raccoglie le manifestazioni problematiche inerenti i fenomeni dell'aderenza terapeutica, dell'autogestione della sintomatologia, delle scelte appropriate, dell'efficacia terapeutica, del riposo e del rapporto con il proprio corpo.

Secondo gli intervistati, la persona con disagio/disturbo mentale fatica a riconoscere i segnali di malessere, che spesso precedono momenti di crisi, e non conosce strategie di compenso da mettere in atto quando queste ultime si manifestano.

Inoltre, le persone spesso necessitano di recuperare le capacità di agire comportamenti congrui alle varie situazioni che si palesano giornalmente nella loro vita e devono scegliere le strategie appropriate per risolvere le problematiche incontrate nel loro quotidiano. Le persone con disagio mentale, soprattutto durante episodi di grave crisi psicotica, possono avere un alterato rapporto con il proprio corpo fino al punto che azioni banali, come lavarsi, possono apparire agli occhi della persona assistita come ostacoli insormontabili. Le persone assistite possono avere difficoltà rispetto all'aderenza terapeutica, in particolare nell'assunzione della terapia farmacologica, ma anche nel mantenere una bassa carica emotiva per favorire l'efficacia delle cure. A tutto ciò si aggiunge la possibilità che esse vivano alterazioni del ritmo sonno-veglia.

A seguire sono riportati alcuni estratti delle interviste che sono stati utilizzati per la codifica in manifestazioni problematiche:

- *è frequente il dover affrontare l'autogestione della sintomatologia, che riguarda non solo la spiegazione di ciò che ti sta succedendo, ma anche il come poter riconoscere i segnali precoci di crisi;*
- *fondamentale è l'aiuto da offrire per contribuire all'efficacia delle cure prestate, anche perché molti farmaci richiedono giorni per fare effetto; mantenere un'emotività controllata favorisce sicuramente l'efficacia delle cure;*
- *ripristinare il rituale di sonno perché il paziente non riesce a dormire è un aspetto ricorrente;*
- *non è sufficiente un lavoro di controllo rispetto alla corretta assunzione; è anche necessario un lavoro di condivisione rispetto alla continuità [...] alla compliance;*
- *a volte, nelle situazioni di gravi crisi psicotica, il rapporto con il proprio corpo, è, come dire, sovvertito, [...] come, per esempio, nel lavarsi: lui sarebbe autosufficiente dal punto di vista fisico, potrebbe anche farlo da solo, ma non riesce e ha bisogno di aiuto.*

Dimensione dell'autonomia

Nella dimensione dell'autonomia sono state categorizzate manifestazioni problematiche riguardanti fenomeni sulla consapevolezza, la comprensibilità della situazione, la percezione del "proprio" tempo, la percezione di integrità, il governo della vita quotidiana, l'eteroregolazione, la progettualità di vita e l'occupabilità. Gli infermieri, nelle interviste, hanno sostenuto di trovarsi spesso ad affrontare non solo la non accettazione della condizione di disagio/disturbo mentale sia per la persona assistita sia per i familiari, ma anche il loro bisogno di comprendere l'esperienza che stanno

vivendo. È emersa anche la necessità delle persone di avere un tempo adeguato, senza anticipare, per fretta, le richieste di aiuto. Alcune persone, poi, ritengono di non vedere riconosciuta la loro dignità, sentendosi smembrate nella loro unità bio-psico-sociale.

Un altro fenomeno su cui gli infermieri dichiarano di lavorare è la compromissione totale o parziale della capacità di realizzare attività di vita quotidiana per rispondere ai propri bisogni fondamentali (lavarsi, vestirsi, evacuare/mingere in modo continente, spostarsi, alimentarsi) o attività strumentali quali: usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governare la casa, fare il bucato, utilizzare i mezzi di trasporto, assumere i farmaci, usare il denaro. Anche il recupero, il miglioramento o il mantenimento delle loro capacità lavorative e occupazionali, che il disagio o disturbo mentale rischia di compromettere, sono aspetti rilevanti per l'assistenza.

Gli infermieri hanno anche riferito che la persona assistita, soprattutto nel momento di acuzie, necessita, o addirittura chiede, di essere ricompattata negli eccessi, allorché percepisce di non essere in grado di auto-regolarsi. Questo fenomeno induce la stessa a seguire regole impartite dall'esterno, che le permettono di ridurre quegli stimoli che possono essere deleteri per la sua salute e per il suo benessere.

Qui di seguito sono riportati alcuni estratti delle interviste che sono stati utilizzati per la codifica in manifestazioni problematiche:

- *c'è tutta la fascia delle persone che ruotano intorno al paziente che non accettano la malattia. [...] Mio figlio non è psicotico! Mio figlio non ha voglia! [...] non è malato [...];*
- *è significativo esplorare insieme al paziente, che senso ha il trovarsi lì? Io ero fuori, ero a scuola, ero a lavorare, adesso mi trovo qui in questo spazio qui [...] che non è un luogo neutro;*
- *devo lasciare il tempo anche a lui di conoscere me; nel senso che, se riesco a percepire il suo tempo perché possa parlare, perché possa esprimersi, perché si possa appoggiare, allora diventa più facile rapportarsi con lui;*
- *tu hai davanti una persona che è come se fosse smembrata. [...] e che deve ritornare ad avere una sua dignità di persona;*
- *c'era un paziente che non si era tolto le calze per due anni perché aveva un delirio: se gli toglievi le calze lui moriva;*
- *fondamentale è l'aiuto pratico per le questioni di vita e le cose di base, insomma quelle che richiedono autonomia.*

Se non è in grado di lavarsi, se non è in grado di cucinare, di andare a fare la spesa [...] bisogna andare insieme con lui a fare la spesa, fargli

vedere il tragitto dall'autobus per andare al servizio [...];

- *a volte ti chiedono di essere anche un po' ricompattati negli eccessi [...]; loro ne traggono giovamento;*
- *noi abbiamo la lavanderia sociale con pazienti in tirocinio formativo che lavano, fanno il giro con le macchine, vanno a prendere gli indumenti sporchi glieli lavano.*

Dimensione relazionale

Nella dimensione relazionale sono stati categorizzati i fenomeni legati alla percezione di accoglienza, alla considerazione personale, alla fiducia, alla sicurezza, alla comunicazione, all'espressione del bisogno, alla sintonizzazione affettiva, all'accesso all'informazione, all'integrazione sociale e alla socializzazione e alla strutturazione di legami.

