Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Home Treatment:
gli sviluppi dei modelli d'intervento ed il ruolo dell'infermiere

Autrice del lavoro di tesi
- Lavinia Angela Libera Bonzano

Direttrice di tesi
- Magda Chiesa

Corso di laurea
- Cure Infermieristiche

Modulo
- Bachelor Thesis

Anno
2016-2017

Luogo e data
- Manno, luglio 2017

STUDENTSUPSI

Abstract

Motivazione:
L'approccio basato sull'Home Treatment permette l'osservazione ed il trattamento al domicilio di una condizione di scompenso psichiatrico acuto. Esso favorisce la consapevolezza delle difficoltà relazionali e porta alla luce i comportamenti disfunzionali del paziente o della sua famiglia che possono ostacolare la guarigione, peggiorare la qualità di vita, facilitare ulteriori scompensi psicopatologici. In questa specifica tipologia di presa a carico, la figura infermieristica specializzata svolge un ruolo propositivo e particolarmente complesso. L'infermiere, infatti, è implicato nel coinvolgimento, nell'educazione e nell'attivazione dei famigliari, della rete formale ed informale dell'utente. Queste figure unite, diventano dei collaboratori indispensabili al superamento della crisi acuta e alla prevenzione di eventuali riesacerbazioni della patologia di base.
In questa dinamica l'infermiere, ed il professionista curante, rinuncia ad una parte della sua funzione di controllo accrescendo però la sua capacità di essere efficace a livello psicoeducativo, mediante la qualità della relazione stabilita coi vari attori.

Scopo:
Lo scopo della tesi è quello di definire le condizioni che permettono ad un'equipe infermieristica di Home Treatment di raggiungere in maniera efficace i propri obiettivi terapeutici.

Metodo:
Il presente lavoro si focalizzerà dapprima sulla descrizione delle caratteristiche dell'intervento delle équipe di Home Treatment attive in alcune nazioni che applicano già da anni questo tipo di approccio, così come emergono dalla letteratura e dalle banche dati. La seconda parte del lavoro si concentrerà più specificamente sulla descrizione della modalità operativa e dei vissuti di un'équipe infermieristica attiva sul territorio Elvetico. Indagate mediante la somministrazione di un'intervsita semistrutturata e l'elaborazione di una tabella di sintesi concettuale.

Risultati:
Il confronto tra i dati raccolti mediante la ricerca sistematica e i riscontri forniti dagli infermieri specializzati intervistati, ha permesso di descrivere i vantaggi, le difficoltà e le sfide di questa modalità di cura. Ha inoltre consentito di approfondire le specificità che consentono di raggiungere dei risultati terapeutici ottimali, tanto per gli utenti quanto per gli infermieri coinvolti nel processo di cura.

Conclusioni:
L'Home Treatment è una modalità di intervento che apporta numerosi benefici per i pazienti. Il raggiungimento degli obiettivi è difficilmente misurabile, ma le evidenze raccolte tendono a confermare alti livelli di soddisfazione sia per gli utenti che per gli infermieri specializzati. I professionisti coinvolti sono tuttavia sottoposti a significative sollecitazioni, che vanno monitorate per garantire l'efficacia dell'intervento.

Parole chiave: Home Treatment; nurse; emergency psychiatry; nursing role.

STUDENTSUPSI

Sommario

Introduzione **5**
Scopo dell'elaborato scritto **5**
Obiettivi del lavoro di tesi **5**
Metodologia **5**
Quesito di ricerca **5**
PICO **6**
Parole chiave **6**
Struttura dell'elaborato scritto **6**
Motivazione **7**
Quadro teorico **9**
Salute mentale e sviluppo delle modalità di presa a carico **9**
Sviluppo del concetto di Home Treatment, con riferimento storico ad alcuni sistemi sanitari **12**
Studi recenti sull'efficacia Home Treatment **16**
Riassumendo **24**
Linee direttive e raccomandazioni **26**
Elementi chiave e principi per l'organizzazione di servizi di Home Treatment efficaci secondo i manuali **26**
1. Disponibilità 7 giorni su 7, 24 ore su 24 27
2. Èquipe mobili e visite al domicilio 27
3. Rapidità della risposta 28
4. Numero limitato di pazienti presi a carico 29
5. Contatti personali frequenti associati a contatti telefonici 29
6. Durata e modalità dell'assessment iniziale 29
7. Coinvolgimento del medico psichiatra 30
8. Accesso rapido alle cure farmacologiche specifiche 30
9. Criteri d'inclusione ed esclusione, compreso l'apprezzamento dell'attitudine del paziente 31
10. Un singolo operatore di riferimento principale, oppure l'abilità dell'équipe di lavorare come un'unità 31
11. Coinvolgimento dei sostegni sociali e mediazione nei confronti dei vari attori che compongono il sistema sociale dell'individuo 31
12. Aiuti pratici 32
13. Brevi ospedalizzazioni se e quando necessario 32
14. Adeguato supporto al progetto di Home Treatment da parte dei responsabili amministrativi 32
15. La valutazione delle risorse della famiglia 33
16. Autonomia dello staff e responsabilità 33
17. Lavorare in sicurezza 33
18. Il dibattuto ruolo di *gatekeeper* rispetto all'ammissione ospedaliera 34
19. Criteri per decidere l'interruzione della presa a carico ed il passaggio ai servizi ambulatoriali 34

STUDENTSUPSI

L'esperienza di un'équipe di Home Treatment svizzera ... 35
Tabella di sintesi concettuale dei risultati rilevati nelle interviste ... 35
. Vantaggi ... 35
. Sfide ... 36
. Difficoltà ... 37
. Requisiti specifici ... 38
. Vissuti ... 38
Descrizione dei risultati ottenuti ... 39
Conclusioni ... 42
Ringraziamenti ... 45
Bibliografia ... 46
Allegati: ... 49
Intervista 1 ... 49
. Tabella d'estrapolazione dati ... 51
Intervista 2 ... 54
. Tabella d'estrapolazione dati ... 58
Intervista 3 ... 60
. Tabella d'estrapolazione dati ... 63
Intervista 4 ... 65
. Tabella d'estrapolazione dati ... 68
Intervista 5 ... 71
. Tabella d'estrapolazione dati ... 75
Intervista 6 ... 77
. Tabella d'estrapolazione dati ... 79
Intervista 7 ... 81
. Tabella d'estrapolazione dati ... 84
Consenso informato (modello) ... 87
Lettera di presentazione al team di Home Treatment ... 88
Lettera di consenso per procedere alle interviste ... 89

STUDENTSUPSI

Introduzione

Scopo dell'elaborato scritto

Lo scopo del mio lavoro di tesi è quello di approfondire il ruolo infermieristico in un contesto di Home Treatment. Intendo specificamente evidenziare i vantaggi portati dalla stretta relazione tra infermieri e paziente, in un ambiente a lui famigliare, con particolare riguardo all'incremento dell'aderenza terapeutica, la quale risulta favorita da questa specifica modalità d'intervento. Intendo infine delineare le condizioni che permettono ad un'equipe infermieristica di Home Treatment di raggiungere in maniera efficace e costante i propri obiettivi terapeutici.

Obiettivi del lavoro di tesi

- Conoscere l'Home Treatment in generale e le particolarità dell'intervento infermieristico in particolare
- Comprendere i criteri d'inclusione ed esclusione dei pazienti
- Approfondire i vantaggi della presa a carico infermieristica secondo il modello dell'Home Treatment
- Capire il ruolo dell'infermiere nella presa a carico del paziente e le differenze fondamentali rispetto ad un approccio ospedaliero
- Raccogliere le esperienze personali degli infermieri attivi in un team di Home Treatment Svizzero
- Indagare il rapporto tra le caratteristiche della presa a carico infermieristica basata sul metodo Home Treatment, l'incremento dell' aderenza terapeutica, la percezione di efficacia per gli assistiti e parallelamente per i medesimi infermieri

Metodologia

Per la stesura del mio elaborato scritto mi sono avvalsa della metodologia basata sulla revisione della letteratura di tipo narrativo. In prima istanza mi sono documentata sul tema dell'Home Treatment in psichiatria mediante la raccolta di documenti provenienti da banche dati quali: Pubmed, Cochrane, Elsevier, Informa Healthcare. Per quanto riguarda i testi reperiti nel Web ho utilizzato Google Scholar e il sito della World Health Organizatin (WHO).
Attraverso queste risorse ho potuto accedere ad articoli indicizzati a livello internazionale, che mi hanno permesso di ottenere informazioni in merito all'Home Treatment in psichiatria.
Per meglio focalizzare la mia ricerca ho deciso di utilizzare alcuni criteri d'inclusione, quali: studi in lingua inglese e italiana, articoli full text, studi primari e rewiew, linee guida, libri di testo e manuali. Per la scrittura non sono stati presi in considerazione testi antecedenti il 1998.
Per l'esclusione, invece: articoli con full text non reperibile, testi scritti prima del 1998, testi non riguardanti la domanda di ricerca scelta, tesi di lauree e letteratura grigia.

Quesito di ricerca

Secondo la revisione condotta nel 2015 da Lazzari, Salvini, Patella, Ausili e Di Mauro; la formulazione corretta ed esaustiva della domanda di ricerca è in grado di evidenziare il problema in maniera precisa e massimizzare l'efficacia della ricerca stessa. Vi sono

STUDENTSUPSI

molteplici varianti per la formulazione del quesito di ricerca, io l'ho elaborato basandomi sul PICO, acronimo di:
- Patient and problem
- Intervention
- Comparison
- Outcome

Nel mio lavoro di tesi non sarà prevista alcuna comparazione, quindi la "C" resterà vuota.

PICO

P: pazienti psichiatrici, in età adulta, che presentano uno scompenso psicopatologico acuto
I: Home Treatment
C:/
O: Maggiore compliance terapeutica da parte degli utenti e riduzione dell'ospedalizzazione a causa di scompensi acuti

Parole chiave

Per meglio identificare gli argomenti che destavano maggiormente il mio interesse ho selezionato alcune parole chiave:
mental disorders, crisis intervention, caregivers, community mental health care, complexity, crisis resolution, home treatment, mental health nursing, crisis resolution, home treatment, community care, emergency psychiatry, nursing role, crisi psichiatrica acuta.
Ho sovente utilizzato l'operatore boleano "and" ma mai "not" e "or" nelle ricerche sulle banche dati.

Struttura dell'elaborato scritto

Dopo aver raccolto sufficiente materiale per allestire un'esaustiva bibliografia, ho letto inizialmente tutti gli abstract a disposizione e, qualora non vi fossero, il testo nella sua interezza. Al termine di ciò ho potuto selezionare i testi che realmente erano affini alla mia ricerca. Ho quindi effettuato la revisione della letteratura riuscendo a identificare i punti salienti della presa a carico mediante Home Treatment, focalizzandomi sull'analisi di alcune esperienze significative presenti in diversi Stati. In seguito ho studiato la nostra realtà, mediante la presa di contatto con un team di Home Treatment presente sul territorio Svizzero.
Trattandosi di un team di modeste dimensioni, il mio obiettivo è stato quello esplorare principalmente i vissuti di ogni singolo collaboratore. Per questo motivo ho scelto una metodologia che fosse compatibile con l'allestimento di una tesi basata sull'analisi qualitativa del materiale raccolto e non su uno studio quantitativo dei dati.

La modalità di ricerca esperienziale-narrativa rispondeva alle mie esigenze ed è stata utilizzata per studiare il gruppo di lavoro.
Essa si c'entra sulla raccolta dell'esperienza e delle reazioni emozionali degli attori coinvolti in un processo, mettendole in risalto (Andreani & Conchon, 2002). All'interno di un contesto specifico vi è una trama complessa di interazioni umane con la loro unicità

STUDENTSUPSI

(Allodola, 2014). L'esplorazione e la comprensione dei processi deve avvenire all'interno dell'ambiente in cui operano abitualmente i vari attori (Allodola, 2014) per incrementare la sensazione di benessere del singolo ed accedere ad un racconto narrativo fluido e ricco di significati personali (Mortari, 2007). La "Narrative Inquiry" si concentra sulla narrazione individuale, strumento che permette al curante di dare un senso ai propri vissuti, mobilizzando i suoi ricordi e creando collegamenti tra di essi. Questo processo di ricostruzione narrativa offre benefici a entrambi; chi intervista ottiene numerosi elementi su cui può condurre la sua riflessione, mentre l'intervistato ha la possibilità di rielaborare la propria esperienza e di scoprire una connotazione differente (Gola, 2009).
Lo strumento utilizzato per condurre tale ricerca narrativa consiste in un'intervista semi-strutturata. Essa viene utilizzata come traccia per ricostruire l'esperienza degli individui che compongono il team di Home Treatment. La griglia dell'intervista è costituita da domande aperte, in modo da facilitare il racconto spontaneo dell'esperienza individuale, mantenendola però focalizzata sui fattori chiave che caratterizzano questo tipo di intervento. Per poter sottoporre l'intervista al team prescelto ho elaborato e proposto una lettera di presentazione del mio lavoro di tesi e, ad ogni opertaore che ha aderito alla mia richiesta, ho fornito un consenso informato da leggere e firmare.

La parte preliminare dell'intervista punta ad instaurare un dialogo aperto e ricco di significati per l'intervistato (Gordon & Peruselli, 2001). In questo momento spiego lo scopo delle mie domande e l'interesse verso il suo ruolo all'interno del team introducendo così le prime domande di carattere generale (Gordon & Peruselli, 2001). Queste sono domande semplici, che inducono a descrivere il proprio vissuto. Poi ho valutato un apprezzamento mirato alla funzione pratica che il singolo ricopre.
Infine cerco inoltre di stimolare l'intervistato mantenendo un atteggiamento neutrale, con un linguaggio accogliente e pacato, prevedendo anche un incoraggiamento nei momenti di pausa o di ristagno nella comunicazione, finalizzato alla raccolta di maggiori dettagli significativi (Gordon & Peruselli, 2001).
Il colloquio è registrato e trascritto, per poter essere meglio indagato e per permettermi di giungere a conclusioni sintetiche di tipo narrativo.

Motivazione

Durante il mio percorso scolastico in SUPSI ho avuto la possibilità di entrare in contatto con il tema della psichiatria e in special modo di fare una riflessione sulle particolarità del ruolo infermieristico in questa disciplina.
All'inizio del mio corso universitario ero abituata a immmaginare l'infermiere come colui che si prende cura primariamente del corpo della persona malata, pur facendo attenzione a instaurare una relazione sensibile e attenta.
Con la progressione delle mie conoscenze ho scoperto con curiosità quanto la relazione possa diventare uno strumento terapeutico essenziale. In seguito a questa presa di coscienza, ho sviluppato il mio interesse verso la psichiatria, laddove l'intervento dell'infermiere richiede sempre competenze relazionali solide, elaborate e originali.
Ho notato con piacere come la relazione con l'utente possa svilupparsi in maniera valida, nonostante le innumerevoli barriere poste dalla malattia mentale.
In questa specialità l'interazione con l'utente punta a costruire un'alleanza terapeutica efficace, nonostante i suoi turbamenti affettivi e nonostante i processi di pensiero disturbati, che sono spesso uniti ad anomalie di comportamento non trascurabili.

STUDENTSUPSI

In special modo nell'Home Treatment mi sembra che l'infermiere si trovi confrontato con richieste particolarmente stimolanti sul piano delle competenze interpersonali e della capacità di lavorare in rete.
Mentre il contesto ospedaliero consente un controllo costante del malato, che riceve un'assistenza intensa interamente erogata dalle figure di cura, nell'Home Treatment la famiglia deve essere coinvolta maggiormente e deve venire adeguatamente formata per la gestione quotidiana del soggetto sofferente.
I famigliari, affiancati dall'aiuto di eventuali altre figure di sostegno presenti sul territorio, diventano dei collaboratori indispensabili, che devono essere formati e motivati adeguatamente per favorire il superamento della crisi.
L'osservazione al domicilio permette infine di diventare più consapevoli delle eventuali difficoltà di relazione che esistono tra i membri della famiglia.
Si portano alla luce i comportamenti disfunzionali tra utente e sistema famigliare che possono ostacolare la guarigione, peggiorare la qualità di vita, facilitare ulteriori scompensi psicopatologici.
In altre parole, la sofferenza del paziente può produrre delle risposte inadeguate da parte delle persone significative, cosa che aggrava ulteriormente lo stato di disagio dell'intero sistema.
Alla competenza strettamente relazionale dell'infermiere si associa quindi il delicato lavoro finalizzato a mobilizzare le risorse dell'ambiente circostante, per costruire un intervento di cura che sia ben coordinato, efficace, ma anche proporzionato.
In merito a quest'ultimo aspetto, ho notato che il tema della proporzionalità delle misure per la gestione della crisi acuta è stato oggetto di crescente attenzione a livello politico e trova un arricchimento importante nell'introduzione degli approcci di Home Treatment.
Nel corso degli anni ho avuto modo di dialogare con persone che hanno subìto un ricovero in clinica psichiatrica. Questo avvenimento rappresentava l'epilogo necessario, ma anche drammatico e per certi versi pure "traumatico", di una fase della loro vita molto delicata e sofferta.
Mi sono allora resa conto che il collocamento entro una clinica psichiatrica, pur garantendo le cure indispensabili per il disturbo psichico, si accompagnava anche a conseguenze non trascurabili per il soggetto, sia sul piano individuale che sociale.
Il collocamento fisico in un reparto ospedaliero, a volte persino chiuso, risultava un evento che separava in maniera netta l'individuo dalla sua vita ordinaria. Quando le persone significative, che costituivano la rete sociale della persona bisognosa di cure, venivano a conoscenza del ricovero, questo evento provocava in loro forte preoccupazione e il paziente degente rischiava maggiormente di subire le conseguenze negative della stigmatizzazione sociale della malattia psichica.
Inoltre i pazienti ricoverati in regime ospedaliero venivano inevitabilmente a contatto con degenti affetti da altri gravi scompensi. Se questo fattore poteva avere una valenza positiva, favorendo uno scambio di esperienze reciproche, in tutti i casi rappresentava comunque un ulteriore elemento di stress.
Per i motivi sopra esposti e per tentare parallelamente di contenere i costi sanitari, nel corso degli ultimi decenni i paesi che possiedono un sistema sociopsichiatrico evoluto hanno concentrato la propria attenzione sulla necessità di creare degli approcci differenziati, a diversa intensità, per la gestione della crisi (Lia & Serretti, 2014).
L'Home Treatment rappresenta indubbiamente un tassello importante in questo sviluppo, attento a offrire una migliore gradualità degli interventi psichiatrici in fase acuta.
È mio particolare interesse comprendere come il "know-how" sviluppato finora attraverso i vari progetti a livello internazionale sia stato adattato alla realtà di un gruppo

STUDENTSUPSI

di lavoro svizzero, andando ad approfondire i punti di forza e parallelamente delineando le specifiche difficoltà.

Quadro teorico

Salute mentale e sviluppo delle modalità di presa a carico

L'igiene mentale è una componente essenziale che garantisce la preservazione generale della salute e del benessere individuale, così come si estrapola dalla definizione della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che dichiara: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non la semplice assenza di malattia o di infermità".

L'equilibrio psichico è un bene prezioso, perché condiziona la capacità di un'individuo di adempiere alle proprie funzioni sociali, gestendo le esigenze della sua vita quotidiana, sviluppando e mantenendo rapporti costruttivi con l'altro, in situazioni esterne che sono spesso mutevoli ed imprevedibili (OMS, 2013).
I determinanti della salute mentale e specularmente le cause dei disturbi psichiatrici, non includono solamente gli attributi individuali, quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri.
Un ruolo centrale nella genesi della malattia psichica e nelle rispettive possibilità di cura è svolto anche da fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali.
Su questo secondo livello hanno un peso rilevante lo standard di vita, le condizioni lavorative, i sistemi di protezione sociale e le politiche sociopsichiatriche adottate all'interno delle varie nazioni, unite al supporto sociosanitario che viene offerto dai vari attori presenti sul territorio (OMS, 2013).
Nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive, comportano dei costi elevati, che hanno raggiunto secondo l'OMS il 13% del carico globale di malattia su scala mondiale nel 2004.
La medesima organizzazione ha affermato che la depressione da sola rappresenterebbe il 4,3% del carico globale di malattia, qualificandosi come una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle persone di sesso femminile (OMS, 2013)
Le conseguenze economiche dei danni psichici sarebbero altrettanto importanti: uno studio condotto su larga scala avrebbe stimato che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale, in termini di perdita della produzione economica, ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030 (World Economic Forum, 2011)
Ne deriva che i sistemi sanitari stanno cercando di trovare delle risposte sempre più efficaci ed efficienti al pressante carico rappresentato dai disturbi mentali. Tuttavia permane ancora un grande divario, in una larga parte dei paesi del mondo, tra i bisogni reali della popolazione, l'offerta di cure specialistiche e l'accessibilità alle medesime.
Nel 2013 l'OMS stimava che ancora il 76-85% delle persone con disturbi mentali gravi non ricevesse alcun tipo di trattamento nei paesi a basso o medio reddito, con una tendenza all'aumento del divario tra i bisogni del singolo, che si ripercuotono sulla società e l'entità delle prestazioni erogate.

STUDENTSUPSI

Stando sempre ai dati OMS del 2013, anche nei paesi ad alto reddito la percentuale di chi non riceve alcun trattamento rimarrebbe comunque alta (35-50%). Tuttavia è l'erogazione piuttosto aspecifica delle cure o la scarsa pianificazione delle medesime, che può costituire un'ulteriore insidiosa complicazione, anche in aree geografiche in cui il sistema sanitario risulti relativamente ben finanziato (Mental Health Atlas, 2011).
Il suddetto Atlante della Salute Mentale, pubblicato dall'OMS nel 2011 fornisce dei dati che dimostrano in generale la scarsità di risorse disponibili per far fronte ai bisogni in materia di salute mentale nei vari paesi, e sottolinea la distribuzione spesso non equa e l'uso inefficiente delle risorse.
A livello mondiale la spesa annua pro-capite per la salute mentale è inferiore ai 2 dollari americani, e si arriva fino al limite minimo di 0,25 dollari pro-capite nei paesi a basso reddito. Il 67% di queste risorse vengono destinate agli ospedali psichiatrici, nonostante i loro risultati in termine di mantenimento della salute su di un lungo periodo siano poco soddisfacenti e nonostante al loro interno si configuri un rischio maggiore di violazioni dei diritti umani (Mental Health Atlas, 2011).

Vi è inoltre da tenere in considerazione che il peso della malattia psichiatrica ha ripercussioni importanti anche all'interno dei nuclei famigliari. Chi soffre di disturbi mentali sviluppa delle disabilità che compromettono la sua capacità di gestire la vita quotidiana e qualcuno si trova inevitabilmente a dover supplire queste carenze per tempi più o meno lunghi. In concomitanza di un severo scompenso psicopatologico si osserva spesso una deriva progressiva verso la condizione di povertà degli individui e delle loro famiglie. Vi è la possibile perdita dell'abitazione primaria e vi possono talora essere eventuali violazioni della legge, che aggravano ulteriormente vulnerabilità ed emarginazione (OMS, 2013).
Risulta pertanto chiaro che, come altri aspetti della salute, anche la possibilità di ripristinare il benessere mentale della persona dipende da interventi tempestivi dei servizi di cura. La proposta terapeutica, per evitare il più possibile effetti secondari e consentire tempi di recupero brevi, deve assicurare il minore impatto possibile sulla routine quotidiana dell'individuo.
La possibilità di una cura per così dire "microinvasiva", dipende dalla precocità con la quale il disturbo viene intercettato e quindi trattato, ma anche da scelte strategiche a livello di politica sanitaria, che influenzano a cascata la gamma degli strumenti a disposizione degli specialisti e le risorse umane che vi sono dedicate.

Il piano d'azione dell'OMS per gli anni dal 2013 al 2020 delinea diversi livelli sui quali le politiche sanitarie nazionali dovrebbero intervenire nel prossimo futuro per migliorare questi aspetti. Si invitano i governi a mettere in atto progetti di tipo educativo, ad apportare modificazioni nella pianificazione sociopsichiatrica, a mobilizzare e integrare le risorse sociali che combattono l'emarginazione della malattia psichica e a fare delle scelte strategiche a livello politico e di finanziamento dei servizi.
Per quanto concerne gli aspetti di rilevanza strettamente sanitaria, viene citata la necessità in generale di progredire verso una riorganizzazione dei servizi psichiatrici offerti, prevedendo un aumento della loro copertura ed una differenziazione dell'offerta terapeutica da proporre all'individuo preso a carico.
L'obiettivo primario dovrebbe essere quello di spostare il più possibile il luogo di cura, laddove possibile, dagli ospedali psichiatrici verso dei contesti a minore intensità di presa a carico, garantendo quindi una maggior copertura mediante delle forme differenziate di interventi, che dovranno essere sempre basati sulle evidenze di efficacia

STUDENTSUPSI

e che dovranno parallelamente rispettare il principio di economicità delle cure (OMS, 2013).
Nel documento si insiste sulla necessità di integrare e coordinare un sistema globale di prevenzione, promozione, riabilitazione, cura e sostegno, capace di rispondere ai bisogni complessi e di favorire il ripristino della salute di persone con disturbo mentale, con la cooperazione dei servizi di salute generale e dei servizi sociali, includendo la promozione del diritto al lavoro, all'abitazione e all'istruzione, utilizzando dei programmi terapeutici e di "recovery" centrati sul curato e, ove appropriato, con l'aiuto dei familiari e dei "caregiver" (OMS, 2013).
Per garantire uno sviluppo progressivo in questa direzione, che offra degli ampi servizi, ma che sia pure rispettoso delle risorse economiche a disposizione degli Stati, viene raccomandato di applicare il principio della presa a carico a intensità graduale e progressiva, secondo la definizione inglese di "stepped care" (Stefano Brunello 2008).
Questo principio prevede che l'intensità della cura professionale specialistica aumenti progressivamente per quei pazienti che non raggiungono un risultato accettabile con livelli di cura inferiori. Le cure devono essere integrate ed adattate ai bisogni reali. L'approccio "stepped care" va messo in campo facendo capo ad una rete di servizi territoriali di salute mentale interconnessi e differenziati, che contemplano in modo flessibile la possibilità di ricoveri di breve durata, di cure ambulatoriali negli ospedali generali, di cure a domicilio (Stefano Brunello, 2008).
Per avere un'idea di come queste riflessioni a livello globale siano state recepite tempestivamente nella nostra realtà locale, può essere istruttivo riportare soltanto alcuni brevi riferimenti alla LASP, "Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale" del 2 febbraio 1999.
Tra i primi articoli notiamo l'attenzione del Legislatore per la tutela della libertà personale, per la qualità e la proporzionalità delle cure. Il dispositivo di legge comincia sottolineando la necessità sia di prestare attenzione alle peculiarità delle persone che sono bisognose di assistenza psichiatrica, sia di disporre dei criteri che favoriscano la prevenzione dei fattori potenzialmente patogeni sia per il singolo che per la comunità.

Seguono poi due articoli salienti su diritto degli utenti e concetto di assistenza adeguata:

> "….
> *Diritti degli utenti*
>
> *a) Libertà personale*
>
> *Art. 4.1*
> *Ogni limitazione della libertà personale è ammessa solo se necessaria per una terapia efficace, adeguata e indispensabile.*
> *….*
> *b) Assistenza adeguata*
>
> *Art. 5 L'utente ha diritto a un'assistenza adeguata e in modo particolare:*
>
> *a) ad essere mantenuto, se non controindicato, nel suo ambiente sociale e familiare;*
> *b) al collocamento nell'UTR maggiormente corrispondente alle sue esigenze;*
> *c) a un intervento ininterrotto, fornito da personale qualificato di cui deve essere specialmente promossa e garantita la formazione professionale permanente;*
> *d) all'applicazione di terapie proporzionali all'esigenza di cura, definite, se possibile, con la sua partecipazione*
> *…."*

STUDENTSUPSI

L'ultima pianificazione sociopsichiatrica cantonale del 2014-2017 recepisce l'importanza di adeguare l'offerta terapeutica alle mutate esigenze della popolazione e promuove un'appropriata differenziazione delle Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) presenti sul territorio.
Lo scopo principale di ridurre il numero di degenze generale e soprattutto le ammissioni ripetute in ambiente ospedaliero, privilegiando la cura sul territorio in maniera flessibile e differenziata viene chiaramente perseguito dall'istituzione cantonale.
Cito a questo proposito un passaggio abbastanza eloquente di quest'ultimo documento, che denota il pregevole sforzo compiuto dalla psichiatria cantonale per adeguarsi alle sfide poste dai cambiamenti di questi ultimi decenni.

> "*Con la proposta per i progetti individualizzati, la CPC crea un ponte fra la Clinica ed il territorio dedicato ai pazienti più problematici e questo permetterà un intervento più efficace che porterà ad una diminuzione della loro degenza nei reparti. Questa proposta - strettamente correlata alle strutture intermedie della Fondazione Sirio, finanziate dalla LISPI - rappresenta un'importante evoluzione nella cura di una casistica che attualmente impegna molto il personale della CPC e che purtroppo spesso subisce il fenomeno della* porta girevole *con ripetute e ravvicinate ammissioni e dimissioni dalle strutture stazionarie. Nel contempo, questa proposta permetterà di migliorare la cura degli altri pazienti degenti presso la CPC".*

Nel contesto di queste riflessioni di ampia portata, che sono state promosse a livello della politica sanitaria globale e che hanno trovato una consonanza tempestiva nelle decisioni prese nella nostra realtà locale, si colloca infine il progetto sperimentale dell'unità di risoluzione della crisi e Home Treatment (di seguito CHRT), che verrà approfondito nei capitoli successivi.

Sviluppo del concetto di Home Treatment, con riferimento storico ad alcuni sistemi sanitari

Come ho accennato nel capitolo precedente, nel corso delle ultime decadi abbiamo assistito a significativi cambiamenti nel modo di concepire e di organizzare i servizi di salute mentale, con lo scopo di fornire una risposta articolata, economicamente sostenibile e al contempo sempre più soddisfacente per i malati e anche per i loro famigliari.
Le nuove sfide sono state innescate sia dai cambiamenti demografici della popolazione, sia dall'abbandono della concezione "custodialistica" della psichiatria, disciplina che è evoluta allineandosi all'approccio delle altre specialità mediche; cioè orientandosi più chiaramente alla cura ed alla reintegrazione dei pazienti nel tessuto sociale e ridimensionando invece il suo precedente ruolo di alienazione / confinamento della malattia mentale in luoghi delimitati.
Approfondire nel dettaglio le evoluzioni sociodemografiche e parallelamente le nuove sfide poste alla psichiatria contemporanea, ci porterebbe troppo lontano e non rientra tra gli obiettivi di questo lavoro di tesi. Tuttavia vi sono almeno due fenomeni ai quali vale la pena fare un accenno, poiché hanno indubbiamente aumentato il numero globale degli utenti dei servizi psichiatrici e, conseguentemente, hanno incrementato anche la quantità di crisi acute che devono essere gestite dagli operatori del settore.

STUDENTSUPSI

Tra i cambiamenti a livello di popolazione, soprattutto per i paesi industrializzati, occorre certamente cominciare menzionando un aumento del carico sanitario rappresentato dai malati cronici, aspetto che ha ormai assunto proporzioni rilevanti.
La maggiore aspettativa di vita dei pazienti psichiatrici è conseguente al miglioramento generale delle loro condizioni di vita e di cura, all'evoluzione positiva nel settore dei farmaci e agli sviluppi sorprendenti della medicina somatica. Questi utenti dei servizi psichiatrici sono spesso affetti da disturbi mentali ricorrenti e vanno quindi a occupare più a lungo e più intensamente le risorse umane che sono deputate alla loro cura.
Un secondo fattore demografico da citare tangenzialmente è anche il fenomeno dell'immigrazione, che ha assunto proporzioni consistenti, soprattutto negli ultimi decenni. Lo sradicamento sociale che spesso ne deriva ha aumentato le condizioni di sofferenza psichica che si manifestano in gruppi etnici scarsamente integrati nei paesi di accoglienza, con modalità di presentazione del tutto particolari (Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano & Geraci, 2013).
Gli organismi sovranazionali, in primis l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le politiche locali dei diversi stati industrializzati, hanno cercato di elaborare e promulgare tempestivamente delle nuove linee guida per l'organizzazione dei servizi di salute mentale, con lo scopo di mantenere il sistema al passo con i tempi. Queste direttive hanno costretto gli operatori del settore a ripensare e a ricostituire dei nuovi equilibri tra le strategie di gestione della crisi acuta e le modalità di presa a carico della cronicità.

In seguito alle spinte politico-legislative, nelle varie realtà locali si sono concretizzati dei mutamenti sostanziali nel modo di fare psichiatria; questi molteplici sviluppi hanno tutti un punto in comune, ma pure parecchie differenze. L'elemento ubiquitario, che possiamo ritrovare in tutte le esperienze di innovazione degli ultimi decenni, è il tentativo di ampliare sempre più l'offerta di cure che vengono prestate sul territorio, evitando di allontanare il paziente, anche se critico, dal suo contesto abituale di vita (World Health Organization [WHO], 2013).
Le differenze riguardano invece i tempi e i modi con cui le innovazioni sono state implementate nei vari contesti nazionali, spesso adattandosi alle peculiarità del territorio, alle tradizioni operative locali e, non ultimo, alla disponibilità di personale specializzato (Re 2006).
Storicamente è interessante segnalare che la sfida di riuscire a gestire eventi psicopatologici acuti senza dover ricorrere all'ospedalizzazione era già stata evocata in Inghilterra a partire dagli anni Sessanta (Cooper, 2013).

In Australia poi una riflessione promettente sull'Home Treatment è cominciata nel corso degli anni '90, principalmente nello stato di Victoria, il secondo più popolato della nazione (Carroll, Pickworth, & Protheroe, 2001). Il motivo alla base di questa apertura su tale tema è legato alla decisione del governo dell'epoca di spostare gran parte dei finanziamenti precedentemente erogati a favore dei grandi ospedali psichiatrici per andare a costituire soltanto dei piccoli reparti di degenza negli ospedali generali, decretando così la chiusura di molteplici cliniche psichiatriche ormai datate e favorendo la sensibilizzazione alle nuove necessità di assistenza territoriale nella comunità locale (Carroll et al., 2001).
Dall'inizio degli anni Novanta altrettante esperienze strutturate per la gestione della crisi al domicilio sono state portate avanti e sviluppate in diverse regioni, sia statunitensi che canadesi, al punto che tali paesi possono vantare ormai una solida competenza in tale settore e dei modelli altamente differenziati (Johnson & Thornicroft, 2008).

STUDENTSUPSI

Le politiche sanitarie dei paesi dell'area europea hanno cominciato a promuovere con determinazione questo nuovo approccio di cura tra la fine degli anni Novanta e gli inizi degli anni 2000. In questo periodo storico lo sviluppo di équipe per la soluzione delle crisi acute e l'Home Treatment ha trovato un impulso determinante nelle nuove politiche sanitarie, avviando un processo virtuoso, a partire dal quale si è assistito allo sviluppo globale di modelli diffusi di intervento focalizzato sulla gestione a domicilio della crisi acuta (Smyth & Hoult, 2000).
Punto di riferimento indiscutibile in area europea è stato un paese come l'Inghilterra. Tra il 1999 ed il 2000 il governo inglese decretò la costituzione di ben 335 teams orientati alla risoluzione della crisi psichiatrica acuta e all'Home Treatment, che sarebbero dovuti divenire operativi a livello nazionale negli anni successivi.
Le ricerche, prese in considerazione alla fine degli anni Novanta dai sostenitori e dai promotori dell'Home Treatment in ambiente anglosassone, erano state tutte effettuate tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta. Esse dimostravano inequivocabilmente che, in numerosi casi di scompensi psicopatologici acuti, l'ospedalizzazione non portava alcun valore aggiunto rispetto all'intervento al domicilio, che veniva all'epoca garantito da pionieristiche équipe mobili costituite in alcuni stati (Joy, Adams & Rice, 2000).
I ricercatori che avevano, per contro, una visione più critica sullo sviluppo di tali équipe per la risoluzione della crisi, facevano però notare che gli studi presi come riferimento erano troppo datati per poter essere convincenti, proprio perché risalivano ad un'epoca lontana, in cui vi erano ancora delle abissali differenze organizzative, che rendevano gli esiti per nulla paragonabili con la realtà attuale (Johnson et al., 2005).
I primi lavori di ricerca elencavano dei risultati certamente ottimistici, ma che uscivano da un confronto storicamente determinato e non trasponibile nell'attualità. Il paragone negli anni '70-'80 veniva fatto tra gli esiti delle innovative unità di risoluzione della crisi e le vecchie strutture psichiatriche dell'epoca, che operavano ancora una psichiatria retrograda, essendo organizzate attorno al modello manicomiale. Esse avevano un funzionamento che faceva ampiamente ricorso a ospedalizzazioni di lunga durata, orientate a costruire un confine netto tra il disagio psichico, con i suoi luoghi istituzionali di cura e dall'altro lato la comunità "normale", che era indentificata fuori dagli ospedali psichiatrici (Johnson et al., 2005).

All'epoca delle prime linee direttive emanate dal governo inglese per puntare allo sviluppo massiccio dell'Home Treatment, non erano quindi disponibili dei dati recenti che potessero avere una forza probatoria maggiore rispetto a quanto era stato osservato nel passato. Nel panorama della ricerca non vi era nulla che paragonasse credibilmente la gestione effettuata tramite le nuove unità per la risoluzione della crisi, rispetto alle modalità di ospedalizzazione moderne, così come avvenivano nel contesto del più recente funzionamento dei servizi psichiatrici, basati ormai sul concetto di integrazione del curato nella comunità alla quale egli appartiene e sul lavoro coordinato in rete tra tutti i soggetti di cura (Pelosi & Jackson, 2000).
Per trovare studi più recenti, che dessero indicazioni trasferibili alla realtà attuale delle cose, si sono dovuti aspettare quasi cinque anni dall'inizio delle politiche di sviluppo dell'Home Treatment. A tal proposito è possibile citare un lavoro di Johnson (2005) che condusse uno studio randomizzato atto ad evidenziare la riduzione dei ricoveri ospedalieri, soprattutto per i giovani adulti in età lavorativa dal 2001 al 2004 (Johnson et al., 2005).
Ad ogni modo, nonostante vi fossero parecchie perplessità sull'Home Treatment, alla fine degli anni Novanta le inquietudini economiche per il finanziamento della psichiatria ospedaliera cominciavano a pesare nelle scelte della politica inglese. Nella seconda

metà degli anni Novanta la richiesta di posti letto nelle cliniche psichiatriche inglesi aveva infatti raggiunto dei livelli di criticità; questo fenomeno, che si stava riproducendo anche in altri paesi, era particolarmente temuto, allora come oggi, perché in tutti i sistemi sanitari l'ospedalizzazione rappresenta la soluzione terapeutica indubbiamente più costosa (Marshall,1997).

A partire dalle raccomandazioni pubblicate nella "Mental Health Policy Implementation Guide", edita dal dipartimento della salute inglese nel 2001, le unità territoriali di risoluzione della crisi vennero allora promosse e sviluppate con crescente determinazione. Lo scopo dichiarato era quello di trovare una valida alternativa all'ospedalizzazione, nei casi di scompenso acuto di patologie psichiatriche maggiori come depressione, schizofrenia o disturbo bipolare.
Da questo momento in avanti si assistette alla progressione costante di questi nuovi approcci di gestione della crisi. Un esempio molto eloquente si ottiene prendendo in considerazione quello che è successo nella realtà sociosanitaria del Galles, laddove le équipe per la gestione della crisi e l'Home Treatment sono state rapidamente implementate nell'arco di pochissimi anni, al punto che nel periodo compreso tra il 2002 ed il 2007 si è assistito ad un aumento della spesa sanitaria ad esse destinata del 409%. (National Audit Office [NAO], 2007).
Prendendo spunto dagli obiettivi perseguiti dal dipartimento della sanità inglese, anche un paese come la Norvegia ha rapidamente inserito lo sviluppo dei team di risoluzione della crisi e Home Treatment nel piano di azione della sua politica sanitaria, a partire dal 2005, adando a definire gli obiettivi prioritari da perseguire entro il 2009.
Nel rapporto del Ministero Norvegese degli affari sociali e della salute, era stata affermata la scelta strategica di dotare ciascuno dei 78 dipartimenti di salute mentale norvegesi con un team per la risoluzione della crisi e l'Home Treatment.
Anche in questo caso lo scopo principale dichiarato era quello di arrivare a dare supporto a domicilio per la risoluzione degli scompensi psichiatrici acuti, ma riuscendo parallelamente a ridurre il numero di ammissioni in ospedale (Norwegian Ministry of Social and Health Affairs, 2006).

Il servizio sanitario nazionale norvegese era all'epoca suddiviso in tre livelli di intervento: esso si avvaleva di comunità di cura, équipe ambulatoriali e un numero di 21 posti letto ogni 100.000 abitanti, distribuiti sia in cliniche psichiatriche che in reparti per acuti costituiti all'interno di alcuni ospedali generali (Hasselberg, Gråwe, Johnson & Ruud, 2011).
Pur essendo un sistema evoluto, la Norvegia aveva incontrato molteplici difficoltà nello sviluppo di un servizio ottimale ed efficiente di Home Treatment. Questo paese presentava all'epoca 4.8 milioni di abitanti, distribuiti in grandi aree geografiche a bassa densità di popolazione. Queste peculiarità territoriali implicano la percorrenza di lunghe distanze e tempi d'attesa piuttosto elevati da parte dei pazienti e dei loro famigliari (Hasselberg et al., 2011).
A ogni buon conto, nel periodo tra il 2005 ed il 2008, 35 dei 78 centri di salute mentale erano riusciti ad implementare delle équipe di Home Treatment e avevano allestito delle task force di sensibilizzazione sui servizi ambulatoriali, con lo scopo di migliorare la gestione di eventuali episodi di malattia mentale acuta, senza dover ricorrere all'ammissione del paziente in ospedale (Hasselberg et al., 2011).

Negli esempi che ho citato, l'ampliamento dell'offerta di presa a carico extra-ospedaliera, mediante l'introduzione dell'Home Treatment, è andato di pari passo con

STUDENTSUPSI

l'obiettivo economico esplicito di ridurre i costi legati alle cure fatte in clinica psichiatrica. Come vedremo nel capitolo successivo, proprio su questo specifico livello i risultati restano ancora piuttosto controversi. Tuttavia le ricerche svolte negli ultimi dieci anni hanno portato alla luce, con buoni livelli di evidenza, diversi vantaggi clinici correlati a una gestione della crisi psichiatrica fatta nel luogo in cui essa si produce, ovvero il domicilio e l'ambiente sociale d'appartenenza (Johnson et al., 2005).
Allo stesso tempo questi studi recenti hanno permesso anche di delineare, con una precisione maggiore rispetto alle iniziali linee guida, quali debbano essere alcuni aspetti organizzativi da tenere in considerazione per rendere il più possibile efficace un'équipe di Home Treatment.

Studi recenti sull'efficacia Home Treatment

Lo sviluppo sostanziale dell'Home Treatment avvenuto in paesi come Inghilterra e Norvegia e le relative difficoltà che sono state riscontrate, ha fornito dati interessanti per condurre degli studi più recenti, con l'obiettivo di indagare in maniera più approfondita, quali siano i vantaggi di questo approccio e se vi sia una reale riduzione delle ospedalizzazioni.

Una review recente ha analizzato 69 studi anglosassoni correlati all'implementazione di équipe di risoluzione della crisi e Home Treatment per adulti e 20 documenti che riportavano le linee guida emanate dal governo o da esperti della materia. Sono emerse evidenze, derivanti da alcuni studi quantitativamente significativi, che suggeriscono che tali équipe di intervento possono ridurre i ricoveri ospedalieri e migliorare la soddisfazione degli utenti per il servizio offerto, soltanto se si verificano talune circostanze organizzative. La problematica principale riscontrata è data dalla mancanza di evidenze univoche, capaci di individuare le caratteristiche specifiche che influenzano sempre positivamente l'efficacia dell'Home Treatment e in quale maniera questo avvenga. Allo stato attuale si possiedono soltanto dei supporti empirici circa la necessità di includere la figura di uno psichiatra all'interno dell'équipe e sull'utilità di garantire un accesso al servizio 24 ore su 24, al posto di un orario operativo ridotto. Molti suggerimenti su come ottimizzare i servizi di Home Treatment sono per il momento contenuti soltanto nelle linee guida, oppure derivano da studi di tipo qualitativo. In ultima analisi, tali raccomandazioni si basano principalmente sull'esperienza empirica fatta in contesti specifici, sulla visione personale o su processi di consenso, ma senza trovare analoghe conferme in studi quantitativi che possano offrire una base di significatività statistica alle raccomandazioni fatte. Curioso notare che le linee guida normalmente raccomandano la necessità di formare équipe di Home Treatment multidisciplinari, ma senza specificarne cosa esattamente si intenda, ragion per cui si osserva un'estrema eterogeneità nella composizione di figure professionali tra un'équipe e l'altra, cosa che rende difficile standardizzare il modello di intervento e generalizzare i processi di lavoro (Wheeler et al., 2015).

A livello anglosassone sono state condotte due ricerche con un ampio numero di casi analizzati; in esse sono stati presi in considerazioni dei dati aggregati, provenienti da 229 centri chiamati Primary Care Trusts, che hanno fornito degli esiti non ottimistici rispetto alla possibilità di addivenire a una reale riduzione delle spese ospedaliere.

STUDENTSUPSI

In un primo studio condotto, che paragonava l'anno precedente l'introduzione delle équipe di risoluzione della crisi e l'anno immediatamente successivo, si è giunti alla conclusione che l'impatto dello sviluppo dell'Home Treatment sulla riduzione del numero di ammissioni in clinica è stato di lieve entità, mentre non sono stati ridotti in alcuna maniera i giorni di occupazione generale dei letti dei reparti psichiatrici (Glover, Arts & Babu, 2006).

Come si evince dai dati analizzati su sei anni consecutivi, la variazione del numero di ospedalizzazioni è stata rilevante (diminuzione del 10%) unicamente nei lavoratori di entrambi i sessi, compresi nella fascia d'età dai trentacinque ai sessantaquattro anni. Nelle restanti fasce d'età non vi era invece una diminuzione altrettanto significativa.
Oltre a questi risultati quantitativamente validi, sono state condotte altre indagini volte ad approfondire ulteriormente l'esito dell'Home Treatment. Si tratta però di studi qualitativi, che hanno in comune l'impossibilità di trarre dei risultati statisticamente soddisfacenti, completi e risolutivi (Glover et al., 2006).

Un secondo studio anglosassone (Jacobs & Barrenho, 2011), basandosi sui dati aggregati provenienti dal precedente lavoro e risalenti al periodo tra il 1998/99 e il 2003/04, è invece giunto alla conclusione che non vi sia alcuna evidenza a favore di una diminuzione sicura del numero di ricoveri dopo l'implementazione delle équipe di risoluzione della crisi e di Home Treatment. Sebbene i risultati indichino un numero di ammissioni ospedaliere minore per quelle unità psichiatriche che offrono l'approccio di Home Treatment, rispetto a quelle che non hanno sviluppato simili team di cura, comunque la differenza numerica non è significativa dal punto di vista statistico.

In un articolo del 2007 Cotton e il suo team ha quindi voluto approfondire quali siano le caratteristiche dei pazienti che vengono ospedalizzati, nonostante abbiano avuto accesso alla proposta terapeutica di un team di Home Treatment.
I dati sono stati raccolti compiendo tre indagini distinte sulle tipologie di pazienti trattati dalle équipe operative su Londra, per un totale di 379 malati in sei mesi. Una revisione preliminare della letteratura è servita per individuare le variabili esplicative, che potevano essere associate ad un ricovero, nonostante vi fosse la disponibilità di un trattamento a domicilio intensivo. È stata in seguito approfondita l'associazione tra le diverse variabili ipotizzate e il ricovero ospedaliero, che doveva essere intercorso entro otto settimane dall'inizio della crisi acuta. Ne è derivato che i pazienti soggetti ad una maggiore probabilità di essere ricoverati sono quelli scarsamente cooperativi durante l'assessment iniziale, quelli che presentano una marcata trascuratezza nella propria persona oppure che assumono comportamenti a rischio per se stessi. La probabilità elevata di ricovero era presente anche in quei pazienti che avevano alle spalle una storia di precedenti ricoveri obbligatori. In aggiunta alle categorie sopra menzionate, vi erano infine dei pazienti che rischiavano maggiormente un ricovero semplicemente perché la loro crisi acuta veniva valutata al di fuori dei normali orari d'ufficio oppure perché, durante lo scompenso, venivano visitati in Pronto soccorso.
I ricercatori hanno fatto diverse riflessioni rispetto a questi fattori. Per ognuno di essi hanno sottolineato che si potrebbero fare degli studi che riguardano lo staff di Home Treatment. Ad esempio sarebbe utile domandarsi quale atteggiamento dell'équipe favorisca una maggiore cooperazione del soggetto bisognoso nella fase iniziale, cosa che può migliorare il corretto apprezzamento della psicopatologia. Poi ci si potrebbe domandare quanto la singola équipe di intervento a domicilio riesca a tollerare il rischio

in caso di comportamenti potenzialmente pericolosi dell'utente e quanto invece tenda a minimizzare tale rischio mediante l'ospedalizzazione.
Su questi aspetti strutturali e operativi dell'équipe di Home Treatment lo studio non fornisce delle risposte, ma indica che le variabili inerenti la modalità con cui avviene l'assessment iniziale (pronto soccorso o domiclio) hanno un peso notevole e vi è la possibilità per i dipartimenti sanitari di modificarle senza dover compiere sforzi enormi. Ad esempio è importante che la crisi venga valutata ove possibile al domicilio, poiché l'ambiente di pronto soccorso probabilmente cambia qualcosa nel comportamento del paziente e anche dei valutatori, inducendo in loro una percezione di maggiore gravità del caso. Équipe capaci di recarsi al domicilio dovrebbero quindi essere coinvolte nella valutazione iniziale, avendo tempo e risorse umane sufficienti per effettuare questo stesso apprezzamento in qualsiasi fascia oraria, sette giorni su sette (Cotton et al., 2007).

Altri approfondimenti che ho trovato interessanti hanno valutato invece aspetti diversi dalla semplice possibilità di ridurre i posti letto in ospedale e sono giunti a conclusioni utili soprattutto per perfezionare l'organizzazione delle équipe di Home Treatment e per calibrare meglio le reali aspettative sull'impatto di questa nuova modalità di intervento.

Ci sono studi che si sono focalizzati sull'impatto di questa metodica di gestione della crisi su categorie specifiche di malati psichici e altri che hanno valutato le modificazioni degli equilibri nel sistema di cura, introdotte da questo nuovo approccio. Vi sono poi analisi sulla percezione di aiuto e di soddisfazione nei confronti delle cure, percepita da parte dei pazienti e dei loro famigliari e sulla possibilità di modificare il decorso delle crisi acute, favorendo una dimissione più rapida dal reparto ospedaliero.

La difficoltà primaria nel condurre degli studi statisticamente significativi su questo ordine di fattori è data dalle differenti modalità di funzionamento delle équipe di Home Treatment, che sono confrontate con diverse realtà locali. Vi è poi la mutevolezza delle patologie che vengono elettivamente seguite, la tipologia sociale di malati affetti da esse, il contesto famigliare, sociale e ambientale in cui il team deve intervenire. Gli unici dati statici sono caratterizzati dall'età anagrafica e dal sesso, mentre il resto è difficilmente catalogabile e risulta piuttosto mutevole.

Tenendo in considerazione quanto sopra menzionato, cito altri lavori che ho trovato utili e pertinenti.
Per quanto concerne i tempi di degenza di pazienti che sono stati preventivamente ricoverati, secondo Tulloch e il suo team (2015), il percorso di Home Treatment dà la possibilità di accorciare la permanenza in ospedale e di agevolare il rientro a casa dopo una crisi acuta che inizialmente non è stata totalmente gestibile a domicilio. Dallo studio risultava innanzi tutto che la dimissione facilitata non era un'opzione utilizzata in maniera omogenea da tutte le équipe di Home Treatment osservate dall'autore. Questa possibilità dipendeva dalla tipologia d'interazione tra équipe e clinica psichiatrica, dai loro processi operativi, dalle modalità di giudizio rispetto alla stabilità dell'utente e dal grado di incertezza/responsabilità che l'équipe riteneva di essere in grado di assumersi. Il gruppo di ricercatori ha condotto lo studio nel Sud di Londra, su di un campione di 12'179 pazienti seguiti in regime di Home Treatment tra il 1 giugno 2008 e il 31 maggio 2013. In questo intervallo temporale 7'891 pazienti hanno necessitato di un ricovero ospedaliero e solo il 29% di loro ha beneficiato della procedura di dimissione facilitata, con aggancio all'équipe di Home Treatment. La riduzione dei tempi di degenza risultava

STUDENTSUPSI

correlata in maniera positiva con la diagnosi di psicosi, con l'appartenenza al sesso femminile, e con alcuni fattori inerenti la struttura famigliare, come la presenza di figure di riferimento, in grado di coadiuvare gli operatori nella sorveglianza e nella prosecuzione della cura. La dimissione facilitata risultava invece ostacolata nei casi in cui il paziente soffriva di disturbi non psicotici associati all'uso di sostanze.
Il numero medio di giorni risparmiati ammontava a quattro giornate di occupazione di posti letto. Tra le conclusioni i ricercatori facevano notare che questa procedura, finalizzata ad abbreviare il periodo di ricovero, aveva generalmente un impatto positivo sulla qualità di vita della persona presa a carico, che più rapidamente poteva tornare al domicilio e continuare a ricevere comunque supporto psichiatrico adeguato. La dimissione facilitata non permetteva invece di ridurre il tasso generale di future ammissioni dei pazienti coinvolti, sostanzialmente non incideva su di esse. Lo studioso trovava invece meno interessante o addirittura svantaggioso il bilancio economico complessivo a livello dell'unità sanitaria locale che adottava questa procedura. Sebbene vi fossero indubbiamente dei costi risparmiati sul ricovero ospedaliero, sull'altro piatto della bilancia vi erano da considerare le spese inerenti all'intervento a domicilio, che in media contava di 22 visite effettuate nei giorni successivi alla dimissione (Tulloch, Khondoker, Thornicroft & David, 2015).

Sull'analisi delle specifiche tipologie di disturbi trattati, vale la pena citare lo studio pubblicato nel 2014 da Murton e il suo team. Esso indaga se l'introduzione di una strategia di prevenzione e gestione delle ricadute maniacali, messa in atto da un'équipe di Home Treatment, in pazienti affetti da sindrome bipolare, sia capace di prevenire efficacemente il numero generale di ricoveri in clinica psichiatrica e in particolare il numero specifico di degenze coatte. L'équipe di Home Treatment oggetto di studio si occupava di intervenire tempestivamente al domicilio quando il paziente cominciava a mostrare dei segni di iniziale ricaduta in fase maniacale, che erano indice di un possibile scompenso in tempi relativamente brevi. Lo studio è stato condotto su 59 pazienti afferenti al servizio di riferimento nell'arco di 8 anni.
I risultati hanno dimostrato che la presenza di équipe dedicate alla prevenzione delle ricadute mediante interventi al domicilio aveva consentito di ridurre il numero generale di nuove ammissioni ospedaliere così come il numero specifico di ricoveri coatti. La differenza tra i risultati precedenti e quelli successivi all'introduzione delle équipe di risoluzione della crisi era statisticamente significativa. I risultati, estrapolati come valori di "rischio di ricovero", erano tali da suggerire in media un ricovero in meno per persona ogni tre anni e mediamente una degenza coatta in meno per persona ogni quattro anni.
Anche in questo caso la riflessione conclusiva dei ricercatori è che, se questi valori vengono presi esclusivamente sotto un'ottica generica di risparmio sanitario, allora essi possono sembrare relativamente piccoli e trascurabili. Tuttavia, se ci si concentra sull'efficacia terapeutica, sulla qualità delle cure erogate, e sui riscontri per i singoli individui trattati, allora questi risultati sono un traguardo piuttosto significativo. Per la singola persona è infatti molto importante poter contenere i danni che potrebbero derivare da una crisi maniacale mediante un intervento preventivo efficace. Non solo, per un soggetto con una malattia ad andamento cronico come il disturbo bipolare, evitare un ricovero ogni tre anni, ma soprattutto evitare un ricovero contro la propria volontà ogni 4 anni, rappresenta un vantaggio molto importante (Murton, Cooper, Dinniss, Roberts, Booth & Newel, 2014).