Gli infermieri hanno riferito di lavorare sulle necessità delle persone di sentire accolto il proprio carico emotivo, di essere considerate e ascoltate, anche per sfogare il proprio malessere interiore. Per questo esse ricercano un rapporto di fiducia con le altre persone che le circondano: per sentirsi sicure e per costruire una rete sociale in cui possano vivere momenti di confronto e di interazione.

Gli infermieri intervistati talvolta si ritrovano a lavorare sulla compromissione della persona assistita della sua capacità interpretativa del linguaggio verbale e non verbale; condizione che porta a un'alterazione o a un'incapacità comunicativa verso il prossimo. Sono state, inoltre, rilevate manifestazioni problematiche legate all'identificazione ed espressione del bisogno.

Le persone assistite necessitano, inoltre, di un punto di riferimento perché non vogliono sentirsi abbandonate. Proprio nella relazione terapeutica tra persona assistita e operatore si attiva una connessione tra le componenti fisiche della comunicazione e la loro interiore risonanza affettiva. Gli infermieri hanno anche riferito la mancanza, da parte delle persone assistite, di informazioni adeguate; la persona, per questo motivo, cerca informazioni sul proprio stato di salute, molte volte su siti non scientificamente validi; frequentemente, non avendo capacità critiche specifiche riguardo l'argomento trattato, le informazioni distorte o il semplice eccesso di informazioni possono costituire un fattore ansiogeno deleterio per la persona.

Sono proposti, qui di seguito, alcuni estratti delle interviste che sono stati utilizzati per la codifica in manifestazioni problematiche:

- *l'accoglienza è proprio la base, perché essere accolti in un modo dove le cose sono chiare, dove ti presenti, dove dai indicazioni, fa la differenza;*

- *bisogna ascoltarli tantissimo;*
- *il paziente si rapporta con chiunque gli dia sicurezza, gli dia fiducia;*
- *la psicosi abbassa o altera tantissimo la capacità di comunicazione, anche la capacità di lettura del verbale e del non verbale dell'altro [...];*
- *l'utente fatica a leggere il suo bisogno e fatica a esprimerlo;*
- *l'informazione se la vanno a cercare [...] ovviamente su Google, [...] ma prima di trovare delle informazioni che siano scientificamente valide ti imbatti in centinaia di siti che non fanno altro che aumentare ancora di più la preoccupazione, l'ansia;*
- *devi tenere conto della libertà del paziente che può fare quello che vuole lui, che vuole "smattare", che non vuole lavarsi, che vuole fare tutta una serie di cose che tu, invece, devi cercare in qualche modo di rendere più socialmente accettabile;*
- *il problema è come rapportarsi con tutto il mondo che è fuori [...] per il bisogno di ricucire delle reti sociali.*

Dimensione dell'emozione

Questa dimensione raccoglie al suo interno un unico fenomeno di interesse infermieristico, quello dell'emotività, appunto.

Gli infermieri intervistati hanno riferito di lavorare frequentemente con le emozioni della persona assistita e, in particolare, sono stati descritti sentimenti di frustrazione, rabbia, paura e sofferenza.

Ecco alcuni estratti delle interviste che sono stati utilizzati per la codifica in manifestazioni problematiche:

- *in generale si ha il compito di controllare l'emotività espressa;*
- *lui ti chiede rassicurazioni [...], perché comunque ha molta paura;*
- *è importante cercare di capire qual è la rabbia che lo muove [...] per poi insegnargli, magari, delle strategie per affrontare, non so [...] la rabbia o le frustrazioni;*
- *tu non fai altro che raccogliere la sofferenza [...]: io so quanto tu soffri, so quanto può essere difficile.*

Dimensione degli elementi contestuali

All'interno di questa dimensione sono stati individuati fenomeni di interesse infermieristico legati alla costrittività contestuale, alla famiglia e alla stigmatizzazione.

Gli infermieri hanno riferito di lavorare sugli spazi fisici in cui le persone vengono ricoverate, che non sempre sono a misura di persona. Essi sostengono, inoltre, di impegnarsi per l'abbattimento della stigmatizzazione verso le persone assistite che trovano difficile presentarsi al mondo per paura di essere giudicate,

rischiando di compromettere il percorso di cura. Gli infermieri hanno riferito anche di occuparsi dei loro familiari.

A seguire sono riportati alcuni estratti delle interviste che sono stati utilizzati per la codifica in manifestazioni problematiche:

- *dover presentarsi al mondo, raccontando di assumere terapie psichiatriche è veramente una cosa difficile;*
- *è fondamentale lavorare per l'abbattimento dello stigma, perché è complesso non entrare nell'ottica del giudizio;*
- *i pazienti che si ritrovano in uno spazio, a volte ristretto, da condividere 24 ore su 24 con persone*

che non conoscono, anche loro in una fase acuta della malattia, genera paura e sospetto;

- *bisogna tenere conto dell'importanza per il familiare di avere qualche strumento per sentirsi utile, per essere efficace all'interno del percorso di cura che [...] dovranno affrontare.*

I fenomeni di interesse infermieristico, attraverso le loro manifestazioni problematiche, sono stati ulteriormente indagati attraverso un questionario nella fase 2.