Approfondendo alcuni aspetti che contraddistinguono gli interventi di Home Treatment, Ben Hannigan (2013) ha presentato uno studio che analizza, secondo la prospettiva del

STUDENTSUPSI

"pensiero complesso", quali possano essere le connessioni e le implicazioni tra i differenti livelli di un'organizzazione complessa, come può essere quella di un sistema sanitario odierno. A mio avviso il suo lavoro è degno di essere citato all'interno di questa trattazione, perché approfondisce la modificazione degli equilibri esistenti tra i vari attori che si muovono entro un'unità sanitaria complessa, dopo l'inserimento in tale sistema delle équipe di Home Treatment.
Lo studio è stato condotto su dati raccolti in Galles per diciotto mesi, a partire dal 2007.
In questo articolo si considerano tre stadi di complessità organizzativa: livello macro, il livello micro ed il livello intermedio. Come "macro-livello" l'autore si riferisce all'intervento politico, che introduce il cambiamento operativo sul territorio mediante l'emanazione di linee guida e direttive. Considera invece "meso-livello" un'unità terapeutica psichiatrica complessa, che nel caso specifico era costituita da: servizi psichiatrici territoriali, un ospedale e tre équipe di Home Treatment, che sono state introdotte nel 2006. Definisce infine "micro-livello" quello rappresentato da: quattro utenti, che hanno beneficiato dell'Home Treatment, l'équipe di risoluzione della crisi che ha offerto le cure e gli altri attori sanitari e sociali che sono ruotati attorno alla gestione della crisi.
Il "macro-livello" è stato preso in considerazione solo per delineare l'impulso normativo che ha indotto, a cascata, le trasformazioni nei livelli inferiori. Sugli individui che afferiscono al "meso-livello" e al "micro-livello" sono state invece condotte delle interviste specifiche semistrutturate. Dal paragone tra gli esiti delle interviste condotte sugli individui rappresentativi del "meso-livello" e gli individui inclusi nel "micro-livello", sono emerse delle considerazioni importanti, che aiutano a pensare la complessità dell'impatto che un'innovazione sanitaria può avere sul sistema intero.
Si è osservato in primis come il "macro-livello" sviluppasse il suo intervento nel sistema partendo da direttive internazionali sottoposte a sistematiche revisioni e pretendendo che esse venissero calate nelle realtà locali. Questo con lo scopo di favorire lo sviluppo verso standard di cure omogenee in tutti gli ambiti regionali e per colmare le lacune.
Tuttavia l'idea di "best practice", che idealmente si vorrebbe implementare ovunque, viene radicalmente messa in discussione dalle variazioni locali e dalle peculiarità demografiche, che esigono dei servizi costruiti su misura, rendendo poco trasferibili altre esperienze senza che si compiano degli appropriati adattamenti. Si sottolinea che ciò che può avere migliorato il funzionamento di un servizio in un contesto specifico, potrebbe invece portare delle conseguenze inaspettate e talora addirittura sconvenienti in un altro ambiente geografico.
A rinforzo di quest'ultima osservazione l'autore dichiara come alcuni studi abbiano dimostrato che, nel "meso-livello" e nel "micro-livello", la diffusione più o meno efficace di un'innovazione dipenda anche dalle barriere che possono incontrarsi tra i diversi gruppi di professionisti che costituiscono un'unità terapeutica. Gli addetti alle cure possono infatti avere delle idee radicalmente diverse su ciò che dovrebbe essere importante e necessario per migliorare il funzionamento del gruppo, limitando fortemente la loro adesione effettiva all'innovazione proposta.
Quando, come in questo studio, delle decisioni "macro" vengono calate su sistemi intermedi con delle specificità territoriali e di funzionamento differenti, si crea inevitabilmente un'interazione complessa, fatta non solo di azioni efficaci, ma anche di negoziazioni o addirittura di opposizioni, che generano sempre delle ondate di conseguenze non completamente prevedibili a priori.
L'analisi condotta in questo articolo dimostra particolarmente che il cambiamento, cioè l'introduzione delle tre équipe di Home Treatment, ha reso il sistema migliore sotto certi aspetti, ma anche allo stesso tempo peggiore sotto altri punti di vista. Le interviste

condotte sui quattro utenti e sui curanti che li hanno seguiti durante la fase di crisi acuta, hanno riportato delle impressioni nettamente positive circa l'introduzione dell'Home Treatment. Tuttavia altri soggetti intervistati, sia appartenenti al "micro livello" sia rappresentativi del " meso-livello" hanno fatto emergere diverse criticità.
Non è il caso di esporre in questa sede l'intero articolo e gli esempi di intervista effettuati dall'autore. Serve piuttosto evidenziare ancora una volta come in questo tipo di innovazione le aspettative suscitate a livello politico, non trovino spesso un riscontro univoco e convincente nella realtà concreta. Quando l'analisi del fenomeno viene condotta secondo una prospettiva di "studio della complessità", allora emergono retrospettivamente dei risultati impensati e spesso imprevedibili, sia in senso negativo che in senso positivo. L'autore sostiene che questo è capitato spesso nelle innovazioni introdotte negli ultimi decenni a livello dei servizi di salute mentale, in quanto la velocità con cui sono stati promossi i cambiamenti ha superato di gran lunga la capacità di condurre delle ricerche approfondite sui medesimi e sulla loro efficacia.
L'Home Treatment, come anche altri metodi innovativi di presa a carico, sono stati spesso sviluppati in assenza di programmi sistematici di studio e di valutazione dei risultati, basandosi su ricerche focalizzate solo su aspetti specifici e non sempre generalizzabili, ma tendendo a ignorare le più ampie ripercussioni generali che scaturiscono quando un cambiamento si traduce in atto. Ne deriva la conclusione che diverse innovazioni possono essere recepite e sperimentate più o meno positivamente, a seconda delle diverse posizioni, obiettivi e necessità delle persone che costituiscono un sistema complesso e multilivello. A livello di politiche sanitarie occorre tenere conto quindi dei larghi effetti che può produrre anche un cambiamento organizzativo apparentemente piccolo (Hannigan, 2013).

Sempre restando nell'ambito degli aspetti operativi e dell'impatto che questi possono avere sul sistema di cura, cito anche un lavoro di ricerca condotto in Norvegia e pubblicato nel 2012 da Borg et al. Gli autori hanno definito quali siano alcuni elementi chiave sia nell'atteggiamento che nella modalità collaborativa dell'équipe, per poter sviluppare una buona pratica clinica secondo l'Home Treatment. Le conclusioni si sono basate su interviste multi-livello, condotte con un'équipe norvegese di risoluzione della crisi, nel corso di 5 anni. L'analisi dei dati emersi dalle interviste è stata condotta mediante un modello interpretativo che gli autori chiamano "ermeneutica fenomenologica". In sintesi, i ricercatori conducevano con il team delle riflessioni periodiche sul loro modo di funzionare. Durante queste sessioni cercavano di fare emergere quali atteggiamenti fossero più facilitanti e costruttivi per l'interazione del gruppo. Parallelamente quei modi di pensare e di comportarsi che il gruppo riteneva più proficui venivano utilizzati dagli operatori stessi nell'approccio ai singoli casi dei pazienti. Da questa esperienza l'équipe cercava di trovare il consenso su quali fossero gli elementi di funzionamento che incrementano l'efficacia, che migliorano le condizioni di lavoro, che producono maggiori risultati e che sono generalizzabili in altri contesti.
I fattori principali, ovvero identificati come capaci di garantire delle modalità di cura efficaci e che consentivano al team di apprendere dalla propria esperienza, producendo un miglioramento progressivo dell'agire clinico, sono stati complessivamene tre.
Il primo elemento chiave è la possibilità di mantenere un "dialogo aperto" all'interno del gruppo di lavoro. La prerogativa per consentire un dialogo aperto è la capacità di creare un clima di sicurezza e curiosità non giudicante all'interno dell'équipe, in modo che tutti si sentano spinti a dare il proprio contributo originale alla discussione. Il dialogo viene mantenuto tale mediante domande che spingono ad approfondire i fattori condizionanti il caso e l'analisi della sua complessità, senza affrettare la proposta di soluzioni.

Il secondo elemento importante è la “tolleranza dell’incertezza”. Questa capacità completa quella precedente. Per “tolleranza dell’incertezza” si intende sia sopportare la difficoltà correlata alle situazioni di crisi, con l’incertezza che esse suscitano sulla corretta modalità di agire, sia sopportare le divergenti letture della crisi e le differenti soluzioni che possono prendere forma dentro l’équipe.
Il terzo ed ultimo elemento è invece quello di riservare le dovute energie e attenzioni per affrontare i problemi della vita quotidiana del paziente. In questa modalità di cura vi è il valore aggiunto del confronto con l’ambiente domestico, che consente di valutare l’impatto della crisi insieme all'individuo e alla sua rete di riferimento, nella vita quotidiana. Agire nelle case delle persone permette ai membri del team di intercettare la situazione effettiva del paziente, così come i punti di vista della famiglia. Gli operatori sanitari possono osservare direttamente sia il disagio mentale, sia il suo impatto sulla vita sociale e famigliare del malato, nonché l’interfaccia tra questi due livelli. Lo studio dimostra inoltre come l’approccio terapeutico abbia un risultato migliorativo sul soggetto e sulla famiglia quando riesce a mobilizzare adeguatamente anche le risorse di sostegno della rete sociale. Si evince come non si possa prescindere, sia nelle decisioni terapeutiche che nella gestione globale del caso, dagli elementi concreti della quotidianità con i quali il curato è inevitabilmente confrontato. Questi aspetti pratici della quotidianità venivano spesso sollevati nelle riunioni di gruppo, occupando uno spazio considerevole nelle scelte e nelle strategie da perseguire e creando delle linee guida per gli approcci futuri (Borg, Karlsson & Kim, 2010).

Sempre in tema di funzionamento delle équipe, in Galles è stato compiuto uno studio abbastanza recente, presentato alla conferenza nazionale promossa dalla “All Wales Crisis Resolution and Home Treatment Network” il 25 settembre del 2008. Esso è stato condotto tra il 2007 e il 2008 ed era volto a valutare l’evoluzione dei servizi di CRHT in questa regione, mediante un questionario contenente delle domande sull’organizzazione dei servizi. Il questionario è stato sottoposto ai coordinatori di ciascuna delle diciotto équipe presenti all’epoca sul territorio. Quattordici team su diciotto hanno risposto e i dati hanno evidenziato similitudini e differenze condizionate dai contesti geografici in cui essi operavano.
Tutti i team tranne uno erano condotti da un infermiere, categoria professionale che peraltro risultava anche quella di gran lunga più numerosa in tutte le équipe. Tutti garantivano interventi di Home Treatment sia come alternativa all’ospedalizzazione, sia come presa a carico durante la fase finale di un ricovero, per consentire una dimissione anticipata. Tranne un’eccezione, i team dell’Home Treatment si occupavano anche di fare attività di *gatekeeping*, ovvero ricevevano le segnalazioni dei casi acuti e decidevano la loro ammissione o meno nei reparti ospedalieri.
Lo studio ha evidenziato differenze significative su parecchi livelli. Ad esempio differivano i parametri che i vari gruppi avevano adottato per controllare il livello dei risultati ottenuti. Venivano segnalate delle differenze nei giudizi degli utenti, per quanto concerneva la percezione di efficacia dei rispettivi team, le distanze che dovevano coprire, le ore di apertura del servizio, le figure professionali costitutive dell’équipe, il numero di casi seguiti e la possibilità di ottenere l’intervento di un medico psichiatra. In particolare spiccavano delle differenze tra i team urbani e quelli che dovevano invece coprire un territorio misto oppure totalmente rurale. I gruppi operativi in territori rurali dovevano coprire distanze nettamente maggiori viaggiando a lungo, avevano a disposizione meno letti per ricoverare i pazienti in clinica ed avevano molte meno possibilità di ottenere il supporto o l’intervento di un medico psichiatra. Ne è derivato il giudizio che, sebbene tutti i servizi avevano standard sufficienti rispetto a quanto

STUDENTSUPSI

stabilito dalle direttive del Galles, risultava una maggiore difficoltà nell'operare all'interno di aree rurali piuttosto che in quelle urbane, in parte per conformazione del territorio (tempi di viaggio), in parte per motivi di suddivisione disomogenea delle risorse sanitarie (Jones & Jordan, 2010).

Il tema particolare della funzione di *gatekeeping*, che in talune realtà è svolta dalle équipe di Home Treatment, viene approfondito anche in uno studio effettuato da ricercatori di Manchester. Essi hanno condotto delle interviste semistrutturate con venticinque professionisti della salute mentale, attivi in otto servizi, afferenti ad un'unica autorità sanitaria regionale. La ricerca ha indagato la modalità di interazione tra le unità di risoluzione della crisi e Home Treatment e gli altri servizi della salute mentale, costitutivi della medesima unità operativa. Nonostante sia emersa un'ampia variazione di approcci e di prestazioni, fornite dai rispettivi gruppi di lavoro territoriali secondo il loro specifico mandato, tutti gli intervistati segnalavano uniformemente di essere confrontati con dei problemi comuni, collegati a tensioni tra i diversi servizi. Questi attriti si generavano soprattutto durante l'assessment iniziale e durante la fine della presa a carico, quindi nelle fasi in cui la competenza del paziente passava da un servizio ad un altro.
Per quanto concerne il ruolo di *gatekeeping* gli autori sono piuttosto scettici. Non ritengono che l'équipe di risoluzione della crisi ed Home Treatment debba essere considerata un filtro sistematico, messo come protezione rispetto all'occupazione degli scarsi posti letto disponibili in ospedale. La scarsa conoscenza della storia della persona bisognosa di cure, che invece è ben nota ai servizi ambulatoriali, rischia di essere un grosso limite quando si demandi la funzione di *gatekeeping* interamente all'Home Treatment. Piuttosto queste équipe di intervento al domicilio dovrebbero essere considerate un'alternativa valida solo per quei pazienti che si dimostrano motivati ad evitare un ricovero o ad accelerare i tempi di dimissione. Lo studio ipotizza quindi un funzionamento ottimale delle unità di Home Treatment quando queste sono integrate, in maniera flessibile, nello scambio di comunicazioni, nella conoscenza e cooperazione stretta con le altre realtà territoriali. Secondo questa ricerca le équipe di Home Treatment hanno quindi maggiori opportunità di svolgere un intervento efficace quando c'è un turnover basso di personale all'interno del loro staff, quando si sviluppa una capacità di interrelazione elastica e continuativa con gli altri servizi di cura. Infine, ultimo elemento importante è che l'équipe sia costituita soprattutto da personale "senior", che abbia già una buona esperienza di lavoro sia nei servizi psichiatrici per i pazienti acuti, sia in ambulatori e centri diurni, che effettuano invece una presa a carico di lungo periodo (Rhodes & Giles, 2014).

Lo studio di Hubbeling e Bertram indaga infine la soddisfazione dei pazienti e i loro livelli di speranza dopo aver ricevuto un trattamento da parte del team di Home Treatment di Wandsworth un quartiere di Londra popolato da 285'000 residenti. I pazienti sono stati seguiti per un massimo di quattro settimane e poi sono stati presi a carico da un team di salute mentale ambulatoriale sul territorio. Per effettuare la ricerca sono stati distribuiti 266 questionari ai pazienti. Di questi, 152 sono stati compilati correttamente nel periodo compreso tra il 1 luglio ed il 1 novembre 2011. Il tasso di risposta è stato circa del 64%. Il fatto di consegnare il questionario nel contesto dell'ultima visita ha aumentato il tasso di risposta, che negli studi precedentemente eseguiti mostrava invece una percentuale di risposta solo del dieci percento. Sono stati presi in considerazioni sette elementi che caratterizzavano le cure ricevute. Tra queste variabili quelle che hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa con

l'alto livello di soddisfazione dell'utente sono state: aver ricevuto un piano scritto delle cure e aver avuto la percezione che i propri problemi trovavano una soluzione mirata e ben strutturata. Analogo discorso vale per le variabili associate a un elevato livello di speranza percepita alla fine del trattamento. Ne deriva che, per garantire un livello di soddisfazione ottimale per l'utente, le équipe di Home Treatment devono verificare con il paziente che egli abbia la percezione di aver concretamente risolto i suoi problemi durante il percorso di cura (Hubbeling & Bertram, 2014).

Riassumendo

Nell'ultimo trentennio l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato una notevole spinta verso l'evoluzione dei modelli di diagnosi e cura in psichiatria. Alla base di questi input per il miglioramento e la differenziazione dell'offerta sanitaria sono stati citati motivi inerenti all'etica delle cure. Vi sono state anche ragioni più pragmatiche connesse alle modificazioni dell'età e della composizione etnica della popolazione e alla necessità di razionalizzare la spesa sanitaria.
I dipartimenti sanitari di vari stati hanno recepito tempestivamente queste direttive ed hanno implementato rapidamente delle consistenti modifiche nella loro organizzazione psichiatrica territoriale, motivati soprattutto dalla speranza di poter contenere i costi derivanti dalle ospedalizzazioni psichiatriche.
In alcuni paesi, sotto la spinta delle direttive politiche, negli ultimi quindici anni si è diffuso ampiamente il modello dell'Home Treatment. Questa modalità di intervento è stata promossa e organizzata facendo riferimento a delle linee guida empiriche, desunte da precedenti esperienze pilota, nutrendo grandi aspettative di risparmio ed efficienza, ma in assenza di studi ampi e rigorosi che documentassero inconfutabilmente i vantaggi e le criticità.
Studi recenti, ben strutturati, hanno concluso che una gestione della crisi fatta al domicilio consente di incrementare la qualità generale delle cure, ma soltanto se si verificano alcune condizione specifiche. Hanno invece messo in dubbio proprio l'ipotesi di poter ottenere rapidamente un risparmio della spesa sanitaria, riducendo la quantità delle ospedalizzazioni.
È stato dimostrato che l'efficacia dell'Home Treatment varia enormemente in base alle condizioni geografiche in cui le équipe si trovano a lavorare, agli spazi che esse devono coprire, al carico di pazienti che devono gestire.
Inoltre altre ricerche hanno dimostrato che i risultati terapeutici dell'Home Treatment possono essere ridotti da fattori disfunzionali interni alla medesima équipe. Tra questi elementi un valore decisivo va riconosciuto alla composizione del gruppo di lavoro, che non sempre è omogeneo, costante o numericamente sufficiente. Tra gli aspetti qualificanti è stata segnalata la presenza di infermieri esperti e con un basso turnover di personale, capaci di stimare in maniera appropriata la gravità del caso, di sopportare l'incertezza della fase acuta, di decidere in maniera accurata o meno su motivazioni cautelative. Un altro punto importante è la disponibilità di un medico dedicato alle équipe di Home Treatment permette al gruppo di stimare il rischio in maniera appropriata, di modulare sapientemente la terapia e di essere in grado di assumere casi critici evitando l'ospedalizzazione.
Un valore è stato riconosciuto anche allo stile comunicativo presente nella squadra, che deve essere aperto, tollerante, non conflittuale, capace di trovare soluzioni creative, di sopportare alti livelli di incertezza e di condividere gli obiettivi terapeutici. Oltre a questo l'Home Treatment deve essere inserito, valorizzato e sostenuto anche dagli altri attori sanitari che agiscono sia in clinica che sul territorio. Un loro atteggiamento oppositivo o

STUDENTSUPSI

scarsamente collaborativo potrebbe infatti inficiare le possibilità di intervento efficace dell'Home Treatment e spingere l'équipe mobile a chiudersi in comportamenti difensivi.

Rispetto al raggiungimento dei risultati terapeutici, restano invece dibattute delle soluzioni come quella di *gatekeeper*, laddove alcuni autori criticano che il team dell'Home Treatment venga designato come il difensore / dispensatore dei posti letto in ospedale. Altri autori arrivano per contro a sostenere che ogni valutazione di scompenso acuto dovrebbe essere fatta sul territorio, fuori dall'ambiente di Pronto Soccorso, che indurrebbe a sovrastimare il rischio e sottostimare parallelamente i fattori protettivi, inducendo il medico valutatore ad andare con grande facilità verso la scelta di un ricovero.
Tra le altre aree degne di ulteriore approfondimento, vi è quella della strutturazione delle squadre di intervento. Sebbene le linee guida sottolineano l'importanza di costituire delle équipe multidisciplinari, risulta ancora difficile definire quale debba essere la composizione ottimale dei membri del gruppo di lavoro. Restano inoltre da precisare meglio le modalità di coinvolgimento delle risorse famigliari e delle figure sociali di supporto.
Per quanto concerne gli orari di apertura del servizio, normalmente si dice che l'Home Treatment dovrebbe funzionare 24 ore su 24. Questo assunto di base, indispensabile nel caso in cui si faccia *gatekeeping*, viene invece relativizzato per assetti organizzativi differenti, laddove non si punti necessariamente alla controversa riduzione del numero assoluto dei ricoveri ospedalieri.
Per concludere, la modalità di intervento dell'Home Treatment è stata indubbiamente un grosso passo nella direzione di offrire servizi psichiatrici differenziati, personalizzati, capaci di espandere l'intervento territoriale fino alla gestione di alcuni casi di crisi acuta, con beneficio per gli utenti che riducono il numero di ricoveri, il rischio di stigma e limitano una pesante rottura con il proprio ambiente di vita.
In questo senso sono stati ottenuti dei dati importanti che confermano la riduzione del numero di ricoveri in alcune categorie di pazienti come quelli bipolari, il precoce ritorno al domicilio di alcuni pazienti inizialmente ricoverati, con accorciamento dei tempi di degenza, la riduzione dei ricoveri volontari per quei pazienti collaboranti che abbiano una rete famigliare di supporto collaborativa.
Restano però parecchie aree che sono ancora oggetto di discussione e che riguardano soprattutto le modalità organizzative dell'Home Treatment, sia rispetto alla specifica realtà sociale in cui opera, sia rispetto al contesto dei servizi psichiatrici in cui è inserito. Da queste scelte deriva la missione del team dell'Home Treatment, con la necessità di delineare gli obiettivi da raggiungere, gli strumenti necessari ed i metodi che servono per verificare il risultato, sia rispetto all'istituzione, sia per rapporto al livello di soddisfazione del paziente.

Linee direttive e raccomandazioni

Il presente capitolo prenderà in considerazione le linee direttive e le raccomandazioni sulle caratteristiche organizzative dei servizi di Home Treatment, integrandole con le osservazioni che sono emerse dall'analisi della letteratura sopra citata.

Da questo approfondimento costruirò due griglie per intervista, che elenchino i parametri costitutivi principali dell'Home Treatment.

Le interviste saranno fatte agli infermieri dell'équipe dell'Home Treatment per verificare insieme a loro quale sia la percezione di efficacia rispetto alle diverse dimensioni organizzative della loro realtà concreta. Cercherò di comprendere, insieme al personale, quali siano le loro difficoltà nel rapportarsi coi paziente coi loro famigliari in un ambiente non protetto, quali siano i punti forti di questa interazione privilegiata e il loro gardo di soddisfazione del lavoro svolto sul campo.

Elementi chiave e principi per l'organizzazione di servizi di Home Treatment efficaci secondo i manuali

Le raccomandazioni iniziali e le più recenti ricerche scientifiche si sono focalizzate sull'individuazione di elementi e di princìpi cardine per una buona riuscita della presa a carico del soggetto in fase acuta, mediante il sistema dell'Home Treatment.
L'Home Treatment è stato considerato per lungo tempo una metodica innovativa, non convenzionale e non generalizzabile. Per questo motivo le ricerche scientifiche concludenti sull'argomento sono ancora poche e le linee guida, atte ad aumentare la qualità del servizio erogato, sono in gran parte basate su considerazioni empiriche e si trovano in continua evoluzione.

Heath nel testo "*Home Treatment for acute Mental Disorders*" del 2005 riassume in maniera approfondita i punti cardine che garantirebbero il buon funzionamento dell'Home Treatment, nel susseguirsi delle ore / giorni dalla crisi acuta.

Comincerò elencandoli, per poi fare alcune riflessioni su ciascuno di essi.

1. Disponibilità 7 giorni su 7, 24 ore su 24
2. Èquipe mobili e visite al domicilio
3. Rapidità della risposta
4. Numero limitato di pazienti presi a carico
5. Contatti personali frequenti, associati a contatti telefonici
6. Durata e modalità dell'assessment iniziale
7. Coinvolgimento del medico psichiatra
8. Accesso rapido alle cure farmacologiche specifiche
9. Criteri d'inclusione ed esclusione, compreso l'apprezzamento dell'attitudine del paziente
10. Un singolo operatore di riferimento principale, oppure l'abilità dell'équipe di lavorare come un'unità
11. Coinvolgimento dei sostegni sociali e mediazione nei confronti dei vari attori che compongono il sistema sociale dell'individuo
12. Aiuti pratici

STUDENTSUPSI

13. Brevi ospedalizzazioni se e quando necessario
14. Adeguato supporto al progetto di Home Treatment da parte dei responsabili amministrativi
15. La valutazione delle risorse della famiglia
16. Autonomia dello staff e responsabilità
17. Lavorare in sicurezza
18. Il dibattuto ruolo di *gatekeeper* rispetto all'ammissione ospedaliera
19. Criteri per decidere l'interruzione della presa a carico e il passaggio ai servizi ambulatoriali

1. Disponibilità 7 giorni su 7, 24 ore su 24

In caso di crisi psichiatrica acuta, alcuni studi evidenziano che sarebbe importante riuscire a garantire la reperibilità, e la presa a carico del paziente, 7 giorni su 7, con una copertura di 24 ore al giorno, esattamente come avverrebbe in caso di ricovero ospedaliero dell'individuo bisognoso di cure (Department of Health Spectrum of Care, 1996).
Molto spesso però i team specialistici incontrano parecchie difficoltà a fornire tale copertura temporale (Minghella et al.,1998).
Le possibilità d'intervento e l'orizzonte temporale di tale attività sono spesso determinati da diversi fattori: dall'ampiezza del budget a disposizione, dalla gravità dei pazienti che si vogliono seguire, dal supporto effettivo elargito dai famigliari e dalla presenza di altre strutture di primo soccorso presenti sul territorio (Heath, 2005).
D'altra parte uno studio condotto nel 1994 sul Team di Home Treatment del nord di Birmingham, ha evidenziato come solo il 5% dei contatti "di persona" avveniva durante le ore notturne, mentre la maggioranza delle visite cadeva nella fascia orario compresa tra le 8.00 e le 20.00 (Minghella et al.,1998).
Lo studio sopramenzionato evidenziava quindi come il servizio continuo sia utile, ma non fondamentale, come anche la possibilità di contatto telefonico continuo durante tutto l'arco del giorno e della notte; che spesso non veniva sfruttata fuori dagli orari lavorativi (Minghella et al.,1998).
Nonostante alcune raccomandazioni presenti nei capitoli precedenti sottolineino l'importanza di una reperibilità completa, pare che la maggior parte dei teams di Home Treatment si renda disponibile a orari ridotti, con una copertura oraria che spazia dalle 11 alle 14 ore giornaliere, nei giorni feriali, e con diversificate possibilità d'intervento anche nei giorni festivi (Heath, 2005).
In queste scelte rientrano considerazioni organizzative, obiettivi da raggiungere, razionalizzazione della spesa e delle risorse umane implicate e modalità di collaborazione con altri soggetti sul territorio che vanno approfondite caso per caso (Wheeler et al., 2015).

2. Èquipe mobili e visite al domicilio

La visita al domicilio è una caratteristica ineliminabile dell'Home Treatment. Essa ha un impatto positivo sulla percezione di accudimento e di presenza del personale specializzato nei confronti del paziente e dei suoi famigliari (Heath, 2005).
La possibilità di visionare le dinamiche famigliari funzionali o disfunzionali che si creano durante la quotidianità rende più efficace la presa a carico del paziente. Stabilire rapidamente un rapporto con la famiglia del paziente consente di avviare precocemente la fase psicoeducativa, istruendo i famigliari sui comportamenti da tenere e su come

STUDENTSUPSI

rilevare precocemente le difficoltà. Questo consente al personale specializzato di intervenire in maniera articolata e puntuale sulle problematiche riscontrate (Heath, 2005).
Inoltre, la possibilità di garantire delle visite al domicilio ovvia alla difficoltà iniziale del paziente di confrontarsi con il mondo esterno e di assumere completamente la propria responsabilità per la cura fisica e psichica (Heath, 2005).
Durante le fasi dello scompenso acuto, alcuni pazienti fanno fatica ad utilizzare i mezzi pubblici o a guidare, per cui possono manifestare stati ansiosi quando devono abbandonare il proprio domicilio e fare lunghi spostamenti. Altri pazienti invece possono evitare di recarsi agli appuntamenti ambulatoriali a causa della precarietà della loro memoria, per stati confusionali o a causa della lentezza nell'agire (Heath, 2005).
Lo studio citato in precedenza, condotto a Londra nel 2005 su un gruppo di 260 pazienti di cui 135 seguiti con Home Treatment, ha evidenziato l'importanza delle visite frequenti. Ricevendo fino a 2 visite al giorno, anche fuori dall'orario d'ufficio, i pazienti hanno avuto una minor probabilità nelle 8 settimane successive di essere ricoverati in una struttura medicalizzata. La disponibilità del team era quindi strettamente correlata alla buona riuscita della cura e a una maggior soddisfazione del paziente e dei famigliari stessi (Johnson & al., 2005).
In quasi tutti i modelli sono previste anche visite ambulatoriali dei pazienti e incontri presso i reparti prima di organizzare una dimissione. Un'adeguata proporzione tra gli incontri in ufficio o in ospedale e quelli fatti presso il domicilio, rappresenta un aspetto da approfondire e da definire a seconda della situazione del paziente e in relazione alle possibilità dell'équipe (Heath, 2005).
La possibilità di effettuare un numero significativo di viste domiciliari è in stretta dipendenza con i due fattori successivi, ovvero con la possibilità di fornire una presa in carico rapida della crisi acuta e con la necessità di avere un ridotto carico di casi da seguire (Heath, 2005).

3. Rapidità della risposta

Come sottolineato anche da Mezzina et al. (2005, 202) "per raggiungere validi livelli di efficacia gli interventi di Home Treatment devono affrontare la complessità della domanda acuta/grave attraverso approcci multidisciplinari e favorendo la massima accessibilità in tempi brevi…".
Deve essere garantita una risposta rapida e puntuale. Il servizio non può essere ovviamente paragonato a quello che si avrebbe all'interno di una struttura di cura, ma vi dovrebbe essere sempre la possibilità di mantenere un contatto telefonico adeguato sino al momento dell'arrivo e sino al termine del momento di crisi (Mezzina et al., 2005).
È fondamentale in questo senso che il paziente stesso, o i suoi famigliari, riescano a riconoscere tempestivamente qualora insorgesse una crisi e allertare l'équipe. Questo aspetto non è sempre facile da garantire, poiché spesso i pazienti e i famigliari tendono a sottovalutare la situazione o a non comprenderla del tutto, così da attendere troppo tempo prima di consultare il team mobile (Heath, 2005).
Da tutto questo deriva che personale del team deve riuscire a gestire gli appuntamenti e le necessità dei singoli pazienti prevedendo grande flessibilità (National Institute for mental healt in England [NIMHE], nd.).

STUDENTSUPSI

4. Numero limitato di pazienti presi a carico

Per riuscire a garantire visite frequenti e risposte rapide alle esigenze del singolo è fondamentale avere un numero contenuto di malati da gestire nel singolo momento temporale (Heath, 2005).
Impegnati abitualmente in attività di routine, anche di tipo amministrativo, alcuni membri del team, devono avere la capacità di abbandonare i lavori programmati per dedicarsi tempestivamente alla gestione di un caso urgente (The Mental Health Policy Implementation Guide, 2001).
La complessità dei pazienti gioca un ruolo importante sulla decisione del giusto carico di lavoro assumibile da parte del team. Non esistono delle linee guida chiare per Individuare le corrette proporzioni. In Inghilterra sembra comunque che le équipe di Home Treatment operino con un rapporto pazienti – operatori rispettivamente nella misura di 5-6 : 1 (Heath, 2005).

5. Contatti personali frequenti associati a contatti telefonici

Le visite a domicilio, alternate in diverse proporzioni ad incontri condotti in ambulatorio, devono garantire una continuità della presa a carico multidisciplinare ed essere intensificabili in breve tempo laddove vi sia la sollecitazione del paziente o della famiglia. Sarà il paziente stesso in base alla gravità delle condizioni che presenta, a regolare il contatto col personale curante, servendosi anche della reperibilità telefonica
Durante la giornata, così come nel corso della notte, dovrebbe essere garantita l'assistenza telefonica da parte del team curante dell'Home Treatment. Infatti secondo lo studio di Cotton del 2007 citato nel capitolo precedente, la valutazione di una crisi fatta da personale che non conosce abitualmente il paziente e in Pronto Soccorso, portava inevitabilmente verso un maggiore tasso di ospedalizzazione vanificando gli sforzi di gestione domiciliare fatti dalle équipe di Home Treatment (Cotton et al., 2007).
Poiché spesso vi è il rischio che il sistema famigliare non regga lo stress della malattia o non sia in grado di gestirlo correttamente, le linee guida raccomandano agli operatori di entrare in contatto col curato e la sua famiglia frequentemente, per migliorare la psicoeducazione su come affrontare problemi concreti e per mantenere un valido contatto relazionale e di sostegno (Heath, 2005).
La percezione di fiducia nell'équipe, veicolata da contatti frequenti, diventa l'elemento fondamentale per favorire l'adesione al programma terapeutico creato col paziente.
Le frequenze normali dei contatti sono garantite da uno staff multidisciplinare e pianificate a dipendenza dei bisogni emersi al termine dell'assessment iniziale (Heath, 2005).

6. Durata e modalità dell'assessment iniziale

Quando un paziente è ricoverato in ospedale, non è indispensabile effettuare un'intera intervista psicodiagnostica tutta nel medesimo giorno. Può anzi essere più ragionevole suddividere la fase di inquadramento iniziale in più segmenti, magari in momenti o giornate diverse. Infatti il paziente essendo sempre a disposizione, qualora le sue condizioni deteriorassero velocemente, gli infermieri sarebbero in grado di accorgersene e intervenire tempestivamente (The Mental Health Policy Implementation Guide, 2001).
Diverse sono invece le esigenze di un assessment fatto fuori dall'ambiente ospedaliero da parte di un'équipe mobile che si reca al domicilio. In questo caso il processo di

STUDENTSUPSI

inquadramento iniziale risulta lungo e complesso, può essere frazionato, ma deve essere comunque terminato entro la prima giornata di valutazione.
Alla fine del processo di inquadramento del caso, l'équipe deve essere capace di decidere se, quel tipo di paziente possa essere preso a carico dal team e se, la famiglia, oltre che la rete sociale circostante, siano tali da riuscire a gestire lo scompenso in atto. Infine è necessario identificare i bisogni del paziente nelle successive 24 ore o mobilizzare tempestivamente gli ausili necessari a soddisfarli (Heath, 2005).

7. Coinvolgimento del medico psichiatra

Siccome l'Home Treatment gestisce gli scompensi psicopatologici acuti dei pazienti, per far sì che questa modalità di intervento rappresenti una valida alternativa al ricovero è necessario prevedere un adeguato sostegno medico-psichiatrico all'équipe.
I manuali sul tema sono chiari nel raccomandare che lo psichiatra possa garantire l'intera gamma dei servizi medici specifici: diagnosi, visita fisica ed esame psichico del paziente, trattamento medicamentoso, psicoterapia, certificazione, supervisione periodica dello staff (Heath, 2005).
Ci sono dei programmi di Home Treatment che non prevedono uno psichiatra dedicato specificamente al team, ma l'équipe fa riferimento ai vari specialisti che normalmente seguono o si rendono disponibili a seguire il paziente. Questa opzione può funzionare, ma normalmente i team di Home Treatment preferiscono avere il proprio medico e il manuale raccomanda che il professionista dedichi a questa attività almeno un 40-50% del suo tempo (Heath, 2005).
Uno studio su un'unità mobile di intervento per la crisi del Michigan ha dimostrato che l'introduzione di uno psichiatra aveva permesso di ridurre notevolmente le ammissioni in ospedale, mentre il numero di ricoveri era ritornato elevato quando l'attività dello psichiatra entro quel servizio era terminata (Reding & Raphelson, 1995).

8. Accesso rapido alle cure farmacologiche specifiche

In fase di scompenso, la forte ansia, l'agitazione psicomotoria, le anomalie di pensiero o i comportamenti psicotici sono le cause principali che richiedono una rapida ospedalizzazione. Da questo deriva il fatto che la rapida introduzione di un trattamento farmacologico sedativo appropriato rappresenta la risorsa efficace per prevenire il ricovero ospedaliero urgente. Entro l'équipe di Home Treatment lo psichiatra deve quindi disporre delle procedure tali per cui, se del caso, si possa procedere tempestivamente all'accertamento della condizione clinica e alla conseguente somministrazione di una medicazione adeguata a contenere le anomalie comportamentali, cognitive ed emotive più eclatanti (Heath, 2005).
Lo staff deve essere in grado di procurare rapidamente i medicamenti necessari per il paziente, di fare frequenti visite per procedere con una somministrazione graduale, sicura, ma rapidamente efficace. Indispensabile sarà anche il coinvolgimento dei famigliari che dovranno essere istruiti sulle terapie richieste e dovranno garantire la regolarità d'assunzione nei tempi prestabiliti (Heath, 2005).

STUDENTSUPSI

9. Criteri d'inclusione ed esclusione, compreso l'apprezzamento dell'attitudine del paziente

Per funzionare in maniera ottimale, coordinata con le altre strutture psichiatriche presenti e senza sprecare risorse, l'équipe di Home Treatment, secondo Heath (2005), deve essere in grado di sviluppare una procedura chiara di selezione dei pazienti. I criteri di inclusione ed esclusione devono essere ben definiti.
Le segnalazioni possono arrivare da diverse fonti e le informazioni a disposizione possono spesso non essere così chiare. Tuttavia lo sforzo di compiere una corretta discriminazione tra pazienti deve essere fatto. In linea generale i pazienti dovrebbero presentare un chiaro scompenso acuto. Mettersi a trattare condizioni di scarsa intensità farebbe sprecare energie e soprattutto mancherebbe l'obiettivo fondamentale di evitare il ricovero.
Specularmente anche il fatto di accettare malati troppo gravi potrebbe portare a uno spreco di energie, non facendo altro che ritardare di qualche giorno l'inevitabile ricovero e generando preoccupazioni e tensioni nell'équipe di Home Treatment.
Bisogna quindi che i criteri discriminanti siano più chiari possibile e che l'équipe venga ben formata per decidere rapidamente se il paziente possa essere appropriato.
Un'altra capacità importante dell'équipe deve essere quella di valutare se il paziente sia in grado di assumere, nonostante la malattia, un atteggiamento attivo e responsabile. Un paziente e una famiglia attivi, capaci di collaborare con i curanti e di seguirne le indicazioni, capaci di dare riscontri attendibili aumentano nettamente le probabilità di riuscita dell'intervento.
Specularmente un'attitudine passiva del paziente, che risulti gravemente regredito e incapace di mantenere minime competenze residue, con una famiglia timorosa e orientata al ricovero non consentono di impostare una cura efficace con questo tipo di approccio.

10. Un singolo operatore di riferimento principale, oppure l'abilità dell'équipe di lavorare come un'unità

Diversi modelli operativi prevedono un numero più o meno grande di soggetti di cura che possono occuparsi del paziente. In alcuni approcci, soprattutto nei casi in cui l'Home Treatment interviene soltanto negli orari di ufficio, è possibile garantire una figura di riferimento costante. Questo aspetto sembra essere normalmente molto apprezzato dai pazienti e dalle loro famiglie. Tuttavia un simile assetto organizzativo diventa impossibile per quei gruppi di Home Treatment che garantiscono una copertura oraria molto più ampia ed i cui membri sono inevitabilmente soggetti a rotazione. In quest'ultimo caso l'équipe deve essere capace di funzionare in maniera compatta come unità di lavoro ben coordinata. In ogni caso sembra che i pazienti preferiscano comunque un contatto con un numero ristretto e ben identificabile di operatori(Heath, 2005).

11. Coinvolgimento dei sostegni sociali e mediazione nei confronti dei vari attori che compongono il sistema sociale dell'individuo

Un principio fondamentale dell'Home Treatment è che i famigliari, i parenti e gli amici del paziente giochino un ruolo di primaria importanza nel percorso terapeutico, diventando dei collaboratori rilevanti per lo staff curante.
È pertanto necessario che l'équipe di Home Treatment offra un adeguato supporto a tutte le persone coinvolte, sotto forma di rassicurazioni, spiegazioni, incoraggiamenti, e

STUDENTSUPSI

psicoeducazione; l'infermiere ha un ruolo fondamentale in tutti questi punti (Begum & Riordan, 2016).
In taluni casi, sotto richiesta del paziente, potrà essere necessario che i membri dello staff rassicurino anche alcuni attori che compongono la rete sociale dell'individuo, come i datori di lavoro o gruppi di appartenenza, che potranno diventare valide risorse nella fase riabilitativa graduale (Heath, 2005).

12. Aiuti pratici

Una crisi psichiatrica porta improvvisamente al collasso della capacità dell'individuo di fronteggiare le proprie incombenze quotidiane. Egli non riesce più ad occuparsi dei propri spazi abitativi, dell'economia domestica, dell'accudimento dei figli, degli obblighi lavorativi.
Per questo motivo l'équipe di Home Treatment deve essere capace di individuare rapidamente simili difficoltà pratiche e proporre delle soluzioni concrete da mettere in atto sin dal primo giorno di presa a carico. La conoscenza approfondita del territorio e delle istituzioni o agenzie che possono offrire rapidamente degli aiuti pratici è un elemento qualificante del team che segue il caso. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, la percezione di aver ricevuto importanti aiuti pratici nei problemi di tutti i giorni risulta uno dei fattori che portano l'utente ad esprimente giudizi molto positivi sulla qualità dell'intervento di Home Treatment (Heath, 2005).

13. Brevi ospedalizzazioni se e quando necessario

Anche se i pazienti che vengono presi a carico dall'Home Treatment sono selezionati in maniera accurata, permane una piccola percentuale di casi che possono richiedere una breve ospedalizzazione in clinica psichiatrica. Brimblecombe (2001) ha sottolineato che un intervallo di ammissioni compreso tra l'11% ed il 34% non dovrebbe comunque essere considerato come un fallimento, ma come una normale conferma che si stanno curando individui gravemente malati e che quindi non si stanno sprecando risorse per trattare invece soggetti meno gravi che potrebbero essere sufficientemente seguiti negli ambulatori territoriali. D'altra parte, se si considerano le normali fluttuazioni di una malattia in fase acuta, unite a imprevedibili cambiamenti nei sostegni e negli stressors del paziente, questo dato non stupisce. Da questo deriva l'importanza di procedure di collaborazione chiare e facilitate tra clinica ed équipe mobile, che devono prevedere non solo le modalità di ammissione, ma anche le visite in struttura e le procedure per il rientro al domicilio, appena questo diventa possibile (Minghella, 1998).

14. Adeguato supporto al progetto di Home Treatment da parte dei responsabili amministrativi

Come evidenziato nel capitolo precedente, i team di Home Treatment lavorano in condizioni molto delicate. Oltre a dover selezionare una tipologia di paziente sufficientemente grave, devono essere in grado di tollerare e gestire adeguatamente il rischio, devono trovare soluzioni rapide ad aspetti pratici e devono interagire con molti attori rapidamente per costruire una rete terapeutica efficace (Begun & Riordan, 2016).
Spesso sono lontani dalla sede di lavoro e hanno difficoltà a trovare momenti per partecipare tra loro a riunioni di équipe interne al proprio servizio psichiatrico.
Per questo motivo è necessario che simili équipe abbiano la percezione che il loro particolare modo di lavorare sia difeso, sostenuto ed apprezzato dai responsabili

STUDENTSUPSI

amministrativi. Nei casi in cui questo non avviene si riduce la capacità dei team di assumere pienamente ed efficacemente un ruolo alternativo all'ammissione in ospedale (Heath, 2005).

15. La valutazione delle risorse della famiglia

Se ben gestita, la possibilità d'interagire col malato e con i membri della famiglia al domicilio consente di agire in maniera più efficiente ed efficace. Vi è la possibilità di vedere la vita quotidiana dell'entourage famigliare, di coinvolgerlo e di sviluppare una stretta alleanza terapeutica. Quando questo approccio funziona, l'intervento viene definito e adattato alle dinamiche che si possono osservare durante le visite a domicilio, con una continua rivalutazione dei punti di forza e rispettivamente dei punti di debolezza del nucleo famigliare.
Se i famigliari aderiscono alla proposta dell'Home Treatment, è importante comunque mantenere l'accesso del paziente a colloqui individuali, che garantiscano momenti di assoluta privacy, oltre che la possibilità di prendere temporaneamente le distanze dal contesto famigliare.
Gli operatori devo però avere un'accurata capacità di selezionare le situazioni in cui le famiglie risultano ancora capaci e motivate a seguire attivamente la cura del loro membro bisognoso. Vi sono casi in cui gli equilibri famigliari sono infatti talmente logorati da rendere impensabile una gestione dello scompenso a domicilio. In altri casi nella famiglia vi sono altri membri malati che possono ostacolare inconsapevolmente il processo di guarigione. Sono dati anche nuclei famigliari che si oppongono alle raccomandazioni terapeutiche per motivi religiosi, etnici o convinzioni personali e quindi rappresentano un ostacolo piuttosto che una risorsa.
Altre famiglie possono essere invece altamente motivate dal fatto che reputano brutale e traumatico che il proprio caro malato subisca terapie forzate in un ambiente ospedaliero oppure venga allontanato dai suoi affetti. Sono perciò ben determinate a collaborare nel progetto di Home Treatment (Heath, 2005).

16. Autonomia dello staff e responsabilità

Lo staff dell'Home Treatment può trovarsi costretto a dover fronteggiare dei rapidi cambiamenti delle circostanze, modifiche repentine degli equilibri, e avere chiare soluzioni immediate a disposizione. Per questo motivo è importante che, per funzionare in maniera efficace e serena, gli operatori dell'équipe di Home Treatment possano beneficiare di un elevato grado di autonomia e di assunzione delle responsabilità (Heath, 2005).

17. Lavorare in sicurezza

Dal momento che l'équipe di Home Treatment tratta dei casi acuti senza le protezioni garantite dal sistema ospedaliero, il tema dell'operare in sicurezza assume una certa importanza.
L'infermiere, maggiormente a contato con pazienti e famigliari all'interno dell'ambiente domestico, è la figura maggiormente a rischio all'interno del team. Nelle interviste raccolte all'interno della review di Begum e Riordan (2016) emerge che l'assunzione di un rischio ben ponderato è vissuto come un concetto naturale a cui non è possibile sottrarsi completamente, anche in un ambito ospedaliero. Gli infermieri intervistati riferiscono una profonda fiducia nella loro capacità di valutazione e gestione delle

STUDENTSUPSI

situazioni potenzialmente a rischio anche grazie alle informazioni pervenute dai famigliari stessi (Begum & Riordan, 2016).

18. Il dibattuto ruolo di *gatekeeper* rispetto all'ammissione ospedaliera

Il ruolo di *gatekeeper* rimane dibattuto, come evidenziato precedentemente. Le linee guida idealmente raccomandano che le équipe di Home Treatment abbiano questo ruolo e siano capaci di decidere sia quando il paziente debba essere ricoverato, sia quando possa essere dimesso prima possibile e affidato all'Home Treatment. Questa soluzione ideale si scontra tuttavia con alcuni ostacoli pratici. Alcuni curanti possono infatti voler ricoverare il proprio paziente senza fare riferimento all'Home Treatment. Gli operatori ospedalieri inoltre possono spesso scoraggiare una dimissione precoce per sfiducia nelle possibilità territoriali e perché questo aumenterebbe il turnover generale dei pazienti creando un carico di lavoro maggiore e più frenetico (Heath, 2005).
Nell'equipe di Home Treatment l'infermiere riveste un ruolo fondamentale per un ottimale riuscita del *gatekeeper*. Begum & Riordan (2016) sottolinea come l'infermiere sia in grado di ricoprire al meglio questo ruolo eseguendo un corretto triage basato sulle loro conoscenze inerenti le patologie psichiatriche sommate a quelle esperienziali acquisite durante gli anni. Nella review si evidenzia come l'infermire specializzato sia in grado di eseguire un *gatekeeper* in maniera autonoma e responsabile accettando sfide che il team è in grado di prendere a carico efficacemente. Inoltre emerge come il legame tra paziente e famiglia sia una risorsa fondamentale in caso di crisi acuta. Il riconoscimento dell'importanza del nucleo famigliare è considerata ben integrata dal personale infermieristico e parte integrante del *gatekeeper* (Begum & Riordan, 2016).

19. Criteri per decidere l'interruzione della presa a carico ed il passaggio ai servizi ambulatoriali

Quando un paziente viene ricoverato in un ambiente ospedaliero, normalmente egli suppone di rimanere lo stretto necessario per superare la fase acuta, quindi comincia a chiedere la dimissione. Nel caso dell'Home Treatment le cose possono essere più fluide e veloci. Gli operatori che intervengono al domicilio creano uno stretto legame con il paziente e con i suoi famigliari e rappresentano un punto di riferimento importante per un individuo che rimane comunque inserito nel suo normale ambiente di vita. Per questo motivo può essere difficile stabilire l'interruzione della presa a carico, che rischia di procedere anche oltre il necessario, con dispendio di energie e di risorse importanti.
Diventa quindi importante che gli operatori dell'Home Treatment definiscano e chiariscano bene all'inizio della presa a carico e, durante la sua prosecuzione, quali sono le tappe dell'intervento e quali sono gli obiettivi che dovranno essere raggiunti.
Per chiarire gli obiettivi può essere utile focalizzarsi sui target sintomatologici o comportamentali che devono essere corretti (Wheeler et al., 2015).
Ricordo in conclusione che, come risulta da un articolo citato nel capitolo precedente, una corretta e dettagliata informazione su come si svilupperà la cura è risultata essere un importante elemento di soddisfazione da parte degli utenti nei confronti del servizio (Wheeler et al., 2015).

STUDENTSUPSI

L'esperienza di un'équipe di Home Treatment svizzera

Al termine delle mie ricerche sul tema dell'Home Treatment ho rivolto la mia attenzione al territorio elvetico, per approfondire un'esperienza specifica della nostra realtà nazionale mediante delle interviste semistrutturate. L'intervista è stata sottoposta a sette infermieri, che compongono l'équipe di Home Treatment esaminata. Tutti gli intervistati hanno risposto a tutte le domande, che vengono di seguito elencate.
Lo scopo è stato quello di comprendere come un team di infermieri psichiatrici specializzati percepisca i vantaggi, le sfide e le difficoltà di questo tipo di approccio terapeutico innovativo. Inoltre ho voluto analizzare il ruolo infermieristico, con lo scopo di definire i requisiti specifici che un infermiere deve possedere per svolgere il proprio lavoro in maniera efficace in questo contesto. Infine ho raccolto i vissuti di ciascun operatore rispetto a questo tipo di attività, chiedendo di citare uno o più eventi significativi della loro esperienza professionale.
Le interviste sono state trascritte e sottoposte per verifica agli interessati. Quindi sono state analizzate attraverso una griglia di lettura compilata per ogni singolo trascritto. La griglia di lettura è stata costruita sulla base di cinque gruppi concettuali, che corrispondono agli obiettivi sopra citati. Le affermazioni significative per i primi tre gruppi sono state raccolte in sottogruppi, che specificano meglio l'oggetto a cui le varie frasi si riferiscono.
I risultati ottenuti sono stati infine sintetizzati nella tabella riassuntiva sottostante. Essa riporta un elenco dei concetti che sono stati espressi nel corso delle varie interviste, raccolti sempre secondo la ripartizione usata per le schede analitiche individuali: in gruppi e sottogruppi. Accanto a ciascun concetto è stato indicato anche, per completezza, il numero di intervistatori che lo hanno espresso. Tale quantificazione ha il semplice scopo di rendere evidenti, all'interno di ogni gruppo, gli aspetti che sono maggiormente condivisi dai membri dell'équipe intervistata.

Tabella di sintesi concettuale dei risultati rilevati nelle interviste

Sintesi dei dati delle interviste		
. **Vantaggi**		
Coinvolgimento dei famigliari	I famigliari vengono presi a carico	7/7
	I famigliari contribuiscono ad una conoscenza più globale del paziente e delle dinamiche del sistema famigliare	4/7
	Coi famigliari è prevista una psicoeducazione	6/7
	I famigliari rappresentano un supporto importante per il paziente	2/7
Prossimità al paziente	Relazione terapeutica centrata sul paziente senza distrazioni	7/7

STUDENTSUPSI

	Psicoeducazione specifica per i bisogni dell'utente	4/7
	Maggiore vicinanza al paziente	5/7
	Comprensione delle difficoltà domiciliari e sociali	3/7
	Assenza delle difficoltà correlate all'adattamento in reparto	4/7
	Ogni utente ha un infermiere di riferimento	3/7
Autonomia di lavoro	Maggiore indipendenza per l'infermiere	3/7
	Maggior potere decisionale dell'infermiere	3/7
Efficacia dell'intervento	Maggiore alleanza terapeutica e compliance	5/7
	Definizione ottimale degli obiettivi terapeutici	7/7
	Maggiore autodeterminazione del paziente	4/7
	Gradualità nella conclusione del percorso di dimissione	3/7
Collaborazione interna	Condivisione degli strumenti di lavoro tra collaboratori interni	4/7
	Suddivisione flessibile del carico di lavoro	1/7
	Elevati scambi d'informazione e di confronto interni	5/7
Collaborazione esterna	Creare reti di supporto su tutto il territorio	5/7
. **Sfide**		
Tipologia dell'intervento	Trovarsi da soli nel gestire situazioni complesse	7/7
	Costruire competenze nel nucleo famigliare per prevenire le ricadute	2/7
	Sviluppare le risorse della persona	2/7
Sviluppo personale	Sviluppare competenze trasversali	6/7
	Rafforzare il proprio senso di responsabilità	6/7
	Ampliare le proprie conoscenze	6/7

STUDENTSUPSI

	Utilizzare flessibilità e creatività per adattarsi a contesti variegati	6/7
	Capacità di modulare della distanza emotiva dalla situazione gestita	3/7
Efficacia del progetto	Diminuire le giornate di degenza e diminuire gli accessi in Ospedale Psichiatrico	4/7
	Prevenire le ricadute	2/7
	Validità e potenziamento del servizio offerto	5/7
	sensibilizzare un po' di più la popolazione perché la stigmatizzazione e l'emarginazione del paziente psichiatrico è ancora tanto presente	1/7
. **Difficoltà**		
Territoriali	Ampiezza del territorio	7/7
	Ostacolo causato dal traffico	5/7
	Tempistiche ristrette	3/7
	Le persone in questo specifico territorio sono un po' più chiuse rispetto ad altri	1/7
Prossimità al paziente	Modulazione della distanza affettiva con l'utente	2/7
	Gestione della conflittualità interna alla sfera famigliare	1/7
	Diffidenza del paziente per i quadri paranoidei	1/7
	Molteplici infermieri effettuano le visite allo stesso paziente	2/7
	Esigenze di orario dell'utente	1/7
	Responsabilizzazione del paziente rispetto alla sua cura al suo miglioramento	1/7
Efficacia dell'intervento	Difficoltà organizzative	2/7
	Difficoltà a farci conoscere come nuovo reparto	1/7
	responsabilizzare la persona rispetto alla sua cura al suo miglioramento	1/7
	Mantenere la distanza affettiva coi pazienti e i famigliari	1/7

STUDENTSUPSI

Coinvolgimento dei famigliari	Conflitti famigliari cristallizzati	3
	Differenza d'opinione rispetto al ricovero	2
	Sfuggevolezza dei famigliari	1
. **Requisiti specifici**		
	Flessibilità e creatività	6/7
	Esperienza precedente in ambiti psichiatrici	4/7
	Predisposizione al confronto ed al lavoro di squadra	4/7
	Buona conoscenza del territorio e dei sostegni disponibili	5/7
	Gestione delle emozioni	2/7
	Motivazione allo sviluppo di nuove competenze infermieristiche	4/7
	Capacità di lavorare in autonomia	4/7
	Capacità di condurre una vettura	1/7
. **Vissuti**		
Positivi	Gratificazione per l'alleanza terapeutica che si crea col paziente	7/7
	Soddisfazione per l'attività in équipe	7/7
	Entusiasmo per gli stimoli che questo approccio offre	7/7
	Percezione di una generale soddisfazione del paziente	7/7
Negativi	Difficile gestione delle emozioni intense	4/7
	Percezione di sovraccarico lavorativo	5/7
	Elevata esposizione personale senza l'effetto protettivo di una struttura	4/7