Gli infermieri che hanno risposto al questionario sono stati 473; le loro caratteristiche sociodemografiche sono descritte nella tabella 1.

Campione	N = 473
Età, media (ds)	46.33 (±10.13)
Genere	
Femminile, n (%)	345 (72.9)
Maschile, n (%)	128 (27.1)
Regione di lavoro	
Lombardia, n (%)	113 (23.9)
Emilia-Romagna, n (%)	71 (15.0)
Piemonte, n (%)	60 (12.7)
Veneto, n (%)	40 (8.5)
Friuli Venezia – Giulia, n (%)	28 (5.9)
Marche, n (%)	24 (5.1)
Toscana, n (%)	24 (5.1)
Lazio, n (%)	21 (4.4)
Trentino-Alto Adige, n (%)	15 (3.2)
Sardegna, n (%)	14 (3.0)
Valle d'Aosta, n (%)	12 (2.5)
Campania, n (%)	11 (2.3)
Puglia, n (%)	11 (2.3)
Sicilia, n (%)	9 (1.9)
Abruzzo, n (%)	8 (1.7)
Liguria, n (%)	8 (1.7)
Umbria, n (%)	2 (0.4)
Basilicata, n (%)	1 (0.2)
Calabria, n (%)	1 (0.2)
Molise, n (%)	0 (0)
Ambito lavorativo	
SPDC, n (%)	182 (38.5)
CSM/CPS, n (%)	166 (35.1)
Comunità/Cliniche, n (%)	107 (22.6)
Dip. Patologiche, n (%)	9 (1.9)
Area penitenziaria, n (%)	9 (1.9)

Tabella 1. – Caratteristiche sociodemografiche degli infermieri.

Da una prima analisi dei dati si è riscontrato che il livello 3 (più volte al mese), definente un livello intermedio di frequenza, è stato crociato molto spesso per quasi tutti gli *item*. Considerato che l'obiettivo dell'indagine era quello di esplicitare i più frequenti fenomeni di interesse infermieristico, si è scelto di non prendere in considerazione tali dati intermedi (che vengono implicitamente considerati come una base comune a tutti i fenomeni) in modo da far emergere con maggior

L'infermiere, 2021;58:4:e68-e81

nettezza quei fenomeni riscontrati più frequentemente nell'operatività infermieristica. Inoltre, al fine di rendere ancora più evidente sul piano numerico gli estremi delle frequenze rilevate, sono stati realizzati due grossi accorpamenti: il primo ha raggruppato i livelli 4 (più volte alla settimana) e 5 (quotidianamente); il secondo i livelli 0 (mai), 1 (raramente) e 2 (una volta al mese). Il livello NP (non pertinente) ha riscontrato una bassa percentuale di risposte in tutti gli *item*; pertanto, si è

deciso di non considerarlo.

Tabella 2. –Gerarchizzazione delle dimensioni, dei fenomeni e delle relative manifestazioni problematiche.

FENOMENI (*)	MANIFESTAZIONI PROBLEMATICHE	TOT.	SPDC	CSM	Resid.
		livelli 4+5	livelli 4+5	livelli 4+5	livelli 4+5
		% su 473	% su 182	% su 166	% su 107
DIMENSIONE SANITARIA (32.8%)					
ADERENZA TERAPEUTICA (40.6%)	1. Difficoltà della persona assistita di comprensione delle terapie e/o dei trattamenti proposti.	42.71	59.89	28.31	34.58
	2. Incapacità della persona assistita di assumere le terapie e/o seguire trattamenti.	39.53	52.20	29.52	34.58
	3. Non volontà, della persona assistita, nell'assumere le terapie e/o seguire trattamenti.	41.23	57.14	27.11	33.64
	4. Discontinuità della persona assistita nell'assumere le terapie e/o seguire trattamenti.	38.69	50.55	30.12	28.97
Autogestione della sintomatologia (40.1%)	5. Incapacità totale o parziale, della persona assistita, di riconoscere segni, sintomi (correlati direttamente allo squilibrio mentale) e fattori scatenanti episodi di crisi.	42.71	57.14	25.30	42.06
	6. Incapacità totale o parziale, della persona assistita, a identificare gli atteggiamenti e/o comportamenti adeguati a fronteggiare le esacerbazioni.	40.59	53.30	21.69	42.99
Scelte appropriate (40.5%)	7. Incapacità della persona di definire con i terapeuti strategie di autocura alternative ai trattamenti farmacologici.	37.21	45.05	22.89	44.86
	8. Incapacità totale o parziale, della persona assistita, di scegliere e agire comportamenti congrui al recupero, mantenimento o miglioramento del proprio benessere.	38.48	47.25	22.89	44.86
	9. Incapacità totale o parziale, della persona assistita, di scegliere e attuare azioni adeguate per affrontare situazioni difficili	42.49	52.20	28.31	45.79
Efficacia terapeutica (23.6%)	10. Insufficienti effetti terapeutici dei trattamenti sulla persona per scarsa suscettibilità individuale.	22.41	29.12	12.05	25.23
	11. Capacità non adeguate della persona/care giver nella gestione dei trattamenti.	24.74	35.16	13.25	23.36
RIPOSO – SONNO (33.1%)	12. Ritualità di induzione al sonno inefficaci della persona assistita.	26.22	35.16	15.66	25.23
	13. Difficoltà a rilassarsi e ad addormentarsi della persona assistita.	41.01	51.65	29.52	40.19
	14. Frequenti interruzioni del sonno della persona assistita.	43.34	58.78	27.71	39.25
	15. Tempi di sonno sproporzionati in eccesso.	25.58	31.32	15.06	30.84
RAPPORTO CON IL PROPRIO CORPO (19.2%)	16. Alterazione dei ritmi circadiani.	29.18	40.66	16.27	20.04
	17. Difficoltà della persona assistita a entrare in contatto con il proprio corpo.	21.14	21.43	18.07	24.30
	18. Comportamenti di evitamento di contatto fisico con altri.	18.39	19.78	18.67	16.82
	19. Eccessiva ricerca del contatto fisico.	19.45	24.18	7.23	28.97
	20. Alterata percezione del proprio corpo.	20.30	20.33	15.66	25.23
	21. Autolesionismo.	15.01	24.18	7.23	9.35
	22. Difficoltà a vivere la propria sessualità.	21.14	14.84	19.88	30.84
DIMENSIONE DELL'AUTONOMIA (35.4%)					
CONSAPEVOLEZZA (40.1%)	23. Incapacità parziale o completa, della persona assistita, di riconoscimento della condizione di disagio.	40.80	49.45	30.72	42.06
	24. Difficoltà, della persona assistita, a comprendere le proprie necessità.	42.07	47.25	30.72	46.73
	25. Difficoltà, della persona assistita, nel manifestare le proprie necessità.	37.63	42.31	30.72	39.25
	26. Difficoltà, della persona assistita, nel rendersi conto delle proprie reazioni.	39.96	47.80	25.90	43.93
Comprensibilità della situazione (36.4%)	27. Incapacità o rifiuto, della persona assistita, di comprendere il significato del vissuto rispetto alla situazione di disagio mentale.	38.90	48.35	28.31	36.45
	28. Incapacità o rifiuto, della persona assistita, di condividere l'esperienza di disagio mentale.	34.46	43.41	23.49	35.51
	29. Diffidenza, della persona assistita, nei confronti dell'offerta assistenziale.	35.94	53.30	18.67	29.91
Percezione del "proprio tempo" (34.4%)	30. Allungamento/riduzione/accelerazione disfunzionale dei tempi della persona nel fluire dei propri processi cognitivi.	34.46	42.31	24.10	37.38
Percezione di integrità (18.1%)	31. Sensazione, della persona assistita, di non riconoscersi come persona, ma come un essere smembrato.	15.01	18.68	9.04	15.89
	32. Sensazione, della persona assistita, di perdita della dignità.	21.14	24.73	19.28	16.82
GOVERNO DELLA VITA QUOTIDIANA	33. Incapacità della persona assistita di svolgere attività personali.	38.90	39.01	34.34	46.73
	34. Difficoltà della persona assistita a organizzare il proprio tempo.	54.55	52.75	50.00	60.75