STUDENTSUPSI

Descrizione dei risultati ottenuti

I vantaggi elencati dagli infermieri sono numerosi, sia per i famigliari, i quali vengono sistematicamente coinvolti nel processo terapeutico, sia per il paziente, con il quale vi è un rapporto di grande prossimità. I membri della famiglia diventano, quando è possibile, una parte attiva del processo di cura. Essi forniscono informazioni importanti sul paziente ed il loro coinvolgimento diretto consente agli operatori di osservare e di comprendere in modo approfondito le dinamiche interne alla famiglia. Spesso è possibile intervenire in maniera correttiva su taluni aspetti disfunzionali, per favorire dei comportamenti che stabilizzino il malato ed aiutino a prevenire o intercettare precocemente le ricadute. In tutti i casi, sia per l'utente che per i suoi famigliari, viene promossa una psicoeducazione dettagliata sulla malattia psichiatrica, che risulta sempre apprezzata perché consente di migliorare in maniera consistente l'abilità di far fronte alla malattia.
La psicoeducazione fatta con il paziente ed estesa ai suoi famigliari, consente di costruire soprattutto quella base di conoscenze che permettono di risolvere più rapidamente la crisi attuale e di prevenire quelle future, favorendo una maggiore aderenza terapeutica e sviluppando negli individui la capacità di riconoscere i segnali precoci che indicano una progressione verso lo scompenso psicopatologico acuto.
A detta degli intervistati il lavoro terapeutico sortisce spesso degli ottimi risultati; questo perché gli infermieri hanno la possibilità, al domicilio, di manifestare una maggiore vicinanza al soggetto sofferente e di mantenere la relazione terapeutica focalizzata su di lui, non essendo confrontati con le numerose distrazioni presenti nel setting ospedaliero. Ogni paziente ha il suo infermiere di riferimento e un tempo dedicato esclusivamente a lui, che tutti gli intervistati considerano "di alta qualità"; questo permette di costruire un valido e profondo rapporto di cura, anche con quegli individui che all'interno di un reparto tenderebbero ad essere più schivi, chiusi, defilati.
Da quanto sopra deriva, secondo gli infermieri, la validità e l'efficacia terapeutica di questo tipo di approccio. I pazienti che vengono ammessi sono sempre volontari e l'aiuto che viene portato è orientato a promuovere al massimo la loro capacità di autodeterminazione e di collaborazione. Grazie a questi punti fondamentali l'alleanza terapeutica ne trae un chiaro beneficio, rafforzandosi col progredire della presa a carico da parte del team.
Dalle interviste emerge in modo inequivocabile come i bisogni dell'utente e della famiglia vengano compresi in maniera più precisa rispetto al reparto, insieme con le reali difficoltà concrete della vita quotidiana e con le peculiarità del contesto sociale di inclusione. Tutto ciò consente di costruire un dettagliato quadro di riferimento, di definire in maniera ottimale gli obiettivi da raggiungere e di intervenire in modo mirato non solo nella cura, ma anche nella preparazione al distacco dal personale attivo nell'équipe di Home Treatment e per evitare future ricadute.
A tal proposito viene sottolineata la maggiore facilità che l'équipe di Home Treatment ha nel collaborare con l'esterno, riuscendo a costruire delle valide reti di supporto, mobilizzando le risorse del territorio in cui si trova inserito l'utente, mantenendo assidui contatti con il medico curante e con i servizi che erogano le cure ambulatoriali.
La cultura operativa del team analizzato è infatti improntata su di uno scambio comunicativo aperto e orientato alla condivisione di informazioni, vissuti e competenze. La collaborazione all'interno del gruppo è percepita di livello ottimale. Vi è infatti

l'abitudine a confrontarsi, a condividere gli strumenti operativi, a suddividere in maniera flessibile il carico di lavoro per ottimizzare le risorse a disposizione.
Le interviste evidenziano che il sostegno emotivo dell'équipe, la flessibilità e l'affiatamento interpersonale sono degli ausili essenziali per garantire la qualità della cura, in quanto ogni singolo infermiere è chiamato a lavorare con maggiore autonomia rispetto all'ambiente ospedaliero. L'aspetto favorevole che ne deriva è quello di un riscontro positivo per il proprio ruolo professionale; si ha la sensazione di essere veramente al centro del processo di cura, ci si sente valorizzati ed apprezzati, perché si struttura attivamente l'intervento e si porta avanti fattivamente il percorso di riattivazione dell'utente.
Le sfide legate alla tipologia di questo modus operandi tuttavia non mancano. L'infermiere si trova spesso da solo a gestire situazioni complesse; deve sviluppare adeguatamente le risorse della persona con la quale è confrontato, gestire i suoi momenti di crisi, costruire competenze all'interno del nucleo famigliare, appianare eventuali contrasti. Questo impone un'elevata padronanza di sé, dei propri vissuti, il saper modulare adeguatamente la propria emotività rispetto alla situazione specifica da gestire. Un infermiere psichiatrico attivo nell'Home Treatment deve sviluppare la propria capacità di prendere responsabilmente delle decisioni delicate, deve maturare competenze trasversali, ampliare le proprie conoscenze e saperle applicare in maniera flessibile e creativa ai variegati contesti che incontra.
Oltre alle spinte verso il miglioramento individuale, gli operatori dell'Home Treatment si trovano confrontati anche con sfide inerenti il progetto medesimo. Essi sentono di dover dimostrare l'efficacia della loro modalità di approccio, sia rispetto alla riduzione del numero di ricoveri in clinica psichiatrica, sia rispetto all'effettiva efficacia nella prevenzione delle ricadute e alla riduzione dello stigma. Complessivamente si sentono sicuri della validità del loro modo di lavorare e quasi tutti gli intervistati nutrono la speranza che il servizio possa essere potenziato ed esteso ad altre aree geografiche. Nonostante l'entusiasmo che sembra contraddistinguere diffusamente questo gruppo di lavoro, non mancano le difficoltà, che gli intervistati hanno saputo evidenziare con trasparenza e precisione.
La conformazione territoriale rappresenta il primo elemento che rende difficile ed impegnativa l'attività in Home Treatment. L'area geografica sulla quale sono distribuiti i pazienti è molto ampia e l'équipe può trovarsi a dovere gestire fino a 14 pazienti con due infermieri per turno. L'obiettivo ideale è quello di garantire almeno una visita al giorno, della durata di circa un'ora. Ne deriva che, a pieno carico di pazienti, le tempistiche operative diventano molto ristrette. Se a tutto questo si aggiunge anche la problematica del traffico automobilistico, possono concretizzarsi frequentemente: il rischio di ritardi, l'allungamento dei tempi improduttivi e la sensazione generale di sovraccarico per gli operatori coinvolti.
Altre difficoltà sono poi connaturate a quella che è stata descritta come la principale fonte di vantaggi: l'interazione con il paziente e con i suoi famigliari presso il domicilio. I fattori che vengono di seguito elencati rappresentano, per così dire, "il rovescio della medaglia", ovvero gli aspetti che vanno gestiti sapientemente dall'infermiere specializzato affinché non inficino l'efficacia della relazione terapeutica.
Tra le problematiche connesse alla maggiore prossimità al paziente, alcuni infermieri hanno sottolineato la necessità di riuscire a modulare la distanza affettiva, nonché il bisogno di procedere a un'adeguata definizione e ridefinizione del setting e delle regole terapeutiche. Recarsi quotidianamente al domicilio spinge rapidamente verso la costruzione di un rapporto di grande confidenza da entrambe le parti coinvolte nel processo di cura. Inoltre è stato evidenziato come i pazienti che presentano una forte

STUDENTSUPSI

carica paranoidea tendano a percepire come intrusiva la visita quotidiana e tendano a difendersi, per cui l'operatore deve cercare un approccio equilibrato, delicato e personalizzato. Lo stesso dicasi per situazioni in cui il paziente segnala gravi conflitti con i propri famigliari o avanza richieste piuttosto rigide in termini di orari di visita. Tuttavia spesso la maggiore vicinanza rischia di tradursi piuttosto in un superamento dei limiti da parte del paziente, che potrebbe assimilare l'infermiere alle svariate figure che lo circondano e lo supportano, giungendo a considerarlo quasi come un "amico" che lo visita quotidianamente. L'infermiere psichiatrico deve quindi vigilare affinché l'utente non sopravvaluti l'effetto aspecifico del sostegno emotivo ricevuto, mentre parallelamente sottovaluta l'importanza di impegnarsi nei compiti concordati con l'operatore, che hanno invece lo scopo di responsabilizzarlo rispetto alla cura ed al proprio miglioramento.
Anche il secondo pilastro che contraddistingue l'efficacia dell'Home Treatment, ovvero il coinvolgimento dei famigliari, può presentare delle indubbie difficoltà. Esse sono individuate nella presenza talvolta di conflitti domestici cristallizzati ed incistati, che riducono le possibilità di coinvolgimento delle figure significative. Altre volte le persone che circondano il paziente sono sfuggenti e si percepisce il loro desiderio di non essere realmente implicate. Infine, in taluni casi, la gestione a domicilio non trova il pieno consenso di alcuni membri della famiglia, che sono sovraccarichi a causa delle problematiche indotte dalla malattia psichica e diventano ambivalenti rispetto alla presa a carico in Home Treatment. Formalmente si dicono d'accordo, volendo evitare un ricovero al proprio caro, ma in profondità nutrono parecchie preoccupazioni e sentono il bisogno di un alleggerimento mediante di un distacco ambientale dalla persona sofferente.
Da quanto esposto durante le interviste deriva che l'efficacia dell'intervento domiciliare si scontra, soprattutto nei periodi di maggior carico di lavoro, con delle difficoltà non trascurabili a livello organizzativo. Esse sono amplificate dal fatto che, per motivi di turnistica e di ampiezza territoriale, le visite quotidiane non possono essere sempre garantite dall'infermiere di riferimento.
Per ovviare a queste difficoltà e per ottenere il massimo dei benefici da questo tipo di approccio terapeutico, è opinione degli intervistati che gli infermieri specializzati attivi in Home Treatment debbano possedere e sviluppare alcune specifiche competenze umane e professionali.
Per fare emergere tali informazioni ho utilizzato l'artifizio di chiedere quali caratteristiche essi cercherebbero in un candidato ipotetico, se si trovassero nella condizione di costituire un'équipe ex novo.

Il primo dei requisiti che è stato indicato, quasi all'unanimità, è quello della flessibilità e della creatività nella modalità operativa. La differenza dei contesti famigliari con i quali si viene confrontati sottopone quotidianamente all'operatore delle problematiche complesse e polimorfe, dove i numerosi termini in gioco si articolano in maniera sempre nuova e sorprendente. L'infermiere si trova a dovere proporre soluzioni, supporti, strumenti di rafforzamento delle abilità personali e famigliari, al di fuori del contesto protettivo rappresentato dalla struttura ospedaliera e dovendo ricorrere ad ausili socioassistenziali differenti a dipendenza della singola realtà locale di riferimento.
Per questo motivo un candidato ideale dovrebbe possedere una buona conoscenza del territorio sul quale va ad operare e degli ausili formali ed informali che vi si possono reperire, nonché una forte motivazione a sviluppare e rafforzare le proprie competenze, in un'ottica di continuo sviluppo sia personale che professionale.

STUDENTSUPSI

Particolare importanza riveste la capacità di lavorare in autonomia, di saper gestire le proprie reazioni emotive, di superare le proprie ansie di fronte a situazioni impegnative, di riuscire a prendere decisioni complesse in tempi relativamente brevi ed in contesti che talvolta non sono di facile lettura. Affinché un infermiere abbia la dovuta flessibilità, creatività e solidità caratteriale per sostenere le sfide con le quali è confrontato, è fondamentale che egli abbia maturato una congrua esperienza precedente in altri ambiti psichiatrici. Nelle interviste si evidenzia inoltre che vi è un notevole carico di lavoro e che le rilevanti esigenze organizzative impongono una spiccata capacità nel lavoro di squadra, un atteggiamento volto alla cooperazione, al confronto sincero e trasparente all'interno dell'équipe, anche sui propri vissuti.
A tal proposito ho rilevato il fatto che le interviste riportano dei vissuti prevalentemente positivi, quasi entusiastici, nei confronti dell'esperienza lavorativa, ma allo stesso tempo citano pure aspetti particolarmente faticosi, che non vanno minimizzati. Più della metà degli intervistati ha spesso sensazioni di frustrazione, di sovraccarico, oppure intensi vissuti emotivi negativi che sono difficili da metabolizzare. L'ambivalenza rispetto al giudizio globale sulla propria esperienza lavorativa sembra emergere soprattutto nella parte finale delle interviste.
Propongo di seguito alcuni esempi significativi, come si legge nella trascrizione dell'intervista 1:
"…sono molto contenta e soddisfatta di questo percorso. Vado a casa contenta la sera. (…) Ho sbagliato a non riuscire a mantenere il giusto distacco… mi sono resa conto che questa ragazza, dopo diverso tempo che è stata dimessa dal nostro servizio, si è suicidata… questa cosa è stata molto difficile per me da superare… perché avevo investito tanto personalmente…"
Oppure faccio riferimento all'intervista 2:
"Sono soddisfatto sicuramente. (…) quella volta non è andata a finire benissimo… la paziente era disposta ad accettare il nostro intervento… che però è stato da subito molto difficoltoso… perché non riusciva a rimanere a casa da sola… abbiamo coinvolto amici della signora, abbiamo coinvolto vicini di casa, sempre col suo permesso, abbiamo coinvolto familiari… per poter riuscire a garantire una presenza quasi continua quando noi non eravamo lì…. interventi anche piuttosto lunghi, per riuscire a contenere questa forte angoscia e questa forte ansia…"
L'intervista 3 ribadisce l'alto impegno che è richiesto in situazioni di acuzie all'interno di una presa a carico basata sull'Home Treatment:
"Sono molto soddisfatto. (…) …ho investito ore con una signora in una situazione di crisi. Sono uscito affaticato ma anche molto soddisfatto…"
A volte è quindi possibile leggere tra le righe delle interviste la forte intensità emotiva che questo approccio implica. Si intravede, senza timore di smentita, come questa modalità d'intervento assorba una grande quantità di energie sovraccaricando l'infermiere, il quale si ritrova a investire tutte le sue risorse al fine di aiutare il paziente.

Conclusioni

L'approfondimento dell'intervento infermieristico in Home Treatment mi ha permesso di conoscere e studiare una modalità operativa innovativa, promettente e suscettibile di notevoli evoluzioni nel prossimo futuro. Attraverso il mio lavoro di tesi ho voluto dapprima analizzare lo stato delle conoscenze attuali sull'Home Treatment, raccogliendo i dati presenti in letteratura che parlano dell'evoluzione di questa procedura di cura, delle sue esigenze organizzative e dei risultati realisticamente ottenibili. Ho potuto quindi approfondire i vantaggi della presa a carico infermieristica, comprenderne il ruolo e le differenze fondamentali rispetto ad un approccio stazionario.

STUDENTSUPSI

La raccolta delle esperienze personali degli infermieri attivi in un team di Home Treatment Svizzero, mi ha consentito infine di indagare il rapporto tra caratteristiche della presa a carico infermieristica, incremento dell'aderenza terapeutica, percezione di efficacia per gli assistiti e parallelamente per i medesimi infermieri.

Una prima osservazione di carattere generale riguarda il fatto che, nella costituzione dell'équipe svizzera che ho esaminato, trova conferma la volontà principale dello stato di proporre questa modalità di cura come alternativa al reparto, come strumento capace di evitare delle ospedalizzazioni. Tuttavia quest'ultimo obiettivo risulta quello più arduo da misurare in maniera oggettiva ed inequivocabile, come emerge dagli articoli esaminati, che su questo punto raccomandano degli studi ulteriori. Anche gli infermieri intervistati ribadiscono come lo scopo di ridurre le ospedalizzazioni, dimostrando l'efficacia e l'estensibilità di questo approccio, sia una delle principali sfide con le quali il loro gruppo si sente tuttora confrontato. Se per la realtà svizzera la raccolta delle prove sulla riduzione della presa a carico stazionaria non è stata finora fatta in maniera sistematica, non mancano tuttavia le soddisfazioni degli infermieri che lavorano in questo progetto e degli utenti che ne beneficiano.
Parallelamente a quanto emerso dalla letteratura, i vantaggi maggiori si riferiscono al rafforzamento del ruolo professionale dell'infermiere, così come alla qualità delle cure erogate per i pazienti e per i loro famigliari. A tal proposito le interviste hanno dimostrato che gli aspetti positivi, così come le difficoltà e le sfide di questo approccio terapeutico, vengono identificati in maniera univoca e condivisa dagli infermieri che costituiscono il gruppo di lavoro.
A livello qualitativo si possono quindi estrapolare delle considerazioni altamente verosimili, che sono tratte dalla pratica infermieristica e che depongono a favore dell'Home Treatment.
I pazienti, anche quelli che in un reparto psichiatrico avrebbero maggiori difficoltà di contatto con l'équipe curante perché più ritirati e meno richiedenti, in questo contesto vedono riconoscere le proprie esigenze in maniera precisa, articolata, personalizzata. Hanno la possibilità di evitare dei distacchi "traumatici" dalla loro famiglia e dal loro luogo di domicilio e riescono ad instaurare una solida alleanza terapeutica con le figure che erogano le cure.
Non vi è un salto brusco tra il periodo di ricovero e quello delle dimissioni; il coinvolgimento della rete di assistenza territoriale è promosso "in itinere" e si sviluppa con grande prossimità e facilità lungo tutto il percorso terapeutico.
L'individuo si sente parte attiva del percorso di cura e assume con maggiore convinzione un'attitudine collaborativa. Monitorando passo dopo passo i propri miglioramenti, all'interno del suo abituale contesto di vita, l'utente ha la possibilità di individuare con chiarezza i fattori che facilitano la sua guarigione, di imparare a riconoscere i fattori che invece lo destabilizzano, di diventare un promotore attivo e responsabile del suo benessere.
La vicinanza dei famigliari si conferma essere la seconda risorsa consistente di questo approccio. L'infermiere può facilmente agire in sinergia con i parenti, coinvolgerli nel percorso di cura del loro caro ed aiutarli a comprendere il loro contributo unico, indispensabile per la gestione efficace della malattia mentale e per la prevenzione delle future ricadute.
Lavorare in famiglia e con la famiglia permette di comprendere le dinamiche destabilizzanti e di intervenire ove possibile per appianarle. Costruisce inoltre una maggiore capacità nelle persone di riferimento di sopportare, gestire e prevenire le

STUDENTSUPSI

ricadute, ovviando alle tendenze espulsive che normalmente si instaurerebbero nelle famiglie dei soggetti affetti da gravi malattie psichiatriche con andamento cronico.
Sia il paziente che i suoi cari vengono sostenuti nelle loro esigenze specifiche dagli infermieri, che predispongono un'adeguata psicoeducazione e che lavorano in rete con altri attori sul territorio.
Gli assistiti beneficiano, molto più facilmente, di soluzioni concrete ai loro bisogni, sia emotivi che pratici, nella vita quotidiana. Questo aumenta la loro soddisfazione rispetto all'Home Treatment ed i loro livelli di speranza riguardo al futuro. Tale dato si evince indirettamente dai vissuti positivi citati dagli infermieri intervistati ed è coerente con quanto riportato dalla letteratura su questo tema.
L'approccio infermieristico nel contesto dell'Home Treatment risulta quindi stimolante e soddisfacente sia per gli utenti che per gli operatori medesimi. L'esperienza svizzera conferma tuttavia un dato già evidenziato negli articoli esaminati, ovvero l'esistenza di uno scarto tra le linee guida che stabiliscono genericamente le caratteristiche ottimali di un'équipe e le diverse applicazioni che tali disposizioni possono realisticamente trovare in contesti geografici ed organizzativi differenti.
Queste peculiarità non sono per nulla trascurabili e sono a mio avviso suscettibili di influenzare, anche in maniera significativa, sia l'efficacia dell'intervento, sia la capacità di tenuta dell'équipe infermieristica nel corso del tempo. Esse dipendono in parte da fattori esterni non controllabili, come la configurazione e l'ampiezza del territorio, il traffico automobilistico, la disponibilità o meno di aiuti esterni con i quali collaborare in sinergia. In parte derivano invece da fattori interni modificabili, come il carico globale di pazienti, le modalità di cooperazione all'interno dei servizi psichiatrici, il rapporto tra infermieri ed utenti, un adeguato sostegno allo sviluppo personale del singolo infermiere.
Simili specificità condizionano in maniera rilevante l'operatività degli infermieri ed il livello di sollecitazione al quale essi sono esposti, richiedendo un'analisi approfondita sulla necessità di eventuali adeguamenti organizzativi e delle riflessioni ulteriori su possibili aree di miglioramento.

In conclusione, dalle interviste condotte, emerge con sufficiente chiarezza come il lavoro dell'infermiere in Home Treatment sia foriero di grandi soddisfazioni: gli operatori che ho incontrato si sono detti soddisfatti e talora persino entusiasti per questa modalità operativa, che li valorizza, che li gratifica facendoli sentire parte attiva e fondamentale del processo di miglioramento della condizione psicopatologica del paziente.
Dall'altra parte tuttavia essi non hanno nascosto le difficoltà che quotidianamente incontrano. Esse possono essere ricondotte alla presenza di singoli casi particolarmente difficili, che determinano un elevato coinvolgimento emotivo nei curanti, al di fuori dell'ambiente controllato e rassicurante della clinica. L'assunzione di responsabilità risulta sempre elevata, così come alte sono le richieste a livello di competenze personali. L'infermiere deve essere creativo, autonomo, flessibile, pronto a mettersi in discussione e a costruire sempre nuove conoscenze.
Vi sono poi difficoltà connesse al carico di lavoro, quando il numero di pazienti cresce fino al massimo, che sono riconducibili alla gestione dei problemi organizzativi in senso stretto. In tali momenti gli operatori si trovano a lavorare in condizione di pressione continua; ogni singolo contrattempo o ogni singola sbavatura nel coordinamento degli impegni presi diventa fonte di disagio e di sovraccarico, con un elevato stress percepito.
Questo setting di cura presuppone dunque la presenza, negli infermieri, di elevate qualità personali, di numerose conoscenze professionali, di solide capacità organizzative e di una buona tolleranza della frustrazione. Per coniugare tutte queste

STUDENTSUPSI

caratteristiche non è solo indispensabile la predisposizione individuale, ma ci vuole anche una solida esperienza precedente
Serve poi una modalità comunicativa dell'équipe aperta al confronto, capace di sostenere e di sviluppare le potenzialità di ciascuno e di accogliere i vissuti negativi che talvolta il singolo, trovandosi sovente ad agire in autonomia, può sperimentare in maniera molto destabilizzante.

Il bilancio conclusivo depone quindi, a mio parere, per un giudizio positivo nei confronti della presa a carico infermieristica in un contesto di Home Treatment, con benefici tangibili sia per i pazienti che per i famigliari ed anche per gli operatori.
Ritengo tuttavia che la costituzione di un'équipe di Home Treatment debba essere sempre accompagnata da un monitoraggio attento e preciso delle condizioni di lavoro e del livello di stimolazione al quale gli infermieri sono sottoposti.
Trovo infatti piuttosto labile il confine tra un intervento opportunamente stimolante, gratificante, qualitativamente efficace ed il rischio di sovraccarico oggettivo ed emotivo degli operatori coinvolti.
In particolare non dovrebbe essere sottovalutata l'importanza di garantire agli infermieri una frequente possibilità di confronto sui propri vissuti, sulle modalità di intervento e sulle difficoltà riscontrate.
Inoltre una particolare importanza va a mio avviso riconosciuta a tutto ciò che può aumentare il livello di autoefficacia percepita dagli operatori e la loro gratificazione per una mansione che è confrontata quotidianamente con una elevata complessità sistemica.
Diversamente intravedo il rischio che dei notevoli livelli di frustrazione possano, col passare del tempo, affievolire lo slancio iniziale di entusiasmo (che ho percepito in tutti gli intervistati) e causare infine un turnover elevato dei componenti dell'équipe. Questo provocherebbe una conseguente perdita delle preziose competenze trasversali acquisite dal personale curante ed una minore efficacia generale del modello di cura basato sull'Home Treatment.

Ringraziamenti

Giunta al termine di questo percorso formativo desidero ringraziare tutti coloro che mi sono stati accanto supportandomi continuamente.
In particolar modo desidero fare i più sentiti ringraziamenti alla mia direttrice di tesi Magda Chiesa, senza il suo supporto e la sua sapiente giuda questo elaborato scritto non esisterebbe (a lei va la mia gratitudine ma a me spetta la responsabilità di ogni cosa scritta all'interno di questo elaborato scritto).
Ringrazio vivamente tutti gli infermieri psichiatrici, attivi nell'Home Treatment, che si sono sottoposti all'intervista e che mi hanno regalato momenti ricchi di esperienze emozionanti che porterò sempre con me.
Proseguo con la mia famiglia, mia madre Giovanna e mio padre Gianluigi, che mi hanno incoraggiata e hanno speso il loro tempo per aiutarmi in ogni modo possibile.

Ringrazio infine le persone a me più vicine e più care, mio marito Alberto e mia figlia Beatrice, a cui dedico questo lavoro di tesi.

STUDENTSUPSI

Bibliografia

Allodola, F.V. (2014). Metodi di ricerca qualitativa in Medical Education: approcci, strumenti e considerazioni di rigore scientifico. *Education Sciences and Society*. *Armando. Rome.* 5(1), 121-144.

Andreani, J.C., & Conchon, F. (2002). Le tecniche di ricerca esperienziale. Verso una nuova generazione di metodologie qualitative. *Micro & Macro Marketing*. 461-478, doi: 10.1431/8064

Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M. Maisano, M., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Caritas Health Service Network*, 49 (2), 169-175. doi: 10.4415/ANN_13_02_08.

Begum, R. & Riordan, S. (2016). Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 45–53. doi: 10.1111/jpm.12276

Borg, M., Karlsson, B,. & Kim, H.S. (2010) Double helix of research and practice - developing a practice model for crisis resolution and Home Treatment through participatory action research. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5, 4647. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4647

Brimblecombe, N. (2001). Home treatment services: evidence and issues: The government's commitment to increasing the number of Home Treatment teams will bring about many benefits to service users. But, as early research findings suggest, there are potential limitations too. *Mental Health Practice*, 4(10), 8-11.

Brunello, S. (2008). *Stepped care in paicologia clinica*. SPR

Carroll , A., Pickworth, J., & Protheroe, D. (2001). Service innovations – an Australian approach to community care: the Northern Crisis Assessment and Treatment Team. *Psychiatric Bulletin*, 25, 439-441.

Consiglio di Stato – Dipartimento della sanità e della socialità, divisione della salute. (2013). Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017. Bellinzona. Disponibile da: http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione_sociopsichiatrica_cantonale_2014-2017.pdf

Cooper, D. (2013). Psychiatry and Anti-Psychiatry. London: Routledge.

Cotton, M.A. , Johnson, S., Bindman, J., Sandor, A., White, I.R., Thornicroft, G., Nolan, F., Pilling, S., Hoult, J., McKenzie, N., & Bebbington, P. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*, 7, 52. doi:10.1186/1471-244X-7-52

Department of Health. (2001). *Mental Health Policy Implementation Guide*. London: Department of Health.

Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H.S., Lehman, A.F., Dixon, L., Mueser, K.T., & Torrey, W.C. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, Vol 52 (2), 179-182.

Forum Economico Mondiale. (2011). *World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases*. Ginevra.

Glover, G,. Arts, G,. & Babu, K.S. (2006). Crisis resolution/Home Treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry,* 189, 441-445.

Gola, G. (2009). L'apprendimento informale nella professione. Ricerca Socioeducativa supportata dal software. Roma: Aracne editrice.

Gordon, D., & Peruselli, C. (2001). Narrazione e fine della vita. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita e della morte. Milano: Franco Angeli.

Gran consiglio della repubblica e cantone Ticino. (1999). Legge sull'Assistenza Sociopsichiatrica (LASP) Art. 4.1. Disponibile da: http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/raccolta-leggi/legge/numero/6.3.2.1

Hannigan, B. (2013). Connections and consequences in complex systems: Insights from a case study of the emergence and local impact of crisis resolution and Home Treatment services. *Social Science & Medicine*, 93, 212-219.

Hasselberg, N., Gråwe, R.W., Johnson, S. & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role?. *BMC Health Services Research*, 11, 96. Doi:10.1186/1472-6963-11-96

Heath, D.S. (2005). *Home Treatment for acute mental disorders*. USA: Bruner Routledge

Hubbeling, D., & Bertram, R.(2014). Hope, happiness and Home Treatment: a study into patient satisfaction with being treated at home. *Psychiatric Bulletin*, 38, 265-269, doi: 10.1192/pb.bp.112.040188

Jacobs, R., & Barrenho, E. (2011). Impact of crisis resolution and Home Treatment teams on psychiatric admissions in England. *British Journal of Psychiatry,* 199, 71–76.

Johnson, S., & Thornicroft, G. (2008). The development of crisis resolution and Home Treatment teams. In: Johnson, S., Needle, J., Bindman, J., Thornicroft, G. (2008). *Crisis resolution and Home Treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University.

Johnson, S., Nolan, F. Hoult, J., White, I.R., & Bebbington, P. (2005). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 68-75.

Jones, R., & Jordan., S. (2010). The Implementation of Crisis Resolution Home Treatment Teams in Wales: Results of the National Survey 2007-2008. *The Open Nursing Journal*, 4, 9-19. doi: 10.2174/1874434601004010009

Joy, C.B., Adams, C.E. & Rice, K. (2000). Crisis intervention for severe mental illness. *Cochrane Library*, Issue 2, doi: 10.1002/14651858.CD001087

Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., Ness O., & Kim, H.S. (2012). A crisis resolution and Home Treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services. *International Journal of Mental Health* Systems, 6, 14.

Lazzari, G., Salvini, L., Patella, S., Ausili, D., & Di Mauro, S. (2015). La strutturazione del quesito clinico per reperire le prove di efficacia: una revisione della letteratura. *L'infermiere*, 6.

Lia, L., & Serretti, A. (2014). *Psichiatria per Professioni Sanitarie. Bologna: Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie* - AlmaDL Alma Mater Studiorum Università di Bologna. doi: 10.6092/unibo/amsacta/4051.

Marshall, M., (1997). London's mental health service in crisis. *BMJ*, 314, 246.

Mezzina, R., Vidoni, D., Miceli, M., Interlandi, G., Accetta, A., & Crusiz, C. (2005). Are 24 hours community crisis interventions evidence based? Indications from a multicentric longitudinal study. *Psichiatria di Comunità* 4, 4.

Minghella, E., Ford, R., Freeman, T., Hoult, J., McGlynn, P. & O'Halloran, P. (1998).

Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Roma: Carocci editore.

Murton, C., Cooper, M., Dinniss, S., Roberts, S., Booth, N., & Newel, P. (2014). Does a Home Treatment acute relapse prevention strategy reduce admissions for people with mania in bipolar affective disorder ?. *Psychiatr Bull*, 38(6), 276–280.

National Audit Office. (2007). *Helping people through mental health crisis: the role of crisis resolution and Home Treatment services*. London.

Norwegian Ministry of Social and Health Affairs. (2006). "Du er kommet til rett sted." Ambulante akuttjenester ved distriktspsykiatriske sentre. - "You have arrived at the right place." Ambulant acute services in Community Mental Health Centers. Oslo: Norwegian Ministry of Social and Health Affairs.

Open all Hours, 24 – hour reponse for people with mental health emergencies. The Sainsbury Centre for Mental Health. London.

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2011). *Mental Health and development targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginevra.

Pelosi, A. J. & Jackson,G. A. (2000). Home Treatment - enigmas and fantasies. *BMJ*, 320, 308-309.

Re, E. (2006). I servizi di salute mentale: storia e organizzazione istituzionale. Università degli Studi di Milano, Istituto di Psicologia della Facoltà Medica Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica.

Reding, G., & Raphelson, M. (1995). Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: Another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 31,179–187.

Rhodes, P., & J. Giles, S.J. (2014). ''Risky Business'': a critical analysis of the role of crisis resolution and Home Treatment teams. J Ment Health, 23(3), 130–134. doi: 10.3109/09638237.2014.889284

Smyth, M. (n.d). Crisis Resolution & Home Treatment. National Institute for mental health in England.

Smyth, M.G., & Hoult, J. (2000). The Home Treatment enigma. *Br Med J*, 320, 305-309.

Tulloch, A.D., Khondoker, M.R., Thornicroft, G., & David A.S. (2015). Home Treatment teams and facilitated discharge from psychiatric hospital. *Epidemiology and Psychiatric Sciences,* 402-414. doi:10.1017/S2045796014000304

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Galli Zugaro, C., & Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. doi:10.1186/s12888-015-0441-x

World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Dipartimento di Salute Mentale. Trieste.

World Health Organization. (2011). M*ental Health atlas 2011*. Ginevra: WHO Press.

Lavoro di tesi approvato in data:_____

STUDENTSUPSI

Allegati:

Intervista 1

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
Essendo una presa a carico individuale, al domicilio del paziente, entri molto più in profondità nelle questioni personali. Sei tu che entri nel suo ambiente quindi riesci a vedere le dinamiche familiari giorno per giorno, non come reparto che esse vengono raccontate. In Home Treatment entri a far parte della routine del paziente riuscendo a prenderti a carico tutte le sfere del paziente, non solo quella del disagio come spesso avviene in clinica.

Vedi un vantaggio anche per la figura dell'infermiere?
Sei molto più responsabilizzato. Durante l'intervento la figura dell'infermiere è maggiormente valorizzata e può esprimere meglio le sue competenze. Nella maggior parte dei casi il paziente si rende conto che sei realmente d'aiuto oltre alla terapia farmacologica e al supporto del medico… Lo aiuti tutti i giorni… anche nel concreto della vita quotidiana dove riesci a fare un'educazione mirata ai bisogni specifici. Un altro vantaggio sicuramente è correlato all'agire all'interno dell'ambiente dell'utente avendo la possibilità di visionare gli eventi esterni che portano ad un disagio, non solo l'evento scatenante, ma vedi tutte le dinamiche che si creano. Inoltre essendo a casa le persone sono volontari che aderiscono al progetto, per cui capiscono che hanno bisogno d'aiuto… questo è un vantaggio che ti aiuta a lavorare.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
In reparto ero abituata a lavorare sempre con l'appoggio di un collega o comunque con altra gente che ti aiuta invece qua sei messo a confronto con le tue lacune. Se non sai qualcosa ti ritrovi col paziente e non hai nessuno che può colmare la tua lacuna. Ho dovuto rafforzare certe mie competenze. Devi fare tu, devi essere autonomo. Ci sono alcuni pazienti ed alcune tipologie di patologie che piacciono di meno… qui non hai la possibilità di delegare ad un collega, molto spesso devi andare devi fare l'intervento. Perché c'è un infermiere di riferimento ma comunque tutti andiamo al domicilio. Andiamo molto per zone, per semplicità, per semplificarci nell'organizzazione delle trasferte e quindi ridurre i tempi "morti". In Home treatment sei comunque supportato dai colleghi soprattutto in caso di difficoltà. Il momento della consegna all'interno del team è momento in cui parliamo dei nostri vissuti, delle problematiche rispetto ai pazienti. La consegna tende ad allungarsi proprio perché abbiamo bisogno di confrontarci e di parlarne tra colleghi e trovare una linea comune tra di noi nella presa a carico dell'utente. Abbiamo bisogno anche di capire se abbiamo agito in maniera ottimale in determinate situazioni e raccogliere l'esperienza e le opinioni degli altri.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
Essendo nuovo nel nostro territorio non lo si conosce ancora, quindi fare conoscere e riconoscere il nostro servizio è una grande sfida. Il riuscire a far comprendere come funziona agli utenti ed ai curanti, per far capire che equivale ad un ricovero effettivo non è evidente dato il contesto territoriale che pesa tanto. Credo che le persone in questo specifico territorio sono un po' più chiuse che in altri ed è difficoltoso far passare l'informazione in maniera adeguata e completa. A volte la tipologia di presa a carico domiciliare preoccupa sia i pazienti che i famigliari perché hanno paura di non poter

STUDENTSUPSI

avere il sostegno necessario al di fuori degli orari di visita. Noi cerchiamo di evidenziare che siamo attivi 24 ore su 24, abbiamo ovviamente dei limiti in quanto siamo in 2 infermieri durante il turno e dobbiamo coprire un territorio molto vasto. Come team abbiamo una media di 10 o 12 paziente in carico o, in periodi particolarmente tranquilli ne seguiamo solo 4 o 5… mentre in momenti di maggiore affluenza, ne accettiamo 14… in questi periodi tutto il tempo è calcolato nei minimi dettagli ed appena incappiamo in un accumulo di traffico arrivi in ritardo. A quel punto tutti gli appuntamenti slittano e diviene molto complicato arrivando a fine turno davvero stanco. Però, anche in questi casi, si riesce a garantire e dedicare almeno un'ora per paziente e spesso riusciamo ugualmente a vederli due volte al giorno. Il tempo è comunque un tempo di qualità garantito all'utente. Qualora la famiglia fosse presente al domicilio si chiede se vuole che partecipino ai colloqui insieme a lui. Cerchiamo comunque di fare colloqui individuali col paziente, perché c'è bisogno anche di un po' di privacy per permettergli di aprirsi. Però il coinvolgimento dei familiari è sempre presente, facciamo molta psichico educazione anche ai parenti e questo è uno degli aspetti che mi piace molto. Il poter coinvolgere i familiari trovo sia un fattore importante per nella cura del paziente stesso. Apprezzo molto lo spiegare ai famigliari la sintomatologia che insorge prima di una crisi per poterli coinvolgere anche nell'intercettare precocemente le difficoltà ed evitare una ricaduta. Utilizziamo le schede di Falloon che leggiamo insieme sia ai pazienti che ai famigliari e ad ogni incontro si discute delle pagine che si sono lette. Coinvolgere la parentela o le persone care, sempre nel rispetto decisionale del paziente, è molto positivo.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
Le competenze individuali e professionali sono molto valorizzate perché ti ritrovi da solo con il paziente e hai più responsabilità. Spesso capita di prendere delle decisioni importanti e repentine con la tua testa, basandoti sulle tue capacità. Personalmente ho sempre dato molta importanza un aspetto riabilitativo del mio lavoro d'infermiera, adesso lavoriamo in un team dove siamo tutti molto attenti a questo aspetto non vedo poi altre differenze sostanziali al momento.

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
L'infermiere deve avere una sviluppata capacità di entrare in relazione con i pazienti. Necessaria sicuramente è la specializzazione, l'esperienza e la sicurezza in ciò che fai. Non prenderei qualcuno che è appena uscito dalla scuola infermieristica. È necessario che vi sia una certa esperienza alle spalle che si fa meglio protetti dall'équipes, che ci sia un periodo con un certo supporto. In seguito a queste esperienze poi passare a questa realtà, dove devi sapere bene cosa stai facendo. Allo stesso tempo l'équipes deve essere abbastanza giovane perché deve aver voglia d'investire tanto, non solo a livello professionale ma anche a livello personale. Gli utenti li vedi ogni giorno e la motivazione è importantissima. Direi anche la capacità di guidare una vettura, perché siamo sempre in macchina. Deve avere quindi la patente.
Cambia la relazione con i pazienti visto che siete così tanto contatto ci sono difficoltà di distacco difficoltà nella distanza giusta?
Anche per questo è importante avere un po' di esperienza. Inizialmente si fà molta fatica a mantenere la giusta distanza con l'utente e con la sua famiglia. Ma questo può capitare anche in un ambiente stazionario come la clinica. Con l'esperienza impari a mettere il limite, anche se talvolta non è facile per gli aspetti umani e personali che

STUDENTSUPSI

subentrano ad ogni presa a carico. Il fatto di entrare in casa loro crea un ambiente familiare e aumenta la possibilità di non riuscire a distanziarsi dal paziente e dai suoi problemi. Il paziente ti accoglie e ti offre magari un caffè, o te lo prepara in anticipo per fartelo trovare già pronto… ci passi molto tempo da solo e questo tempo è davvero un momento qualitativamente eccellente… solo con l'utente, senza le distrazioni di alcun genere… questo che avvicina molto.

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale?
Inizialmente l'ho vissuta male perché mi trovavo bene nel luogo di lavoro in cui mi trovavo precedentemente. Mi sono trasferita un po' contro la mia volontà, ma alla fine mi piace molto, sono molto contenta e soddisfatta di questo percorso. Vado a casa contenta la sera!

Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Si… Una ragazza seguita da diverso tempo con la quale non sono riuscita a mantenere un distacco emotivo. Ero molto legata a lei, anche perché avevo la stessa età. Avevo con lei un rapporto molto piacevole parlavamo della patologia, del percorso di cura ma anche di altro. Ho sbagliato a non riuscire a mantenere il giusto distacco… mi sono resa conto che questa ragazza, dopo diverso tempo che è stata dimessa dal nostro servizio, si è suicidata… questa cosa è stata molto difficile per me da superare… perché avevo investito tanto personalmente. Non ero contenta del risultato ottenuto in questo specifico caso, non perché avessimo lavorato male, ma perché lei si trovava in una situazione troppo complessa da risolvere, ci sarebbero voluti anni di presa a carico non solo da parte nostra ma anche da parte di una rete molto più cospicua… è stata una batosta… che mi ha ricordato il bisogno di mantenere un distacco emotivo coi pazienti. A livello dell'etichetta riflettere su quello che stiamo facendo, sulla direzione che vogliamo prendere coi pazienti. Quando ci rendiamo conto che non siamo abbastanza per sostenerlo, ammetterlo e fermarci a riflettere su come continuare la presa a carico.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	riesci a vedere le dinamiche familiari giorno per giorno	il coinvolgimento dei familiari è sempre presente, facciamo molta psichico educazione anche ai parenti
Prossimità al paziente	presa a carico individuale, al domicilio del paziente, entri molto più in profondità nelle questioni personali	entri a far parte della routine del paziente riuscendo a prenderti a carico tutte le sfere del paziente, non solo quella del disagio
	Lo aiuti tutti i giorni… anche nel concreto della vita quotidiana dove riesci a fare un'educazione mirata ai bisogni specifici	c'è un infermiere di riferimento

STUDENTSUPSI

	Il tempo è comunque un tempo di qualità garantito all'utente.	
Autonomia di lavoro	la figura dell'infermiere è maggiormente valorizzata e può esprimere meglio le sue competenze	
Efficacia dell'intervento	che sei realmente d'aiuto oltre alla terapia farmacologica e al supporto del medico	agire all'interno dell'ambiente dell'utente avendo la possibilità di visionare gli eventi esterni che portano ad un disagio
	le persone sono volontari che aderiscono al progetto, per cui capiscono che hanno bisogno d'aiuto	spiegare ai famigliari la sintomatologia che insorge prima di una crisi per poterli coinvolgere anche nell'intercettare precocemente le difficoltà ed evitare una ricaduta
Collaborazione interna	sei comunque supportato dai colleghi soprattutto in caso di difficoltà	Il momento della consegna all'interno del team è momento in cui parliamo dei nostri vissuti, delle problematiche rispetto ai pazienti
Collaborazione esterna		
Sfide		
Tipologia dell'intervento	ti ritrovi da solo con il paziente e hai più responsabilità	
Sviluppo personale	Sei molto più responsabilizzato	qua sei messo a confronto con le tue lacune… Ho dovuto rafforzare certe mie competenze
	devi essere autonomo	prendere delle decisioni importanti e repentine con la tua testa, basandoti sulle tue capacità
	si fa' molta fatica a mantenere la giusta distanza con l'utente e con la sua famiglia	
Efficacia del progetto	trovare una linea comune tra di noi nella presa a carico dell'utente	fare conoscere e riconoscere il nostro servizio è una grande sfida.

STUDENTSUPSI

	far comprendere come funziona agli utenti ed ai curanti	
Difficoltà		
Territoriali	Andiamo molto per zone, per semplicità, per semplificarci nell'organizzazione delle trasferte	le persone in questo specifico territorio sono un po' più chiuse che in altri
	il tempo è calcolato nei minimi dettagli ed appena incappiamo in un accumulo di traffico arrivi in ritardo	
Prossimità al paziente	alcuni pazienti ed alcune tipologie di patologie che piacciono di meno… non hai la possibilità di delegare ad un collega, molto spesso devi andare devi fare l'intervento	
Efficacia dell'intervento	Abbiamo bisogno anche di capire se abbiamo agito in maniera ottimale in determinate situazioni e raccogliere l'esperienza e le opinioni degli altri.	
Coinvolgimento dei famigliari		
Requisiti specifici		
	sviluppata capacità di entrare in relazione	La specializzazione, l'esperienza e la sicurezza in ciò che fai
	abbastanza giovane perché deve aver voglia d'investire tanto, non solo a livello professionale ma anche a livello personale	capacità di guidare una vettura
Vissuti		
	A fine turno davvero stanco	competenze individuali e professionali sono molto valorizzate
	Sono molto contenta e soddisfatta di questo percorso. Vado a casa contenta la sera	Una ragazza, dopo diverso tempo che è stata dimessa dal nostro servizio, si è suicidata… è stata una batosta che mi ha ricordato il bisogno di mantenere un distacco emotivo coi pazienti

STUDENTSUPSI

Intervista 2

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
Il vantaggio principale per un paziente e per la sua famiglia, essendo ricoverato in casa è sicuramente la prossimità della cerchia di persone che sono vicine al paziente… la presenza dei propri cari che sono lì… il progetto è stato fatto in quest'area geografica proprio perché era l'unica zona del nostro territorio dove non erano presenti delle cliniche psichiatriche e la trasferta per raggiungere la nostra clinica consta di parecchi chilometri, cosa che rendeva difficile ai famigliari stare vicini al malato… mentre così viene garantito e facilitato il contatto con i familiari… inoltre al domicilio un altro grande vantaggio è che quando facciamo gli interventi non c'è il trambusto del reparto attorno… non ci sono altre persone che ti vengono a bussare alla porta, che hanno delle richieste urgenti, i telefoni che suonano, i medici che ti cercano o altri pazienti richiedenti che ti distraggono... In questo caso il tempo del colloquio è un tempo dedicato al paziente, solo a lui ed in questa maniera è molto più facile agganciare quei pazienti che spesso e volentieri in clinica passano inosservati… così facendo è molto più facile agganciare quei pazienti che sono più remissivi, che sono più riservati e che in clinica passano in secondo piano… restano più in disparte… specialmente quando in reparto ti trovi alcune situazioni molto difficili, che occupano molte risorse infermieristiche e in quei casi loro stessi piuttosto non vogliono disturbare… perché ci vedono impegnati e non vogliono chiedere, sono un po' timidi e quindi c'è il rischio che il tempo non sia sufficiente per loro… mentre qui il tempo viene dedicato esclusivamente a loro… per cui è più facile reperire delle informazioni importanti sulla storia di vita al paziente che si sente più a suo agio perché è nel suo ambiente… si sente più libero di esprimersi… questo l'abbiamo notato parecchio al domicilio… scopri eventi, caratteristiche e risorse che difficilmente avresti intercettato durante un ricovero ospedaliero… quindi ci sono comunque svariati vantaggi…. si è vero, magari ad alcune persone ogni tanto serve proprio un distacco ambientale… in quei casi si deve valutare attentamente…. quindi magari si valuta col paziente stesso…. Ma generalmente lo specialista che ci fa la segnalazione ha già osservato se ci sono conflittualità familiari insopportabili…. se magari ci sono state anche delle forme di violenza, allora in quei casi si preferisce un ricovero in clinica.… che non vuol dire che non si possa più fare marcia indietro e chiedere un intervento domicilio…. A volte il paziente transita alcune settimane in clinica e poi, quando ci sono le condizioni per ritornare a casa ma c'è ancora un disturbo…. possiamo concludere noi la presa carico domicilio.

Quindi questo ha anche una valenza di dimissione precoce?
No questo non ha una valenza di dimissione precoce… il nostro intervento è un considerato come un reparto della clinica psichiatrica… all'inizio c'era stata un po' la tentazione di vederla come una dimissione precoce, ma il nostro è proprio un trattamento acuto con pazienti acuti in sostituzione al ricovero.

Più o meno quanto tempo dedicate al paziente? Tutti i giorni più visite, come è strutturato? Diciamo che una prassi è che per i primi giorni, le prime settimane ci sono due interventi al giorno… la durata dell'intervento la stabilisce anche un po' il paziente… quando c'è uno scompenso e il paziente decide che la visita deve durare cinque minuti praticamente ti butta quasi fuori di casa… altre volte ci sono invece delle visite che durano anche più ore… in media potrei dire che un intervento dura circa un'ora, però è molto variabile… comunque inizialmente ci sono due interventi al giorno… a volte

STUDENTSUPSI

anche tre, per poi scalare gradualmente a un intervento al giorno e introdurre cosiddetti "congedi"… fino al momento della dimissione.
Essa viene fatta in modo progressivo, viene preparata… un altro dei vantaggi che ho notato personalmente è che noi collaboriamo molto di più con la rete rispetto quanto si faccia in clinica, perché siamo più facilitati ad avere degli incontri con i medici curanti che seguono ambulatorialmente i pazienti piuttosto che con il servizio psicosociale, oppure con i curatori… si coinvolgono molto di più i soggetti sul territorio… far spostare un medico dalla clinica a questa zona e viceversa creerebbe dei problemi perché le distanze del territorio non facilitano…. invece noi, essendo presenti su quest'area geografica, siamo più avvantaggiati e riusciamo a collaborare anche con gli assistenti sociali dei comuni e mantenere anche dei contatti con il datore di lavoro se il paziente lo ritiene necessario….. se necessario manteniamo anche questo tipo di contatti… oppure anche con situazioni di lavoro protetto… non sempre lo facciamo, ma ci rendiamo disponibili se il paziente esprime questa necessità.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
La sfida principale è sicuramente quella di poter dimostrare che c'è la possibilità di curare durante una fase acuta in un modo alternativo al ricovero in istituto, ricovero che molto spesso è un evento drammatico per il paziente. Penso che in questo momento ci stiamo riuscendo piuttosto bene, anche se capita talvolta di dover proseguire il ricovero in clinica, ma la stragrande maggioranza delle volte stiamo riuscendo a portare a termine il nostro progetto di cura al domicilio… penso che questo sia la sfida più importante.

In Svizzera c'è poco questo modo di lavorare e di seguire i pazienti acuti al domicilio… mi piace che possiamo collaborare ad un cambio di rotta in questa direzione… il progetto ha già suscitato molto interesse, lo abbiamo già presentato a diversi congressi e conferenze, anche fuori cantone ed anche fuori dai confini nazionali e c'è un certo interesse e questo fa piacere. Il nostro medico ha già lavorato per sei anni in un progetto simile a Londra e lì sono all'avanguardia per cui il ricovero nella clinica diventa la soluzione estrema… mentre qui stiamo andando un po' per gradi… ci sono alcuni criteri di esclusione… da noi il ricovero coatto ad esempio non può arrivare ma deve passare dalla clinica prima…. anche uno stato di intossicazione da alcol o da sostanze passa dalla clinica… ma questo non preclude la prosecuzione a domicilio… però sul momento non abbiamo il mandato per riceverli

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
Allora le difficoltà percepite sicuramente sono legate all'ampiezza del territorio… è un criterio da tenere in considerazione… per il momento non è mai successo che abbiamo avuto contemporaneamente dei pazienti troppo lontani… ci siamo comunque trovati a dover combinare gli orari e gli appuntamenti con attenzione, ma ci si arriva… ci sono alcuni utenti che pretendono di esser visti ad un determinato orario… quando possiamo soddisfiamo la richiesta, ma quando non ce la facciamo dobbiamo fare diversamente e non è sempre semplice far quadrare gli appuntamenti… ovviamente c'è l'inconveniente del traffico, che ogni tanto ti fa arrivare in ritardo, imprevisti che mettono nella condizione di dover rincorrere la tabella di marcia… sicuramente a livello logistico ci sono delle difficoltà

Invece col paziente e con i familiari ci sono delle difficoltà ad entrare in relazione?

Beh ogni tanto ci sono delle differenze di opinione, nel senso che magari noi puntiamo per un ricovero a casa, il paziente vuole rimanere in casa, mentre l'entourage familiare dice “non ce la fai a stare a casa”, sono un po' scettici, non hanno mai affrontato un percorso di questo tipo e dunque il nostro ruolo di mediatori diventa molto importante per riuscire a mettere d'accordo le parti e a costruire il progetto….

Il fatto di relazionarsi in un ambiente che non è il classico reparto, dove si viene riconosciuti come figura di infermiere rispetto a al vostro caso, dove andate a casa di qualcun altro e dovete entrare in relazione con diversi conflitti, questo crea problemi?
Siamo noi che andiamo da loro quindi non sono loro che vengono da noi… questo cambia molto… da parte nostra il rispetto degli spazi e di tutto quanto ruota attorno a questa persona è una prerogativa fondamentale… bisogna adattarsi ad ambienti molto diversi che incontriamo…. spesso abbiamo assistito a delle liti familiari anche piuttosto accese effettivamente a volte è imbarazzante… certo noi dobbiamo tenere un atteggiamento piuttosto neutrale, cercando di rimanere imparziali e di appianare il conflitto, di favorire un dialogo più tranquillo…. poi a volte, quando ci sono dei conflitti, si va in più persone a far la visita… una persona si occupa dell'utente e l'altra persona si occupa di gestire i familiari… anche quando ci sono i bambini piccoli allora ci è capitato di andare in due… così uno guarda di più i bambini mentre l'altro si occupa di fare il colloquio… sono situazioni particolari, ma quasi sempre siamo stati ben accolti dai pazienti…. è interessante vedere l'ambiente domestico… a volte dello stato dell'abitazione è critico… si possono vedere condizioni fatiscenti della casa, ci può essere odore sgradevole, condizioni igieniche scadenti… alcune volte ci sono già degli aiuti domiciliari in corso, ma che forse non sono sufficienti… altre volte cerchiamo di stimolare a mettere a posto l'ambiente.

E gli operatori sono gli stessi che seguono lo stesso utente o possono cambiare?
Allora ogni paziente ha un infermiere di riferimento… però le visite non sono sempre fatte da lui… in alcuni casi c'è espressamente una richiesta e si cerca di assecondarla, ma di principio con la turnistica sono diversi gli infermieri che si occupano di un utente e non è possibile rispettare sempre la visita dell'infermiere di riferimento…. anche qui per un motivo logistico… bisogna razionalizzare gli spostamenti… se uno va in un paese visita tutti pazienti che sono in quella zona…. non è pensabile fare saltare da un posto all'altro tutti gli infermieri perché non si garantirebbe il numero di visite… bisogna sfruttare le risorse per riuscire a garantire le visite.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell’Home Treatment?
Allora, in Home Treatment l'infermiere è molto più autonomo che in clinica… là c’è molto più sostegno dei colleghi, del medico…. mentre a domicilio devi vedertela da solo… questo però, a mio modo di vedere è un vantaggio, perché in clinica, a dipendenza dei medici coi quali lavori, alcuni lasciano un po' più di libertà mentre altri sono invece più ansiosi e controllano in maniera molto maggiore…. per cui tendono magari a spingerti a comportarti in un certo modo… qui invece siamo molto più autonomi.... trovo che nella nostra équipe c'è molta alleanza… siamo un bel gruppo, c'è un'unità di forze e di intenti… credo di più che in ambito ospedaliero o ambulatoriale e questo perché si organizzano più cose tra infermieri… abbiamo più voce in capitolo… più potere decisionale e questo ci rafforza come équipe…. abbiamo un ruolo più forte rispetto alla clinica e questo ci aiuta a lavorare bene insieme e a sentirci gratificati in quello che facciamo… abbiamo maggiore confronto nel gruppo… qui le consegne

STUDENTSUPSI

durano molto più a lungo… mentre in clinica tendi a segnalare solo gli eventi critici del paziente… invece qui, proprio perché ci prendiamo carico dell'utente e del suo entourage, c'è molta più discussione del caso c'è maggiore condivisione della propria opinione delle informazioni che ci danno i pazienti….
Si effettua la consegna verbale?
Si noi tutti i giorni facciamo la consegna verbale…. Durante questi momenti si condivide tanto il contro transfer…. questo mi ha fatto arrabbiare…. questo mi ha fatto sentire in tale maniera… si condividono molto queste sensazioni queste esperienze

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Allora il candidato ideale esiste e non esiste… ma in ogni gruppo devono esserci individui con alcune caratteristiche fondamentali…. come l'apertura mentale… e qualche anno di esperienza fatta prima in acuto…. anche perché si vanno a valutare delle situazioni da soli ed un po' di esperienza ci vuole…. Bisogna essere aperti al dialogo ma questo penso che valga per tutti infermieri… e poi bisogna volersi mettere in gioco… perché in una realtà istituzionale come può essere una clinica psichiatrica si hanno molti punti di riferimento nei colleghi, nei superiori, nei medici…. invece qui devi metterti in gioco e riuscire spesso a farcela da solo…. Non tutti quelli che hanno esperienza in clinica hanno la voglia di cambiare completamente il proprio ruolo, il modo di lavorare…. sicuramente ci dev'essere anche qualcuno nell'équipe che conosca un po' territorio, non solo a livello di strade e di vie… quanto per cosa offre a livello di aiuti a cui si può far riferimento… luoghi di lavoro dove si possono inserire i pazienti… a chi rivolgersi se ci sono delle necessità particolari…. anche questo tipo di conoscenza è necessaria.