(46.8%)					
Eteroregolazione (45.3%)	35. Difficoltà della persona assistita nel gestire il denaro.	53.91	51.10	46.39	67.29
	36. Irrequietezza e compulsività della persona assistita.	53.28	65.93	34.94	55.14
	37. Comportamenti a rischio di sicurezza della persona assistita.	28.75	43.41	14.46	24.30
PROGETTUALITÀ DI VITA (35.7%)	38. Incapacità, della persona assistita, di definire le priorità di scelta rispetto al suo progetto di vita.	45.45	53.30	28.31	55.14
	39. Incapacità, della persona assistita, di attuare le priorità di scelta rispetto al suo progetto di vita.	42.07	48.90	27.71	47.66
	40. Rifiuto dei caregiver di assecondare le richieste del paziente rispetto al suo progetto di vita.	19.66	23.63	12.65	20.56
OCCUPABILITÀ (26.5%)	41. Stigmatizzazioni, verso la persona assistita, che ostacolano la ricerca di un'occupazione.	25.58	23.63	28.31	21.50
	42. Rifiuto, incapacità di aderire e/o mantenere attività di occupazione terapeutica.	27.27	33.52	18.07	29.91
DIMENSIONE RELAZIONALE (30.0%)					
PERCEZIONE DI ACCOGLIENZA (27.6%)	43. Sensazione, della persona assistita, di non sentirsi riconosciuto dalla propria famiglia e/o dagli operatori.	29.18	33.52	23.49	28.04
	44. Agitazione della persona assistita correlata al contatto con ambienti e persone non familiari.	26.00	39.01	13.25	24.30
Considerazione personale (33.7%)	45. Sensazione della persona assistita di non essere ascoltato.	33.40	41.21	24.70	28.97
	46. Sottostima di sé, della persona assistita.	41.01	45.05	38.55	37.38
	47. Percezione di un pregiudizio della persona assistita.	26.85	29.12	25.30	24.30
Fiducia (21.1%)	48. Mancanza o perdita di fiducia nell'altro da parte della persona assistita.	24.95	29.67	18.07	24.30
	49. Difficoltà della persona assistita a stabilire relazioni significative e continuative con gli operatori.	17.34	24.73	8.43	17.76
Sicurezza (30.3%)	50. Sensazione di insicurezza, della persona assistita, relativamente al contesto di cura e alle relazioni.	22.41	29.67	11.45	24.30
	51. Incertezza, della persona assistita, nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.	38.27	40.11	28.92	47.66
COMUNICAZIONE (30.1%)	52. Incapacità, della persona assistita, di trasmissione di informazioni verbali e non verbali.	30.02	32.42	22.29	38.32
	53. Incapacità, della persona assistita, di decodificare il linguaggio verbale e non verbale.	30.02	32.97	21.08	37.38
Espressione del bisogno (27.0%)	54. Difficoltà di ordine linguistico, nell'espone i propri vissuti e i propri problemi	24.31	22.53	19.88	32.71
	55. Difficoltà di ordine culturale, nell'espone i propri vissuti e i propri problemi	24.10	23.63	18.67	34.58
	56. Difficoltà di ordine emotivo, nell'espone i propri vissuti e i propri problemi.	32.77	34.07	24.70	42.06
Sintonizzazione affettiva (31.9%)	57. Relazione comunicativa critica.	27.91	31.87	18.67	32.71
	58. Influenza di meccanismi di difesa, della persona assistita, nella relazione.	35.94	39.56	26.51	42.06
ACCESSO ALL'INFORMAZIONE (18.1%)	59. Mancanza di informazioni della persona assistita in merito alla propria condizione di salute.	22.62	23.08	16.87	29.91
	60. Eccesso di informazioni della persona assistita in merito alla propria condizione di salute.	7.82	8.24	5.42	9.35
	61. Informazione distorta in possesso della persona assistita.	23.89	24.73	18.07	28.97
INTEGRAZIONE SOCIALE (44.5%)	62. Rifiuto della persona assistita di rispettare le norme.	50.74	67.03	24.70	58.88
	63. Comportamenti eccessivi, della persona assistita, dovuti a sovraccarico emotivo.	38.05	53.85	19.28	37.38
Socializzazione e strutturazione di legami (35.9%)	64. Solitudine o isolamento sociale della persona assistita.	46.93	52.20	47.59	36.45
	65. Sovraccarico di responsabilità della persona assistita/familiare.	24.95	25.82	24.70	21.50
DIMENSIONE DELL'EMOZIONE (42.2%)					
EMOTIVITÀ (42.2%)	66. Aggressività verbale e fisica della persona assistita.	34.25	52.20	13.25	34.58
	67. Frustrazione della persona assistita.	39.32	47.25	28.31	41.12
	68. Rabbia della persona assistita.	39.11	53.30	18.67	42.99
	69. Paura della persona assistita.	32.98	42.31	24.10	29.91
	70. Sofferenza della persona assistita.	56.45	66.48	51.81	47.66
	71. Noia della persona assistita.	50.95	63.19	31.33	56.07
DIMENSIONE DEGLI ELEMENTI CONTESTUALI (32.5%)					
COSTRITTIVITÀ CONTESTUALE (24.8%)	72. Paura e/o insofferenza per la condivisione di spazi con persone sconosciute.	32.98	44.51	19.88	32.71
	73. Paura di ambienti che limitino il contatto con i sanitari.	16.49	22.53	9.04	17.76
	74. Paura durante le attività di Trattamento Sanitario Obbligatorio.	24.95	34.07	19.88	16.82
FAMIGLIA (47.9%)	75. Inadeguatezza della rete familiare nel prendersi cura del proprio caro.	42.49	47.25	27.71	55.14
	76. Presenza di legami disfunzionali all'interno della rete familiare	53.28	58.24	40.96	61.68
STIGMATIZZAZIONE (24.8%)	77. Vergogna della persona assistita nel fornire informazioni rispetto alla terapia assunta.	20.51	23.08	18.67	18.69
	78. Paura della persona assistita di giudizi di valore.	28.96	27.47	27.71	30.84