Ci vuole anche creatività… in clinica per occupare le giornate si tendono a proporre gli spazi della socioterapia… un gruppo sport, gruppo musica… invece qua bisogna valutare cosa c'è attorno al paziente e cercare di individuare degli stimoli facendo i conti con la realtà oggettiva che ci si trova attorno… e quini vuole una certa capacità di essere creativi, di proporre delle soluzioni adeguate al contesto

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale?
Sono soddisfatto sicuramente… al di là del fatto che ho dovuto cambiare modo di lavorare, sono tuttavia molto soddisfatto perché il risultato è positivo… tanto che nell'anno e mezzo che esistiamo c'è stata solo una persona che non ha portato avanti la collaborazione col nostro team e con questo progetto. Questi risultati mi motivano a lavorare bene.

Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Un'esperienza particolare che ricordo… non è andata a finire benissimo… perché la paziente ha dovuto essere ricoverata nuovamente alla clinica psichiatrica… era una signora proveniente già dalla clinica… che aveva avuto una crisi depressiva molto grave…. era stata passata a noi, e la paziente era disposta ad accettare il nostro intervento… che però è stato da subito molto difficoltoso… perché non riusciva a rimanere a casa da sola… il marito lavorava ed i figli andavano a scuola e non sarebbe stato il caso di lasciarli a casa da soli con la mamma perché non era in grado di riuscire ad occuparsene…. abbiamo coinvolto amici della signora, abbiamo coinvolto vicini di casa, sempre col suo permesso, abbiamo coinvolto familiari per poter riuscire a garantire una presenza quasi continua quando noi non eravamo lì…. è stata l'unica

paziente in cui abbiamo garantito tre interventi al giorno quotidianamente…. interventi anche piuttosto lunghi, per riuscire a contenere questa forte angoscia e questa forte ansia…. è stato interessante perché si vede come a domicilio non si coinvolga solo la rete formale, ma viene anche coinvolta la rete informale, che può essere fatta da vicini, parenti e persone che nella realtà ospedaliera non puoi coinvolgere… questo permette di combattere anche per abolire un po' stigma del quale sono ancora vittima le persone affette da disagio psichico… nella zona in cui lavoriamo, pure questa è una sfida.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	si sente più a suo agio perché è nel suo ambiente… si sente più libero di esprimersi	…prossimità della cerchia di persone che sono vicine al paziente… e dei propri cari
	ci prendiamo carico dell'utente e del suo entourage	una persona si occupa dell'utente e l'altra persona si occupa di gestire i familiari
Prossimità al paziente	il tempo del colloquio è un tempo dedicato al paziente, solo a lui…	il progetto è stato fatto in quest'area geografica proprio perché era l'unica zona del nostro territorio dove non erano presenti delle cliniche psichiatriche
	ogni paziente ha un infermiere di riferimento	
Autonomia di lavoro	non c'è il trambusto del reparto attorno	l'infermiere è molto più autonomo che in clinica
	più potere decisionale e questo ci rafforza come équipe	
Efficacia dell'intervento	facile reperire delle informazioni importanti sulla storia di vita al paziente	…è molto più facile agganciare i pazienti…
	è interessante vedere l'ambiente domestico	Tutti pazienti sono volontari e non in regime coatto…
Collaborazione interna	abbiamo maggiore confronto nel gruppo… le consegne durano di più	abbiamo un ruolo più forte (…) questo ci aiuta a lavorare bene insieme e a sentirci gratificati in quello che facciamo

STUDENTSUPSI

Collaborazione esterna	collaboriamo molto di più con la rete	
Sfide		
Tipologie dell'intervento	a domicilio devi vedertela da solo	
Sviluppo personale	ho dovuto cambiare modo di lavorare	qui devi metterti in gioco e riuscire spesso a farcela da solo
	bisogna adattarsi ad ambienti molto diversi che incontriamo	
Efficacia del progetto	poter dimostrare che c'è la possibilità di curare durante una fase acuta in un modo alternativo al ricovero in istituto	
Difficoltà		
Territoriali	ampiezza del territorio	inconveniente del traffico
Prossimità al paziente	sono diversi gli infermieri che si occupano di un utente e non è possibile rispettare sempre la visita dell'infermiere di riferimento	alcuni utenti che pretendono di esser visti ad un determinato orario
Efficacia dell'intervento		
Coinvolgimento dei famigliari	differenze di opinione rispetto al ricovero	Dobbiamo appianare i conflitti e favorire un dialogo più tranquillo
Requisiti specifici		
	aperti al dialogo	l'apertura mentale
	qualche anno di esperienza fatta prima in acuto….	
	conosca un po' territorio, non solo a livello di strade e di vie… quanto per cosa offre a livello di aiuti a cui si può far riferimento	cercare di individuare degli stimoli facendo i conti con la realtà oggettiva che ci si trova attorno… e quini vuole una certa capacità di essere creativi
Vissuti		
	interessante	Sono soddisfatto sicuramente

STUDENTSUPSI

	risultati mi motivano a lavorare bene	

Intervista 3

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
Secondo la mia esperienza quello che mancava in clinica era la presa carico dei familiari. Per la presa a carico del paziente cambia la nostra attitudine, non siamo più protetti dall'istituzione ma entriamo in casa degli altri, nel loro territorio, per cui sono i pazienti a gestire le regole… lo trovo giusto ed è corretto.
Quello che mancava a livello di clinica era vedere il funzionamento della famiglia, la gente appare genuina e naturale al domicilio… cosa che manca in clinica perché l'utente viene visto agire soltanto all'interno del reparto. Dopo la dimissione, non abbiamo una visione delle sue capacità reali. Mentre qui, non sfugge nulla! Vediamo il paziente… l'interazione con i parenti e sappiamo cosa riportano i parenti stessi; per cui abbiamo un approccio più globale e completo. Cambia anche come tu ti poni verso il paziente, la tua attitudine cambia, la relazione diventa molto più intima e personale… c'è più vicinanza. In reparto c'è un certo tipo di distanza, dettata dalle regole imposte dalla struttura, mentre qui mi accolgono che talvolta diventassi parte della famiglia dell'utente. Lo svantaggio è che, facendo parte della famiglia, a volte si perde un po' il senso terapeutico delle visite da parte dei familiari e del paziente.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
Le sfide sono prima di tutto destreggiarsi a livello amministrativo. Organizzare le visite non è così semplice. Nell'ambiente di reparto è tutto portata di mano. Qui il territorio pone delle distanze per cui se non si organizza in modo preciso ti trovi in difficoltà. Poi a livello di attitudine personale… devi cercare di capire come entrare in casa di qualcun'altro e come sentirti sicuro nell'approccio con l'altro; senza avere la sicurezza della struttura. Questa è una grossa sfida che ci viene posta in questo progetto. Poi ci sono delle sfide più latenti, perché dobbiamo dimostrare che è un servizio che ha una sua validità. A priori secondo me alla sua validità, conoscendo anche altre realtà svizzere. Da anni ci portiamo dietro l'obiettivo di potenziare il servizio territoriale sia in fase acuta che in fase cronica ma, a livello effettivo, non si è fatto molto. Questa è anche una grande sfida: il fatto di poter dire che è un servizio funzionante che ci permette di raggiungere, almeno parzialmente, l'obiettivo di migliorare la qualità della presa carico nella fase acuta.
Quindi è considerato un vantaggio andare a casa come qualità della prestazione e per la qualità di vita del paziente?
Secondo me è un grosso vantaggio perché ci fa vedere il nostro paziente nella sua interezza. Posso valutare il paziente nella sua realtà di vita, questi sono tutti vantaggi ed allo stesso tempo grandi sfide. Mi trovo molto mio agio in questo progetto anche se non avrei mai pensato di lavorare sul territorio. È una sfida che stiamo cogliendo tutti con molto entusiasmo. Per prevenire le ricadute è necessario un buon lavoro di psicoeducazione non solo col paziente ma con tutti i familiari e in questo contesto lo puoi fare. Abbiamo notato che tanti familiari hanno difficoltà a capire la malattia, come si manifesta, cosa si può fare e su questo possiamo lavorare tanto! Mentre in clinica era più difficile.
Quindi capita anche di gestire eventuali attriti familiari dei conflitti interni?

STUDENTSUPSI

Si, non dico sovente, ma ci sono alcune situazioni dove devi mediare… devi cercare di conciliare dei punti di vista diversi. A volte di capitano dei conflitti famigliari che sono cristallizzati mentre quando arriva un soggetto esterno è più facile che amplino la propria visione, questo li può aiutare. Ci sono naturalmente anche situazioni in cui non hai margine di lavoro, però almeno sei cosciente che esistono. In clinica vedi il momento della visita del parente ma non vedi la relazione abituale. A casa poi ti prendi anche lo spazio con i parenti li vedi nella loro relazione genuina con il paziente. Hai la possibilità di approfondire come loro si trovano in quella situazione sin dall'inizio. Possiamo spiegare che siamo li per la persona sofferente ma anche per i parenti, dando la disponibilità nel rispondere alle loro domande. I parenti non sanno che possono telefonarci in qualsiasi momento, dobbiamo perciò chiarirlo esplicitamente. Notiamo comunque che non riceviamo molte telefonate e richieste di aiuto dai parenti, secondo me perché temono di disturbare mentre in ospedale anche un campanello lo puoi suonare in qualsiasi momento ti senti più libero e chiedi di più aiuto. Rimangono positivamente sorpresi quando constatano che siamo disponibili in qualsiasi momento.
Per quanto riguarda la sicurezza ci sono stati dei momenti in cui si è sentito meno a suo agio in una situazione?
No l'importante è che cambi il tuo atteggiamento che ti conformi al diverso ambito di lavoro e alle diverse regole. Probabilmente mi sentivo più sicuro in clinica perché ho diverse persone che mi sto attorno le mura della clinica per cui mi sento più sicuro mentre qui sono da solo al più con un collega per cui quello che ho è solo la mia capacità di gestire in maniera professionale la situazione ed è questo che mi garantisce la protezione. Ci sono situazioni in cui ci sono conflitti tra parenti o tra coniugi in cui ti senti a disagio e allora devi cercare di incanalare la discussione su un concetto terapeutico non più sul conflitto personale. Comunque ho sempre avuto la percezione di essere accolto molto bene dalle famiglie mi è capitato una situazione dove mi sono sentito inizialmente molto disagio è anche un po' arrabbiato. Facevo visita a una signora sposata e il marito una volta mi accolto dicendo arriva l'amante posso andare via e li ho sentito un po' di irritazione che saliva molto disagio ma gli ho risposto che poteva restare perché è arrivato l'infermiere e non l'amante. Quindi rimettendo a posto i ruoli la situazione è stata gestita. Bisogna avere molto autocontrollo, ma solitamente che accolgono bene e ti mettono molto tuo agio.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
L'aspetto organizzativo è la cosa più difficoltosa, in clinica era tutto assieme, mentre qui devo fare chilometri per trovare il paziente. In clinica il medico è a disposizione. Qui le distanze sono lunghe i tempi non sono semplici da conciliare in talune parti del territorio se mi trovo in una situazione di crisi prima che intervenga l'medico passano nella migliore delle ipotesi 45 minuti quindi dobbiamo essere abbastanza sicuri di sapere gestire saperci controllare trattenere le nostre emozioni per gestire la situazione la grande difficoltà e al livello di progettazione della propria giornata e poi il fatto che in situazioni di crisi devi saper temporale temporeggiare. Lo trovo comunque stimolante perché mette alla prova le tue capacità di metterti in discussione; ti confronti con le tue aree di miglioramento. Lo trovo stimolante.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
Rispetto ruolo non ci sono grossi cambiamenti ma rispetto all'attitudine di lavoro. Il tuo ruolo ti viene riconosciuto come tale a volte è come viene percepito il tuo ruolo che può essere un po' difficile a volte ti scambiano per una dama di compagnia, banalizzano il

STUDENTSUPSI

senso terapeutico del colloquio, che non è solo fare conversazione col paziente e questo in famiglia può diventare un po' difficile, allora dobbiamo ribadire che non possiamo fare solo compagnia ma che il senso del colloquio è terapeutico e quindi devi cercare di centrare l'obiettivo nei vari colloqui l'obiettivo deve essere chiaro che devi cercare di lavorare col paziente con la famiglia per raggiungere gli obiettivi.

Fate anche una rieducazione l'attività di vita quotidiana?
Sì possiamo verificare tutto l'aspetto del quotidiano domicilio si è bisogni fondamentali sia quelli più elevati. Cerchiamo sempre di integrare la psicoeducazione, ma anche educazione a livello alimentare, dell'igiene personale e su questo siamo molto attenti mentre in clinica non vediamo come gestisce l'ambiente o lo vediamo in modo molto limitato, a un letto e un armadio mentre qui possiamo vedere tutte le difficoltà sia a livello di struttura sia a livello di inserimento nella società del paziente.

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Fondamentalmente la motivazione. Siamo persone molto diverse anche le nostre abilità sono diverse c'è bisogno di tanta motivazione bisogna uscire dall'ambiente protettivo della clinica e bisogna entrare nella giungla della realtà di vita del paziente e quindi bisogna essere coscienti di questa cosa e determinati non puoi pretendere di usare la stessa modalità di lavoro della clinica al domicilio ma devi adattarti. A livello professionale non cambia molto ma livello personale devi avere una maggiore flessibilità, bisogna essere fantasiosi, sapersi adattare a quello che trovi davanti e proporre in modo creativo ed originale al paziente qualcosa di alternativo. A volte si possono fare degli interventi standard ma bisogna avere a priori anche una capacità di innovazione bisogna poi essere molto riflessivi coniugare la creatività con la capacità di riflessione per riuscire a risolvere situazioni che sembrano molto complesse quindi saper cambiare punto di vista sapersi mettere in gioco a livello personale cercare di evitare di essere standardizzato. A volte uscire un po' dagli schemi può aiutare molto ad aprirla propriamente e capire meglio il mondo del paziente. Credo di avere imparato tantissimo dei pazienti a volte sono loro che mi hanno insegnato lavorare. Mi hanno insegnato veramente tanto, ho avuto la fortuna di trovare pazienti che mi hanno spiegato sempre molto bene cosa erano i loro bisogni, cosa gli stava capitando dentro. Il lavoro in psichiatria non è tanto essere abile a parlare, ma piuttosto essere abile ad ascoltare e a capire la persona con cui ti confronti.

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale? Vorrebbe raccontarmi un’esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Sono molto soddisfatto perché ho potuto scegliere questo progetto, mi sento responsabile della mia scelta. Ogni giorno alimento la mia motivazione, sono molto soddisfatto. Come eventi ti rimando alla situazione che ho descritto prima, dove sono riuscito a mantener il mio ruolo in maniera professionale e a gestire una situazione di tensione. Altra situazione molto significativa: sabato scorso ho investito ore con una signora in una situazione di crisi. Sono uscito affaticato ma anche molto soddisfatto ci sono anche situazioni in cui siamo stati per sei ore in un giorno con un solo paziente cosa che in clinica è molto difficile mentre in questo contesto più probabile è questo che fa riflettere sul fatto che ogni situazione diventa significativa.

È come mettere una sorta di evidenziatore sul paziente sua famiglia?

STUDENTSUPSI

Sì decisamente cui percepisco appieno la centralità dell'utente mentre in clinica faccio molta fatica.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	tanti familiari hanno difficoltà a capire la malattia, come si manifesta, cosa si può fare e su questo possiamo lavorare tanto!	Vediamo il paziente… l'interazione con i parenti e sappiamo cosa riportano i parenti stessi; per cui abbiamo un approccio più globale e completo
	la presa carico dei familiari	
Prossimità al paziente	Cambia anche come tu ti poni verso il paziente, la tua attitudine cambia, la relazione diventa molto più intima e personale… c'è più vicinanza.	Per prevenire le ricadute è necessario un buon lavoro di psicoeducazione non solo col paziente ma con tutti i familiari
	qui possiamo vedere tutte le difficoltà sia livello di struttura sia a livello di inserimento nella società del paziente	
Autonomia di lavoro		
Efficacia dell'intervento	entriamo in casa degli altri, nel loro territorio, per cui sono i pazienti a gestire le regole	il funzionamento della famiglia, la gente appare genuina e naturale al domicilio
Collaborazione interna		
Collaborazione esterna		
Sfide		
Tipologia dell'intervento	ci sono alcune situazioni dove devi mediare	qui sono da solo al più con un collega
Sviluppo personale	devi cercare di capire come entrare in casa di qualcun'altro e come sentirti sicuro nell'approccio	l'importante è che cambi il tuo atteggiamento che ti conformi al diverso ambito di lavoro e alle diverse regole
	ti confronti con le tue aree di miglioramento	devi cercare di centrare l'obiettivo nei vari colloqui

STUDENTSUPSI

	la mia capacità di gestire la situazione in maniera professionale	
Efficacia del progetto	potenziare il servizio territoriale sia in fase acuta che in fase cronica	dimostrare che è un servizio che ha una sua validità
difficoltà		
Territoriali	il territorio pone delle distanze per cui se non si organizza in modo preciso ti trovi in difficoltà	Qui le distanze sono lunghe i tempi non sono semplici da conciliare
Prossimità al paziente	Ci sono situazioni in cui ci sono conflitti tra parenti o tra coniugi in cui ti senti a disagio e allora devi cercare di incanalare la discussione su un concetto terapeutico non più sul conflitto personale.	a volte ti scambiano per una dama di compagnia, banalizzano il senso terapeutico del colloquio
Efficacia dell'intervento	L'aspetto organizzativo è la cosa più difficoltosa	…facendo parte della famiglia, a volte si perde un po' il senso terapeutico delle visite da parte dei familiari e del paziente.
	destreggiarsi a livello amministrativo	
Coinvolgimento dei famigliari	conflitti famigliari che sono cristallizzati	
Requisiti specifici		
	Bisogna avere molto autocontrollo	saperci controllare trattenere le nostre emozioni per gestire la situazione
	c'è bisogno di tanta motivazione	devi avere una maggiore flessibilità, bisogna essere fantasiosi, sapersi adattare
	coniugare la creatività con la capacità di riflessione, per riuscire a risolvere situazioni che sembrano molto complesse	
Vissuti		
	Mi trovo molto mio agio in questo progetto	ho sempre avuto la percezione di essere accolto molto bene dalle famiglie

STUDENTSUPSI

	Lo trovo comunque stimolante	Credo di avere imparato tantissimo dei pazienti a volte sono loro che mi hanno insegnato lavorare
	Sono molto soddisfatto	Da una situazione… sono uscito affaticato, ma anche molto soddisfatto… ci sono anche situazioni in cui siamo stati per sei ore in un giorno con un solo paziente

Intervista 4

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
L'utente si trova al proprio domicilio, per cui il contatto con la persona da parte nostra è molto più aperto. Ci sono inoltre dei vantaggi per le persone seguite che hanno dei figli, essi infatti, possono ricevere le stesse cure della clinica rimanendo al domicilio circondate dai figli, dai loro animali domestici. Infatti tantissimi utenti hanno un animale a casa e spesso chi veniva ricoverato in clinica, si preoccupava di chi si sarebbe preso cura degli animali durante la loro assenza. Con l'Home Treatment non c'è il distacco dal loro ambiente e possono provvedere loro stessi all'accudimento dei loro cari. Trovo che così s'instaura più rapidamente la fiducia con noi infermieri. Un altro vantaggio è legato all'immediatezza con la quale sono coinvolti i familiari che vengono a contatto con noi molto più facilmente rispetto a quanto avviene in clinica. Grazie a questo le preoccupazioni riferite dai famigliari trovano subito una risposta e la rassicurazione cercata. Dai feedback che ho avuto queste sono componenti fondamentali. Questo per quanto riguarda la presa a carico del paziente e dei suoi famigliari.

Quali sono i vantaggi per te come curante?
Si entra subito nel mondo più intimo della persona, che è tutto come curante, e che deve anche sapere rispettare. I tempi non sono dettati dalla clinica, dal reparto, mentre li detta la persona stessa. Entrando in casa dobbiamo adeguarci ai suoi ritmi, ai suoi tempi ai, suoi bisogni. C'è tanta flessibilità da parte nostra; a volte la persona non vuole che i familiari ascoltino il colloquio, per cui si può organizzare una visita all'esterno. In questo contesto di cura balzano quasi subito all'occhio sia le difficoltà che i bisogni specifici della persona.
In clinica ci si concentra sul momento di crisi, qui il sintomo lo vedi, però costati anche molte altre cose che ruotano intorno al paziente cosa che in clinica non è così evidente. Per esempio per alcuni pazienti dal momento in cui si adattano alla terapia, in reparto, paiono funzionali e stabili clinicamente mentre col rientro al domicilio si evidenziano diverse difficoltà. Come il fatto di non riuscire a far la spesa, questo può essere un enorme limite. Con questo approccio posso valutare più facilmente la persona ed in maniera globale.
Sono contentissima di fare questa esperienza.

STUDENTSUPSI

Il tempo che tu passi con la persona ricoverata al domicilio è differente rispetto a quello che passi in clinica. Non perché in ospedale non hai voglia d'indagare le problematiche del paziente o di effettuare un colloquio strutturato, ma perché hai tantissime altre cose da gestire. Spesso si viene interrotti dal telefono, da altri pazienti, dalla gestione del reparto.
Di principio nell'Home Treatment arrivi a casa dalla persona, ti prendi il tempo per stare con loro all'interno di visite della durata di un'ora e mezza o due al giorno, avendo così tantissimo materiale in più estratto dalla relazione col paziente.
Per gli utenti e per la loro famiglia è una sicurezza sapere che noi ci siamo, che ci possono chiamare in qualsiasi momento! Sono rimasta sorpresa nel vedere la facilità con la quale ci accolgono all'interno della loro abitazione. Hanno voglia di farti entrare nel loro mondo! Questo fatto aiuta anche nella raccolta anamnestica della loro biografia che inizia nei racconti partiti dalla visione di alcune foto presenti in casa. Nell'incontro si parla non solo della loro patologia, ma anche di tutto quello che concerne la vita del paziente. Riusciamo a cogliere bene il mondo del paziente e questo ti permette di creare un legame di fiducia con la persona.

Non è una difficoltà in più farsi accettare in un ambiente estraneo?
Li sta a noi come infermieri di essere consapevoli di quello che dobbiamo fare con quel determinato utente in quella determinata visita. Per creare un legame di fiducia con una persona affetta da una qualsiasi patologia psichiatrica è importante sapersi adattare e mutare l'approccio relazionale col paziente rendendolo consapevole del fatto che noi infermieri (l'utente non ne vede solo uno ma tutti i componenti del team) siamo un punto di riferimento. Inizialmente è importante partire da argomenti più superficiali, o neutri, e non subito dagli aspetti più intimi e più delicati della persona, lì l'infermiere deve comprendere quale è il momento giusto per addentrarsi negli argomenti più personali. Anche la modulazione della distanza è un requisito importante sul quale noi professionisti dobbiamo lavorare. Infatti alcuni utenti tendono a vederti un po' come un amico, il vantaggio del ricovero al domicilio è che si vivono dei momenti di quotidianità insieme permettendo all'utente di aprirsi più facilmente, ma dopo un po' c'è il rischio che non ti riconosca più nel ruolo d'infermiere. L'atmosfera differente è un arma a doppio taglio, come professionista dobbiamo mettere un limite, renderci conto quando il rapporto inizia a diventare troppo amichevole e riportare la relazione sul piano terapeutico. In questo senso dobbiamo essere chiari con la persona sin dall'inizio, anche perché noi ci siamo per un periodo transitorio, di seguito verrà agganciato da altri servizi.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
Ancora adesso percepisco molto il problema organizzativo. L'organizzazione delle visite durante la giornata e la strutturazione della stessa. Spesso abbiamo degli incontri importanti con la rete esterna, fissati un paio di settimane in anticipo, non riuscendo così a trovare il giusto equilibrio nella pianificazione dei vari incontri. Ognuno di noi definisce gli appuntamenti con l'utente al momento della visita domiciliare, senza avere la possibilità di sapere se un altro operatore ha posizionato degli altri appuntamenti nel medesimo giorno al medesimo orario. Così facendo a volte ci troviamo in situazioni di sovraccarico evidente. Al momento ci hanno fornito dei *Tablet* in prova con la possibilità di avere un'agenda condivisa ed aggiornata in tempo reale. Questo credo che potrà togliere questa difficoltà. Migliorando l'organizzazione della degli incontri e la strutturazione della giornata avremo la possibilità di gestire meglio l'imprevisto, che può

sempre accadere, soprattutto nella gestione delle acuzie… anche in considerazione dell'ampiezza del territorio che copriamo.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
Dimostrare che una persona che soffre di un disturbo psichiatrico acuto non deve per forza essere ricoverato in clinica. Questo progetto ti permette anche di andare indirettamente a sensibilizzare un po' di più la popolazione perché la stigmatizzazione e l'emarginazione del paziente psichiatrico è ancora tanto presente. Il fatto di avere un reparto della clinica che opera sul territorio, il fatto di essere presente nel quotidiano all'interno dell'ambiente della persona stessa, permette di superare questo atteggiamento. Noi accompagniamo le persone a fare la spesa, al bar, camminiamo insieme in mezzo al paese. Il riscontro delle persone che abbiamo seguito finora è positivo, non ne ho mai avuti di negativi. La sfida è anche quella, un domani, di estendere questo tipo di intervento per evitare il più possibile l'obbligo di ricovero. La sfida è quella di lavorare con tutto il territorio e con tutti i servizi offerti, anche privati, per riuscire ad intervenire il prima possibile, già da quando una persona inizia una fase critica riuscendo a fare prevenzione. Spesso si tende a tamponare la situazione critica, a volte anche in maniera poco strutturata, finché la situazione degenera. Per cui il fatto che un curante esterno o un servizio, riesca ad attivarsi in tempo, ci permette di evitare il ricovero stesso.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
Ho molta più indipendenza ora. In clinica e nell'equipe mobile dove s'interveniva per le situazioni d'urgenza avevo sempre il medico velocemente reperibile, sotto mano. Invece nell'Home Treatment, hai sempre il medico reperibile in qualsiasi momento, ma spesso alcune decisioni di nostra competenza le dobbiamo prendiamo noi da soli, disponendo di una maggiore autonomia e di una maggiore libertà. Il medico non vede tutti i giorni la persona, a meno che, non sia particolarmente complessa e delicata la situazione in cui si trova. Le vede una o due o tre volte la settimana mentre noi li vediamo tutti i giorni. Per cui il medico ha una grande fiducia in noi e ci lascia agire con maggiore autonomia decisionale. Lavoriamo tanto anche sul responsabilizzare il paziente. Ma una volta finita la visita, io come infermiere devo essere sicuro che non c'è alcun rischio suicidale, che la persona abbia ben capito quello che io ho detto, mi trovo da solo come infermiere con una persona. Ascoltare tutte le difficoltà che mi presenta e il mio ruolo infermieristico si basa anche sulla negoziazione di determinate cose e di responsabilizzare la persona rispetto alla sua cura alla sua al suo miglioramento.

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Deve essere un infermiere che non si faccia prendere troppo dall'ansia, che sia capace di decidere e di assumersi le conseguenze delle sue decisioni.
Avere un'équipe che opera sul territorio, spesso da soli a casa dell'utente deve essere capace di decidere velocemente e consapevolmente. Ci vuole quindi esperienza nel lavoro in psichiatria non assumerei qualcuno che ha pochi anni di esperienza perché la sensibilità per interpretare il paziente l'acquisisci solo con l'esperienza. Certe difficoltà del paziente le intuisci prima di comprenderle e per sviluppare quel sentore intuitivo che ti permette d'identificarle prima che si presentino, l'acquisisci solo con l'esperienza sul campo. Solo così hai il coraggio di prenderti certe responsabilità, d'avere una certa

STUDENTSUPSI

autonomia d'azione e il saper gestire ogni situazione imprevista… la crisi può essere dietro l'angolo e al domicilio sei da solo.
Un infermiere deve anche essere in grado di capire quando è necessario attivare altri interventi, anche della rete esterna, per cui deve avere una conoscenza approfondita di ciò che il territorio offre. Devi essere una persona creativa capace d'inventarti degli interventi per riuscire a gestire delle situazioni complesse che possono sorprenderti. In clinica hai a disposizione degli aiuti quasi immediati, mentre a casa non è proprio così. Ogni infermiere ha la propria personalità… e non tutti riescono a stare nell'imprevisto senza andare nel pallone. Determinati infermieri stanno meglio lavorando in una struttura, come quella della clinica, dove c'è una notevole organizzazione ma anche orari, paletti,… mentre altri si muovono meglio in circostanze meno definite, come quella della cura al domicilio.