(*) **Legenda:**

- I fenomeni di tipo I sono scritti con carattere maiuscolo.
- I fenomeni di tipo II sono scritti con carattere minuscolo.

	Somma delle medie delle percentuali, delle risposte con punteggio 4 e 5, delle dimensioni dei fenomeni
	Prime 15 manifestazioni problematiche

Come si evince dalla tabella 2, nell'analizzare i risultati si è scelto sia di considerarli in forma aggregata, a prescindere dai settori di lavoro, sia di distinguerli secondo l'ambito di operatività: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Centri di Salute Mentale (CSM), Residenzialità.

Considerando i dati in forma aggregata, dall'analisi del livello di frequenza, corrispondente alla somma delle medie delle percentuali delle risposte con punteggio 4 e 5 (più volte a settimana/quotidianamente), è emerso che gli infermieri affrontano con più frequenza fenomeni appartenenti alla dimensione dell'*emozione* (42,2%); a seguire quelli afferenti alla dimensione dell'*autonomia* (35,4%), a quella *sanitaria* (32,8%), a quella degli *elementi contestuali* (32,5%) e a quella *relazionale* (30,0%).

Successivamente, sempre con lo stesso criterio, è stata stilata un'ulteriore graduatoria sulle manifestazioni problematiche più frequenti ed è risultato che tra le prime quindici vi sono: *sofferenza della persona assistita* (56,45%); *difficoltà della persona assistita a organizzare il proprio tempo* (54,55%); *difficoltà della persona assistita a gestire il denaro* (53,91%); *irrequietezza e compulsività della persona assistita* (53,28%); *presenza di legami disfunzionali all'interno della rete familiare* (53,28%); *noia della persona assistita* (50,95%); *rifiuto della persona assistita di rispettare le norme* (50,74%); *solitudine o isolamento sociale della persona assistita* (46,93%); *incapacità, della persona assistita, di definire le priorità di scelta rispetto al suo progetto* (45,45%); *frequenti interruzioni del sonno della persona assistita* (43,34%); *difficoltà della persona assistita di comprensione delle terapie e/o dei trattamenti proposti* (42,71%); *incapacità totale o parziale, della persona assistita, di riconoscere segni, sintomi (correlati direttamente allo squilibrio mentale) e fattori scatenanti episodi di crisi* (42,71%); *incapacità totale o parziale, della persona assistita, di scegliere e attuare azioni adeguate per affrontare situazioni difficili* (42,49%); *inadeguatezza della rete familiare di prendersi cura del proprio caro* (42,49%); *difficoltà, della persona assistita, a comprendere le proprie necessità* (42,07%).

Leggendo i dati delle manifestazioni problematiche maggiormente frequenti, in forma distinta, nei tre maggiori ambiti operativi, è emerso che nell'area dell'Emergenza e Urgenza (SPDC), le prime 15

manifestazioni problematiche che gli infermieri si trovano ad affrontare con maggiore frequenza rientrano prevalentemente nei fenomeni di tipo 1, ossia *aderenza terapeutica, riposo/sonno, governo della vita quotidiana, progettualità di vita, integrazione sociale, emotività e famiglia*. Invece, quelle di tipo 2 riscontrate maggiormente sono: *autogestione della sintomatologia, comprensibilità della situazione ed eteroregolazione*. Nel dettaglio, la manifestazione problematica riscontrata con maggior frequenza è stata quella del *rifiuto della persona assistita di rispettare le norme* (67,03%). Nell'area territoriale e ambulatoriale (CSM o CPS), le prime 15 manifestazioni problematiche che gli infermieri si trovano ad affrontare con maggiore frequenza fanno riferimento, per quelli di tipo 1, ai fenomeni *aderenza terapeutica, riposo/sonno, consapevolezza, governo della vita quotidiana, emotività e famiglia*. Mentre, per quelli di tipo 2, i fenomeni maggiormente rilevati sono: *eteroregolazione, considerazione personale e socializzazione/strutturazione di legami*. La *sofferenza della persona assistita* (51,81%) è la manifestazione problematica più affrontata.

Le 15 manifestazioni problematiche più affrontate dagli infermieri nell'area della residenzialità, riguardano, per i fenomeni di tipo 1, *consapevolezza, governo della vita quotidiana, progettualità di vita, integrazione sociale, emotività e famiglia*; per i fenomeni di tipo 2, i fenomeni maggiormente riscontrati sono stati: *scelte appropriate, eteroregolazione, sicurezza*. La *difficoltà della persona assistita nel gestire il denaro* (67,29%) è stata la manifestazione problematica maggiormente riscontrata nella quotidianità.

DISCUSSIONE

Tenendo in considerazione i primi 15 *item* per ogni ambito lavorativo, si può affermare che 6 problematiche risultano rilevanti trasversalmente a tutti e tre i contesti assistenziali; ossia: *sofferenza della persona assistita; difficoltà della persona assistita a organizzare il proprio tempo; irrequietezza e compulsività della persona assistita; presenza di legami disfunzionali all'interno della rete familiare; noia della persona assistita; difficoltà, della persona assistita, a comprendere le proprie necessità*.

È da notare che in queste manifestazioni non emerge la dimensione sanitaria nonostante in letteratura

(Santangelo et al., 2018a; Magnusson et al., 2004) essa venga presentata come un elemento comune degli infermieri operanti in Salute Mentale e nonostante essa sia oggetto sostanziale del ragionamento clinico infermieristico.

Questa constatazione può essere dovuta al fatto che notevoli sono le differenze dei vari servizi sia di contesto, sia di formazione dei professionisti, sia di natura dell'approccio assistenziale. In altri termini, tale differenza, in termini complessivi, rende meno evidente la componente sanitaria, tipicamente ospedaliera, che risulta adombrata dalle altre componenti più tipiche dei servizi extraospedalieri.

Al contrario, la *sofferenza* appare come il problema emotivo maggiormente incontrato, in modo trasversale ai vari ambiti. Essa costituisce il denominatore comune ai vari contesti perché ontologicamente legata alla natura dell'assistenza infermieristica.

Anche le altre cinque problematiche, trasversali ai vari ambiti, offrono spunti di riflessione da molti punti di vista, se si considerano, ad esempio, le distinzioni tra piano individuale (*irrequietezza, compulsività, noia*), quello familiare (*legami disfunzionali*), quello delle attività di vita quotidiana (*organizzazione del tempo, comprensione delle proprie necessità*). Oppure, allorché si vuol far emergere i legami con il problema di salute (*irrequietezza, compulsività*) o con il contesto (*noia, legami disfunzionali*). Oppure ancora, adottando la chiave di lettura della complessità assistenziale (Marmo et al., 2016), se si vuole distinguere il piano dell'indipendenza (*organizzazione del tempo*) da quello della responsabilità (*irrequietezza, compulsività, comprensione delle proprie necessità*) o da quello del contesto (*legami disfunzionali*). In ogni caso si può affermare che questi sei "oggetti" di lavoro dell'infermiere possono costituirsi come fenomeni *core* di interesse infermieristico.

Prendendo in considerazione, separatamente, i tre principali contesti assistenziali, alcuni *item*, considerata la loro frequenza, assumono un valore di rilevanza distintiva.

Nel SPDC, ad esempio, in cui prevale la fase acuta di malattia della persona, sono rilevanti gli *item* che riguardano il fenomeno dell'aderenza terapeutica. Questa particolarità sembra concordare con quanto espresso nello studio di Santangelo et al. (2018a) che definisce l'infermiere come professionista essenziale per la condivisione del piano terapeutico con la persona assistita, per la corretta educazione all'assunzione e al riconoscimento degli effetti collaterali. A rinforzo di quanto appena affermato il problema della *diffidenza, della persona assistita, nei confronti dell'offerta assistenziale* specifica quanto detto dallo studio sopracitato, in cui emerge che

l'infermiere promuove la partecipazione attiva del soggetto, con disagio mentale, alle cure permettendogli di auto-responsabilizzarsi e di migliorare l'esito positivo del trattamento. Un'altra peculiarità è espressa dalla problematica del *controllo della rabbia* della persona assistita, che conferma quanto detto nello studio francese di Langellotti (2013), secondo il quale l'infermiere deve trovare il giusto canale relazionale, anche attraverso la negoziazione, per affrontare le emozioni della persona con disagio mentale. Un aspetto che non trova corrispondenza in letteratura, specificamente riferito ai SPDC, è il fenomeno dell'*integrazione sociale*.

Nei servizi territoriali, *l'incapacità della persona assistita di svolgere attività personali*, come fenomeno frequentemente riscontrato dall'infermiere, è in linea con quanto affermato dallo studio di Santangelo et al. (2018b), secondo il quale la stretta interazione tra infermiere e persona con disagio mentale, favorisce la ricerca guidata di ottime soluzioni da parte di quest'ultima per fare fronte alle attività di vita quotidiana. I problemi della *discontinuità e dell'incapacità della persona assistita di assumere le terapie e/o di seguire trattamenti* trovano riscontro nello studio di Magnusson et al., (2004). Inoltre, in questi servizi, gli infermieri affrontano frequentemente il fenomeno del *ripososonno*, che si presenta con la difficoltà a rilassarsi e ad addormentarsi. Lo studio australiano di Santangelo et al. (2018b), confermando la forte sensibilità dell'infermiere verso i bisogni fondamentali della persona e delle possibili ripercussioni sullo stato di salute generale, induce a considerare il *riposo* come un forte indicatore di andamento della malattia. Infine, la specificità del fenomeno della *percezione di accoglienza*, pare essere tipico di quei contesti di cura in cui le persone assistite, sin dal primo approccio, hanno bisogno di essere riconosciute con i loro problemi e con neutralità di giudizio (Santangelo et al., 2018a; 2018b).

Il contesto delle comunità riabilitative e delle strutture residenziali, in generale, pare essere caratterizzato da fenomeni e manifestazioni problematiche che necessitano di strategie d'azione di più ampio respiro e di lungo termine. Infatti, i fenomeni risultati più frequenti, come *scelte appropriate, governo della vita quotidiana, eteroregolazione e famiglia*, comportano la realizzazione di interventi assistenziali prevalentemente di natura psicoeducativa e mediatrice, confermando quindi che l'infermiere svolge una delicata funzione di mediazione non solo con i familiari, ma anche con l'équipe professionale, preservando la sicurezza generale della persona stessa (Langellotti, 2013). Inoltre, all'interno della comunità, l'infermiere aiuta la persona a compiere

scelte e ad agire in modo congruo rispetto alle stesse in modo da recuperare, mantenere o migliorare il suo benessere dal punto di vista non solo psicologico, spirituale, esistenziale e sociale, ma anche sanitario. L'azione infermieristica in tali contesti è volta anche a favorire il superamento di situazioni difficili incontrate dalla persona stessa. All'interno del governo della vita quotidiana, l'incapacità della persona assistita di svolgere attività personali, come *gestire il denaro*, richiama la specificità degli infermieri della comunità all'abilitazione degli assistiti alle attività quotidiane.

Raffrontando i risultati riferiti al SPDC con quelli riferiti alla residenzialità, è possibile rilevare che il *rifiuto della persona assistita di rispettare le norme* si presenta come il principale problema affrontato dagli infermieri nel SPDC e, seppur con frequenze inferiori, anche nella residenzialità, in rapporto al fenomeno dell'*integrazione sociale*. Tale risultato è conseguente al fatto che, probabilmente, i fattori contestuali derivanti dall'essere assistiti all'interno di un ambiente colmo di regole induce le stesse persone a volerle disattendere. Inoltre, non è da escludere che, tale risultato, possa essere stato influenzato da una mal interpretazione della manifestazione problematica, riferendola alle prassi organizzative del reparto e non alla più generale buona convivenza sociale.

In relazione, invece, al raffronto tra SPDC e CSM, non si evidenziano manifestazioni problematiche comuni. Tale dato esprime la netta differenziazione tra le manifestazioni problematiche in questi due ambiti. Probabilmente la diversità che emerge può trovare origine nelle differenti caratteristiche legate al contesto assistenziale ospedaliero rispetto a quello territoriale.

Comparando i risultati del nostro studio con quelli di Frauenfelder et al. (2011), è possibile notare sovrapposizioni di molti fenomeni, seppur con denominazioni differenti. In particolare, Frauenfelder et al. (2011) identifica diversi fenomeni (paura, disperazione, rabbia, nervosismo, tristezza, noia, senso di colpa, rassegnazione, rammarico, insoddisfazione) riconducibili, nel nostro studio, al solo fenomeno dell'emotività.

A differenza di Frauenfelder et al. (2011), nel nostro studio non viene preso esplicitamente in considerazione il fenomeno del suicidio, che è presente in maniera generica nella manifestazione problematica dell'autolesionismo. Inoltre, vi sono fenomeni che il nostro studio non prende proprio in considerazione, come gli effetti collaterali della terapia farmacologica (debolezza muscolare, sedazione, tremore), se non come cause di scarsa o assente aderenza terapeutica. Gli altri sono la confusione, la compromissione della memoria, il

trauma, la depressione respiratoria, la fuga, lo stupro, i disturbi alimentari.

Sempre Frauenfelder et al., nel 2018, sono andati a identificare le diagnosi NANDA-I e le loro frequenze nei piani di assistenza infermieristica in contesti psichiatrici ospedalieri per adulti. Tra le diagnosi principali, vi è distinzione rispetto al nostro studio, per i fenomeni di *coping* inefficace, mantenimento inefficace della salute, confusione cronica e rischio suicidario.

Lo studio di Coler (2001) approfondisce l'evoluzione del fenomeno di interesse infermieristico della violenza in tutte le sue accezioni, che nel nostro studio trova riscontro nella sola manifestazione problematica "aggressività verbale e fisica della persona assistita".

Limiti

La classificazione dei fenomeni di interesse infermieristico in salute mentale non può essere considerata come esaustiva, data la grande dinamicità e poliedricità degli stessi; tuttavia, rappresenta, a oggi, lo stato dell'arte dei fenomeni rilevati. Si potrebbero esplorare con maggior profondità le manifestazioni problematiche se fossero ulteriormente indagate con modalità differenti, quali, ad esempio, quelle suggerite dall'approccio etnografico. Inoltre, per quanto concerne la frequenza dei fenomeni, è necessario sottolineare la scarsità di dati provenienti dal Sud Italia. Probabilmente una maggior quantità di risposte derivanti da queste aree avrebbe potuto sostenere maggiormente i risultati emersi.

Questi limiti potrebbero essere affrontati, in prospettiva, utilizzando un metodo di indagine iterativa come il metodo Delphi (Dalkey e Helmer, 1963).

CONCLUSIONI

In conclusione, i fenomeni di interesse infermieristico, hanno fornito molti spunti di discussione e hanno permesso di esplicitare con più chiarezza non solo che cosa affronta l'infermiere di Salute Mentale nella sua pratica quotidiana ma anche, come specificato nell'obiettivo dello studio, di comprendere meglio l'oggetto di studio e il campo fenomenico da cui promana l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica in Salute Mentale. Tale campo va quindi considerato non tanto per i singoli fenomeni, quanto per il loro intreccio che costituisce una sorta di rete interpretativa della realtà che consente all'infermiere di contestualizzare, mirare e personalizzare il suo intervento assistenziale.

In ogni caso, questi fenomeni possono essere presi in considerazione per strutturare ulteriori studi di ricerca che permettano di precisare i bisogni di

assistenza infermieristica, di studiare strategie assistenziali infermieristiche appropriate, di qualificare i possibili esiti attesi derivanti dall'assistenza infermieristica in Salute Mentale.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Ausili D., Baccin G., Bezze S., Bompan A., Macchi B., Alberio M., Sironi C., Di Mauro S. (2018) *Il modello assistenziale dei processi umani 2018: un quadro teorico per l'assistenza infermieristica di fronte alla sfida della complessità*. Milano: Consociazione nazionale delle Associazioni infermiere/i.
- Boling A. (2003) *The professionalization of psychiatric nursing. From doctors' handmaidens to empowered professionals*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 41(10), 26-40.
- Braun V., Clarke V. (2006) *Using Thematic Analysis in Psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3, 77-101.
- Busfield J. (2001) *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Camiá G.E., Barbieri M., Marin Hde F. (2006) *Nursing phenomena identified in family planning visits with ICNP - Beta version 2*. Rev Lat Am Enfermagem, 14(5), 674-81.
- Coler M.S. (2001) *Building an intercultural nursing terminology bank for the phenomenon, Violence, of the International Classification of Nursing Practice: a methodological perspective*. Int Nurs Rev, 48(2), 93-101.
- Collière M.F. (1992) *Aiutare a vivere*. Milano: Sorbona.
- Creswell J.W., Plano Clark V.L. (2017) *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dalkey N., Helmer O. (1963) *An experimental application of the Delphi method to the use of experts*. Manage Sci, 9 (3), 458-467.
- Frauenfelder F., Müller-Staub M., Needham I., Van Achterberg T. (2011) *Nursing phenomena in inpatient psychiatry*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 18(3), 221-35.
- Frauenfelder F., van Achterberg T., Müller Staub M. (2018) *Nursing diagnoses related to psychiatric adult inpatient care*. J Clin Nurs, 27(3-4), e463-e475.
- Gordon M. (1998) *Nursing nomenclature and classification system development*. Online J Issues Nurs, 3(2).
- Griesser M. (2014) *Pflegephänomen Gewalt* [Violence as a nursing phenomenon]. Kinderkrankenschwester, 33(6), 216-21.
- Guba E.G., Lincoln Y.S. (1981) *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Hem M.H., Pedersen R., Norvoll R., Molewijk B. (2015) *Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: a systematic literature review*. Nurs Ethics, 22(4), 452-66.
- Hemman E.A., Fought S.G. (2010) *Teaching undergraduate nurses nursing phenomena*. Nurse Educ, 35(1), 25-8.
- Holloway I., Galvin K. (2017) *Qualitative research in nursing and healthcare*. 4th ed. Chichester, West Sussex (UK): Wiley-Blackwell.
- Kant E. (1981) *La critica della ragion pura*, tr. it., Milano: Bompiani.
- Kitzinger J. (2006) Focus Groups. In: Pope C., Mays N., editors. *Qualitative Research in Health Care*. 3rd ed. Malden, MA: Blackwell Publishing, 21-31.
- Langellotti G. (2013) *The margin of autonomy of nurses in psychiatry: for a clinical approach in the institution*. Soins Psychiatr, (288), 12-7.
- Magnusson A., Högberg T., Lützen K., Severissson E. (2004) *Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of person with long-term mental illness*. NursHealth Sci, 6(1),19-27.
- Manara D.F. (2000) *Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*. Milano: Lauri.
- Manzoni E. (2016) *Le radici e le foglie*. 2nd ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 223-24.
- Marmo G., Molinar Min M., Montanaro A., Rossetto P. (2016) *Complessità assistenziale. Un metodo per orientarsi*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli editore.
- Martens N., Destoop M., Dom G. (2021) *Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life*. Int J Environ Res Public Health, 18(2):462.
- Marucci A.R., De Caro W., Petrucci C., Lancia L., Sansoni J. (2015) *ICNP - Classificazione Internazionale per la pratica infermieristica: origini, strutturazione e sviluppo [ICNP- International Classification of Nursing Practice: origin, structure and development]*. Prof Inferm, 68(2), 131-40.
- Mitchell G.J. (1994) *Discipline-specific inquiry: the hermeneutics of theory-guided nursing research*. Nurs Outlook, 42, 224-228.
- Petrucci C., Marcucci G., Carpico A., Lancia L. (2014) *Nursing care complexity in a psychiatric setting: results*

of an observational study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(1), 79-86.

Ruby J. (1980) *Exposing yourself: reflexivity, ethnography and film*. *Semiotica*, 30, 195-202.

Santangelo P., Procter N., Fassett D. (2018a) *Mental health nursing: daring to be different, special and leading recovery-focused care?* *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 258-66.

Santangelo P., Procter N., Fassett D. (2018b) *Seeking and defining the "special" in specialist mental health*

nursing: a theoretical construct. *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 267-275.

Touzet P. (2013) *Etre infirmier en psychiatrie, à quel courant théorique se référer?* [Psychiatric nursing, which theoretical school of thought to follow?]. *Soins Psychiatr.* (286), 34-7.

Weaver N., Coffey M., Hewitt J. (2017) *Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(6), 431-450.