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale? Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Sono molto soddisfatta da questo percorso professionale. Mi viene in mente un paziente seguito più di un anno fa. Trasferito dalla clinica con un disturbo bipolare con una dipendenza da oppiacei, in terapia metadonica.. non ancora rientrato completamente dalla fase maniacale. L'ho seguito tanto, avevamo incontri molto lunghi perché tendeva a disperdersi, era disorganizzato nel pensiero e non solo… Iniziava a non stare bene perché aveva difficoltà con l'ex compagna che non gli faceva vedere la figlia… e da lì abbiamo avuto la sensazione che ci stesse sfuggendo di mano. Conoscevamo già la persona e sapevamo che normalmente quando cominciava a stare male vi era una relazione stretta con l'assunzione di droghe o alcool. Avevamo quindi fatto un test ematico per individuare le droghe assunte, che era risultato positivo all'eroina… Già l'utente aveva ammesso d'aver consumato sostanze psicotrope e lui stesso aveva riferito che non riusciva a smettere di consumare in quel momento…Per evitare che si mettesse in pericolo ulteriormente la decisione del team è stato il ricovero. A quel punto bisognava però organizzare il trasferimento in clinica senza dover mobilitare ambulanza, polizia,… così insieme al medico gli abbiamo comunicato che non poteva rimanere a casa in queste condizioni. È uscito dallo studio sbattendo la porta, per cui ho provato a seguirlo… l'ho seguito nella direzione del domicilio ed ad un certo punto si è fermato. Ho puntato sul legame che avevo costruito con lui, il legame fa tantissimo, alla fine il paziente ha accettato e ho potuto accompagnarlo a casa per prendere alcune cose. Pensavo che non uscisse più dall'abitazione, invece ha preparato la sua borsa e siamo tornati in sede dove il medico lo ha riaccompagnato in clinica. Siamo riusciti a fare questo ricovero senza dover chiamare ambulanza o polizia proprio grazie al legame che si era creato con questa persona. Gli abbiamo dato il potere di autodeterminarsi in questa scelta di cura… cosa che è stata molto importante per lui.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	immediatezza con la quale sono coinvolti i familiari che vengono a contatto con noi molto più facilmente	le preoccupazioni riferite dai famigliari trovano subito una risposta e la rassicurazione

STUDENTSUPSI

		cercata
	Per gli utenti e per la loro famiglia è una sicurezza sapere che noi ci siamo	
Prossimità al paziente	L'utente si trova al proprio domicilio, per cui il contatto con la persona da parte nostra è molto più aperto	non c'è il distacco dal loro ambiente e possono provvedere loro stessi all'accudimento dei loro cari
	ti prendi il tempo per stare con loro all'interno di visite della durata di un'ora e mezza o due al giorno	
Autonomia di lavoro	Ho molta più indipendenza ora	il medico ha una grande fiducia in noi e ci lascia agire con maggiore autonomia decisionale
Efficacia dell'intervento	s'instaura più rapidamente la fiducia con noi infermieri	Si entra subito nel mondo più intimo della persona
	balzano quasi subito all'occhio sia le difficoltà che i bisogni specifici della persona	costati anche molte altre cose che ruotano intorno al paziente… aiuta anche nella raccolta anamnestica
Collaborazione interna		
Collaborazione esterna	lavorare con tutto il territorio e con tutti i servizi offerti	
Sfide		
Tipologia dell'intervento	adeguarci ai ritmi del paziente, ai suoi tempi ai, suoi bisogni	mi trovo da solo come infermiere con una persona
Sviluppo personale	essere consapevoli di quello che dobbiamo fare con quel determinato utente in quella determinata visita	la modulazione della distanza … infatti alcuni utenti tendono a vederti un po' come un amico
Efficacia del progetto	Migliorando l'organizzazione della degli incontri e la strutturazione della giornata avremo la possibilità di gestire meglio l'imprevisto	Dimostrare che una persona che soffre di un disturbo psichiatrico acuto non deve per forza

STUDENTSUPSI

		essere ricoverato in clinica
	sensibilizzare un po' di più la popolazione perché la stigmatizzazione e l'emarginazione del paziente psichiatrico è ancora tanto presente	estendere questo tipo di intervento per evitare il più possibile l'obbligo di ricovero
Difficoltà		
Territoriali	ampiezza del territorio che copriamo	
Prossimità al paziente	negoziazione di determinate cose e di responsabilizzare la persona rispetto alla sua cura al suo miglioramento	
Efficacia dell'intervento	L'organizzazione delle visite durante la giornata e la strutturazione della stessa	a volte ci troviamo in situazioni di sovraccarico evidente
Coinvolgimento dei famigliari		
Requisiti specifici		
	C'è tanta flessibilità da parte nostra… devi essere una persona creativa	sapersi adattare e mutare l'approccio relazionale
	un infermiere che non si faccia prendere troppo dall'ansia	capace di decidere e di assumersi le conseguenze delle sue decisioni
	esperienza nel lavoro in psichiatria	autonomia d'azione … saper gestire ogni situazione imprevista
	conoscenza approfondita di ciò che il territorio offre	
Vissuti		
	Sono contentissima di fare questa esperienza.	Sono molto soddisfatta da questo percorso professionale
	Ho puntato sul legame che avevo costruito con lui, il legame fa tantissimo, alla fine il paziente ha accettato… il ricovero	

STUDENTSUPSI

Intervista 5

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
I vantaggi che percepisco: uno dei primi vantaggi è quello di offrire all'utente la presa carico domiciliare, senza distaccarlo dalla famiglia… e quindi vivere l'acuto confrontandosi con la sua quotidianità. I familiari possono essere un fattore molto protettivo per l'utente preso a carico a livello domiciliare… tutto risulta molto più sicuro per lui… Allo stesso tempo c'è anche un vantaggio per i familiari stessi in quanto, con questa specifica presa a carico, essi vengono accolti con tutte le loro domande, perplessità ed ansie. Sono per questo previsti dei colloqui con la famiglia ed insieme si fa un percorso di sensibilizzazioni sulla malattia con l'ausilio delle schede di psicoeducazione… cosa che a volte viene a mancare in clinica. Un altro vantaggio è che l'utente può essere sostenuto nelle azioni di vita quotidiana ed effettuata una psicoeducazione mirata alle esigenze specifiche. Si offre un sostegno per la doccia, aiuto per cucinare, aiuto per uscire a far la spesa, per quanto riguarda l'aggancio con la rete esterna basata su medici generalisti, medici psichiatri, laboratori protetti,.... Vi è anche un aggancio attuato da noi infermieri e rivolto alla presa a carico globale con la presenza medica ed infermieristica di altri servizi, per esempio coi servizi territoriali o con un medico privato.
Un vantaggio è anche che la dimissione che si effettua con tutte queste figure insieme, esse vengono già conosciute durante il nostro ricovero. In clinica questo aspetto è un po' più difficile da organizzare spesso a causa della distanza della clinica stessa, i medici esterni spesso non riescono a raggiungerti per fare questi incontri… per l'utente e i famigliari è molto rassicurante conoscere il medico che lo seguirà dopo di noi e sapere che siamo sempre in collegamento col suo medico.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
Sicuramente che il progetto sia efficace e che gli utenti seguiti finora non abbiano delle ricadute… che ci riconoscano come servizio, come fonte di aiuto sul territorio… Inoltre vi è la sfida correlata all'ampliamento di questo servizio in altre parti del cantone.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
Le difficoltà sono spesso molto pratiche, legate alle trasferte, al traffico, a certi ostacoli che non dipendono da noi, come ad esempio l'aggancio dell'utente con la rete esterna, in quanto le tempistiche spesso sono lunghe, e a volte anche la tempistica rispetto al territorio ampio…. Rispettare gli orari…. ci possono essere difficoltà per l'equipes anche quando c'è una conflittualità alta tra parenti e l'assistito…. a volte è difficile far l'aggancio e ci vuole molto più tempo…. bisogna essere molto più sensibili a queste dinamiche e questo può creare difficoltà ad agganciare subito la famiglia. Abbiamo avuto casi agganciati con qualche difficoltà, ma comunque ce l'abbiamo fatta, è stato sempre fatto un bel progetto. Spesso per un genitore è molto difficile accettare che proprio figlio abbia una diagnosi psichiatrica… altre volte la difficoltà è che alcuni genitori o alcuni parenti sfuggono agli incontri domiciliari che noi facciamo.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
In paragone alla clinica psichiatrica dove ho lavorato per nove anni, noto la differenza che il lavoro sul territorio permette molto di più di mettere l'utente al centro del progetto di cura… hai un tempo che dedichi a quell'utente, a quella famiglia… uno alla volta…

STUDENTSUPSI

certo capita anche in clinica… ma lì hai 1000 distrazioni: telefoni, altri pazienti che interferiscono, che ti chiedono… mentre qui l'attività è più pianificata… ci si dedica ad un utente alla volta, si definiscono bene i progetti, ci sono meno interferenze, si conosce l'ambiente famigliare… questo ultimo fatto per noi è un vantaggio nelle raccolte dati… ci permette di vedere l'ambiente dove vivono i pazienti, le risorse che hanno per vivere se sono soli, il contesto sociale, il supporto familiare… la visone che riesci ad avere è più globale, più completa rispetto a quanto puoi osservare in clinica…. Poi rispetto all'ambulatorio, beh, noi li vediamo quotidianamente mentre in ambulatorio vengono visti al massimo settimanalmente o due volte alla settimana, ma i nostri sono casi acuti…

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Per la coesione del team, ci deve essere fiducia…. spesso si va al domicilio in due infermieri altrimenti un solo infermiere… quindi se un tuo collega va dal tuo paziente… ti devi fidare di quello che dice, di quello che riporta. Anche nell'organizzazione infermieristica devi essere molto attento, devi organizzarti molto meglio portando sempre tutto il materiale necessario per quel soggetto… non devi dimenticare le cose ma devi essere sicuro che ti porti il materiale giusto, ad esempio se devi fare un elettrocardiogramma o delle medicazioni, devi avere tutto il necessario, devi pianificare bene prima, se no ti trovi in difficoltà al domicilio.

Quando facciamo gli incontri con l'utente e i famigliari se ci sono delle conflittualità andiamo in due, così uno gestisce l'utente e l'altro collega gestisce la famiglia… ci suddividiamo i ruoli… si fa un po' da intermediari. Ogni visita deve essere focalizzato l'obiettivo, dobbiamo essere in chiaro su cosa andiamo indagare, su cosa vogliamo ottenere ed in base quello siamo poi liberi di muoverci con il nostro intervento infermieristico, ma anche educativo.
È vero che siamo infermieri però spesso si mettono in atto degli interventi educativi, di socializzazione, la presa di contatto con gli assistenti sociali, con le commissioni tutorie… l'infermiere sul territorio può sviluppare più competenze, anzi deve sviluppare più competenze, al di là di quelle della tecnica infermieristica… sono competenze relazionali, di comunicazione, di mediazione rispetto alla famiglia e ad altri soggetti significativi per il paziente…

Noi utilizziamo spesso le schede di psicoeducazione di Falloon che sono delle schede che ripercorrono delle malattie specifiche spiegano ad esempio cos'è la depressione come va trattata…. le leggiamo insieme al paziente, così il paziente comprende questi aspetti e si rassicura un po', perché comprende che non è l'unico che soffre di questa malattia, che ci sono altre persone, che ci sono delle strategie per uscirne… in questa lettura delle schede viene a volte coinvolta anche la famiglia… si deve sempre valutare l'opportunità di proporre all'utente la scheda, se è utile…. altrimenti in altri casi facciamo la psicoeducazione solo a parole, senza usar le schede e sensibilizziamo i familiari su quanto possono fare e sui comportamenti che invece devono evitare…. Cerchiamo di far capire loro che è un momento di malessere e che non è pigrizia… il malessere psichico è difficile da capire, non è come avere una gamba ingessata… chi ha una gamba ingessata è giustificato a stare a letto… mentre a volte un depresso non viene riconosciuto nella sua difficoltà ad attivarsi...

STUDENTSUPSI

Per i figli la psichiatria pubblica offre un servizio di supporto dedicato che si chiama XXX, dove c'è una psicologa che effettua alcuni incontri… il primo è fatto con i coniugi… si vede un po' il rapporto con i figli e la difficoltà… quindi si decide come intervenire nella seconda seduta già con i bambini e poi si fanno tre o quattro sedute ancora con i figli…

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale? Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Si mi ritengo soddisfatta dell'esperienza… mi ritengo molto soddisfatta perché ho visto il benessere ottenuto dai pazienti ed è molto gratificante come lavoro… si investe tanto però ti dà tanto in senso professionale, perché ogni giorno impari qualcosa di nuovo… l'utente ti dà moltissime informazioni su cui puoi riflettere, su cui puoi ricercare e sviluppare delle nuove competenze… ti metti in discussione, ti domandi come puoi cambiare, come puoi fare meglio…. mentre in clinica spesso è tutto protocollato rigidamente…. mentre qua sei esposto in prima persona… ti metti in discussione.

Per raccontarti un'esperienza particolare che mi ha colpito… beh ce ne sono state parecchie… ognuno di loro mi lascia qualcosa di bello, un senso di gratitudine… sono utenti che quando stanno male ci contattano… siamo contenti che grazie a noi non hanno avuto dei frequenti ricoveri in clinica… quindi è gratificante… si intessono dei rapporti solidi con i pazienti, con i familiari…. Chiaro, a livello emotivo e personale ci sentiamo più esposti rispetto alla clinica, dove le mura dell'istituzione ti danno un po' più di sicurezza…. mentre nel nostro caso entriamo nell'ambiente del paziente… ti senti più esposto… abbiamo dovuto cambiare completamente ottica noi che lavoravamo in clinica… ora ci siamo consolidati e strada facendo trovo questa attività meno faticosa rispetto la clinica…. in ospedale a volte è più difficile mettersi in gioco, perché ci sono delle regole molto più strutturate… invece qui hai molte più possibilità… infatti, una delle caratteristiche degli infermieri in questo contesto, è che devono essere flessibili e tolleranti… perciò bisogna essere un'équipe molto affiatata e propositiva.

Mettersi in gioco tutti insieme per raggiungere l'obiettivo del paziente… devo dire che questa caratteristica nel mio gruppo la ritrovo… siamo molto uniti… si lavora bene… siamo anche molto flessibili rispetto al cambiamento, rispetto agli orari… ci sappiamo adattare alle abitudini dei pazienti… poi è vero che ognuno di noi ha delle preferenze, ci sono magari dei pazienti che ti piacciono di più, alcuni di meno, ce ne sono alcuni che ti possono creare delle difficoltà… allora magari c'è un altro collega che se ne può occupare e che ti aiuta… siamo molto solidali e questo ci aiuta a lavorare bene…

I pazienti che seguiamo hanno tutti un infermiere di riferimento ed hanno anche un medico di riferimento… nel nostro servizio ce ne sono due di medici… l'infermiere di riferimento è quello che porta avanti il progetto a lungo termine per il paziente, che si occupa della cartella, per vedere che sia tutto aggiornato, per organizzare gli incontri con i medici esterni e pianificare altri appuntamenti, che tiene i contatti con la rete di supporti territoriali, colui che cerca tendenzialmente di presenziare agli appuntamenti… ma ovviamente tutti colleghi collaborano e ci si sostiene vicendevolmente sui vari pazienti…. però l'infermiere di riferimento deve osservare che le informazioni ci siano… che vengano passate e coordina il caso.

STUDENTSUPSI

Questo viene vissuto come un elemento rassicurante per il paziente che sa che ha il suo infermiere di riferimento… tutti tendiamo ad avere un buon rapporto con l'utente, però loro sapendo che hanno un infermiere dedicato, si sentono parecchio rassicurati.

Il fatto di intervenire in diversi colleghi sui diversi progetti ci permette di discutere di parlare entro il nostro servizio, di approfondire i progetti, di scambiarci idee sugli utenti che abbiamo in comune… abbiamo progetti a breve termine e progetti a lungo termine… ci confrontiamo molto e coinvolgiamo il paziente anche per organizzare il seguito della sua presa a carico ambulatoriale. Una volta terminato il nostro intervento l'utente viene agganciato o al medico psichiatra privato che ce l'aveva in cura prima, oppure al servizio XXX nel caso in cui il paziente non abbia sul territorio un medico psichiatra… si possono organizzare anche degli agganci ex novo perché alcuni soggetti, prima dello scompenso, erano solo seguiti dal medico internista che ci aveva fatto la segnalazione…. in quei casi si cerca sul territorio uno psichiatra disponibile in una zona adatta, che lo possa seguire quando noi terminiamo l'intervento, tenendo conto delle preferenze dell'utente, se preferisce uno psichiatra uomo o una donna, di quale età…. cercando di venire incontro nel limite del possibile alle sue preferenze…

Inoltre i pazienti si accompagnano anche alle visite specialistiche, se devono andare dal generalista oppure da uno specialista…

attraverso gli interventi educativi il paziente viene stimolato ad occuparsi del proprio ambiente della propria persona… inizialmente è più sostenuto… poi piano piano si sblocca la situazione…. per quelli che hanno delle difficoltà fisiche, delle inabilità, si attivano i servizi di economia domestica. Per i servizi di cure a domicilio, le loro prestazioni vengono sospese mentre ci occupiamo noi del paziente.

Tutte le situazioni un po' mi arricchiscono personalmente… a volte è stato sorprendente perché con alcuni utenti non me l'aspettavo di stabilire delle relazioni solide…. all'inizio ti sembrano molto difesi, ma alla fine, quando si avvicinava la dimissione e ci dobbiamo distaccare, sembrano dispiaciuti… mentre durante il ricovero sembrava che la tua presenza fosse di peso, alla fine vedi che non era così, che si era costruita un'alleanza e questo è bello.

Mi sembra che per gli utenti sia abbastanza difficile sganciarsi dalla nostra presa carico perché per 4-6 settimane hanno sempre avuto qualcuno che li aiutava… che andava a casa loro e da un momento all'altro si trovano non avere più questi aiuti sostegni… a volte abbiamo fatto fatica a dimettere alcuni utenti, per il legame affettivo che si era creato nei nostri confronti… è sempre necessario spiegare bene e ribadire che il nostro intervento è solo acuto, ma che non verranno abbandonati… devono avere chiaro che il nostro è un intervento che ha una durata limitata…. Che è un'alternativa al ricovero, ma che ci saranno poi anche dei sostegni territoriali…. prima della dimissione cerchiamo di abituarlo facendo una visita al giorno…. poi l'utente ha dei giorni liberi, dei giorni di "congedo" dove sta prima una notte e poi due notti senza la presenza infermieristica… poi dopo questo breve congedo si valuta com'è andato, se ci sono state delle difficoltà… cosa hanno fatto per risolverle, cosa eventualmente possiamo mettere in atto affinché non ci siano più queste difficoltà durante i prossimi congedi… ad alcuni fa bene, mentre alcuni li mette in difficoltà… però il congedo per noi è un aiuto per ridefinire i futuri obiettivi.

STUDENTSUPSI

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	offrire all'utente la presa carico domiciliare, senza distaccarlo dalla famiglia	famigliari vengono accolti con tutte le loro domande, perplessità ed ansie
	I familiari possono essere un fattore molto protettivo per l'utente	
Prossimità al paziente	l'attività è più pianificata… ci si dedica ad un utente alla volta	tutto risulta molto più sicuro per lui
	sostenuto nelle azioni di vita quotidiana ed effettuata una psicoeducazione mirata alle esigenze specifiche	l'utente al centro del progetto di cura… I pazienti che seguiamo hanno tutti un infermiere di riferimento ed hanno anche un medico di riferimento…
Autonomia di lavoro		
Efficacia dell'intervento	si conosce l'ambiente famigliare… la visone che riesci ad avere è più globale	noi li vediamo quotidianamente
Collaborazione interna	tutti colleghi collaborano e ci si sostiene vicendevolmente sui vari pazienti	ci confrontiamo molto e coinvolgiamo il paziente.
Collaborazione esterna	la dimissione che si effettua con tutte queste figure insieme, esse vengono già conosciute durante il nostro ricovero	Coinvolgiamo il paziente anche per organizzare il seguito della sua presa a carico ambulatoriale
	aggancio attuato da noi infermieri e rivolto alla presa a carico globale con la presenza medica ed infermieristica di altri servizi	
Sfide		
Tipologia dell'intervento	devi organizzarti molto meglio portando sempre tutto il materiale necessario	In ogni visita deve essere focalizzato l'obiettivo
Sviluppo personale	ogni giorno impari qualcosa di nuovo	l'utente ti dà moltissime informazioni su cui puoi riflettere, su cui puoi ricercare e sviluppare delle nuove competenze
	Negli incontri con l'utente e i famigliari se ci sono delle conflittualità andiamo in due,	

STUDENTSUPSI

	così uno gestisce l'utente e l'altro collega gestisce la famiglia… si fa da intermediari	
Efficacia del progetto	che il progetto sia efficace	che gli utenti seguiti finora non abbiano delle ricadute
	che ci riconoscano come servizio, come fonte di aiuto sul territorio	ampliamento di questo servizio in altre parti del cantone
Difficoltà		
Territoriali	territorio ampio	traffico
Prossimità al paziente		
Efficacia dell'intervento		
Coinvolgimento dei famigliari	conflittualità alta tra parenti e l'assistito per cui a volte è difficile far l'aggancio e ci vuole molto più tempo	per un genitore è molto difficile accettare che proprio figlio abbia una diagnosi grave…
	alcuni genitori o alcuni parenti sfuggono agli incontri domiciliari	
Requisiti specifici		
	competenze relazionali, di comunicazione, di mediazione	flessibili e tolleranti
	capacità di prendere contatto con gli assistenti sociali, con le commissioni tutorie	bisogna essere un'équipe molto affiatata e propositiva
Vissuti		
	benessere ottenuto dai pazienti	è stato sempre fatto un bel progetto per ogni paziente
	si era costruita un'alleanza e questo è bello	Si mi ritengo soddisfatta dell'esperienza
	Mi sembra che per gli utenti sia abbastanza difficile sganciarsi dalla nostra presa carico perché per 4-6 settimane hanno sempre avuto qualcuno che li aiutava	è molto gratificante come lavoro
	a volte abbiamo fatto fatica a dimettere alcuni utenti, per il legame affettivo che si era creato nei nostri confronti	a livello emotivo e personale ci sentiamo più esposti rispetto alla clinica

STUDENTSUPSI

		Tutte le situazioni un po' mi arricchiscono personalmente

Intervista 6

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l'approccio basato sull'Home Treatment?
Per quanto riguarda i vantaggi li suddividerei in due, nel senso: vantaggi per quanto riguarda la persona sono quelli correlati alla relazione col curante, che in questa tipologia di presa a carico è da considerarsi privilegiata caratterizzata da un momento dedicato solo al paziente. Inoltre vi è la possibilità di avere un momento specifico per la presa a carico anche della famiglia o comunque all'entourage del paziente con cui condivide tempi e spazi della quotidianità. È un rimando che trovo vantaggioso nei termini dell'aderenza ed alleanza terapeutica. Aderenza per quanto riguarda l'aspetto farmacologico e non solo. Quello che ho potuto vedere è che dei contenuti integrativi o supportivi alla terapia farmacologica, come la psicoeducazione, come accompagnamento verso l'attività lavorativa oppure un impegno del tempo o rafforzamento della rete tutto questo diventa un punto di forza che il paziente poi in autonomia può attivare e gestire. Anche nel riuscire ad identificare i prodromi di una crisi. Il vantaggio di una relazione privilegiata e di un'alleanza terapeutica che è molto veloce in termini di costruzione rispetto a quello che troviamo in un ambito stazionario. Infatti nell'ambito stazionario si hanno contemporaneamente anche le richieste delle persone ricoverate nel reparto.
L'altro vantaggio lo vedo a livello professionale, nel senso che se da parte dell'utente vi è una buona aderenza e una buona collaborazione, il nostro intervento infermieristico offre un intervento che va al di la della personalizzazione. Esso infatti è costruito, rimodellato e rivisto in funzione del bisogno del paziente di quello specifico momento. Quindi anche la gratificazione di poter modificare delle competenze, attraverso le conoscenze, modellandole per quella situazione.
Il vantaggio non è solo per il paziente e della famiglia ma anche per noi come professionisti.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
La sfida è quella di diminuire le giornate di degenza e di diminuire gli accessi all'ospedale psichiatrico partendo dal presupposto che nel ricovero in Home Treatment facciamo un percorso di psichico educazione. Esso deve rendere edotta la famiglia di cosa attivare affinché la situazione non precipiti… la sfida grossa è quella di lavorare sulle risorse della persona. Attualmente abbiamo fatto 142 ricoveri in Home Treatment dove abbiamo fatto solo 3 riammissioni entro i 30 giorni. Quindi un buon risultato anche dal momento in cui l'utente stesso in un momento di riacutizzazione chiede di essere seguiti ancora dal nostro team. Un'altra sfida è lavorare sulle nostre competenze trasversali del professionista.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
Per quanto riguarda le competenze, se pensiamo al cambiamento di ruolo che deve affrontare un infermiere passando da una presa carico stazionaria a una basata su.?

STUDENTSUPSI

Io non vedo il cambiamento di ruolo a livello infermieristico. Il ruolo è il medesimo, sono le competenze che devo sviluppare ed adattare a chi incontro. Si ha la possibilità di modellare le competenze infermieristiche che vengono ulteriormente sviluppate. Il mansionario che concerne il nostro profilo è il medesimo di quello in un ambito stazionario con la differenza che qui, le competenze, vengono sviluppate in modo diverso perché vivo l'aspetto di osservazione delle dinamiche in maniera molto più intensa. Nella presa a carico basata sull'approccio dell'Home Treatment vedo le difficoltà e le risorse della persona ed anche quelle della famiglia in maniera più chiara. Mi sono accorta che se lavori sulle difficoltà della famiglia, e sul campo, hai la possibilità di un ritorno positivo in termine di situazioni stressogene che vanno poi ad influire negativamente e portano a ricadute.
Per quanto riguarda la figura infermieristica se dovessi ricreare un nuovo team di Home Treatment, quali sono le caratteristiche specifiche andresti a cercare in un professionista?

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Il requisito specifico è che abbiano una una buona conoscenza sul campo, una pratica clinica già avviata. Non deve essere la prima esperienza perché spesso andiamo a casa della persona e troviamo situazioni che ci sorprendono, per cui il fatto di avere già esperienza in un ambito psichiatrico è un requisito fondamentale. Un altro requisito è la flessibilità e la creatività. Ci deve inoltre essere lavoro di squadra lavoro con un continuo confronto un continuo scambio mantenuto da una buona relazione. Bisogna essere capaci di integrare i vari ruoli. Lavori in autonomia per cui devi avere un grosso senso di responsabilità e per questo devi sapere bene i ruoli delle varie figure professionali presenti sul territorio e nel servizio per integrarti in maniera funzionale. C'è una maggiore integrazione dei ruoli, ad esempio l'assessment viene fatto dal medico, dall'infermiere e viene firmato un documento unico, non due separati. Abbiamo avuto la possibilità di crearci degli strumenti idonei al nostro operato sul campo. È necessario avere una buona conoscenza del territorio, conoscere i vari gruppi, non solo quelli che possono far parte della rete formale ma anche quelli della rete informale come i gruppi spontanei, i vicini di casa, le persone attive nella parrocchia di zona… queste persone sono una grossa forza in termini di risorse dei pazienti.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
Quando siamo a pieno carico, quindi con 13 o 14 utenti, è quella di limitare l'intervento per cercare di arrivare da tutti perché c'è la difficoltà del tragitto, della distanza con tutte le incognite che puoi trovare lungo la strada. Una difficoltà è quindi il territorio vasto. Poi vi sono piccole difficoltà di gestione che stiamo progressivamente risolvendo sono da imputarsi a delle difficoltà iniziali che si sono risolte grazie alla sinergia ed al lavoro fatto insieme a tutti i componenti del team. Abbiamo inoltre dovuto farci conoscere andando dai medici di famiglia, abbia dovuto costruire ed inviare delle lettere ai medici ed organizzare degli incontri serali. La difficoltà di farci conoscere come nuovo reparto era correlata sia alla novità che portiamo, sia per il "come lavoriamo". Questo processo lo continuiamo a fare nel tempo, soprattutto con i medici privati con i quali all'inizio c'è stata un po' di titubanza.

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale?
Sì molto soddisfatta per tanti motivi. Lavoro in psichiatria dall'86 in salute mentale ed in seguito ho avuto il mandato di costruire gli strumenti e di poter creare una presa a

STUDENTSUPSI

carico ottimale e il più possibile funzionale… è stata una bella sfida stato molto gratificante.

Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Ce ne sono tantissimi significativi. Significativo è trovare qualsiasi spazio per confrontarsi o trovare un momento in cui relazionarsi, ad esempio i tempi morti di colonna sono riuscita a sfruttarli per concordare degli appuntamenti da un finestrino all'altro dell'auto… oppure ricordo quando sono andata da un paziente che abita in un paesino nella valle… non riuscivo a trovare la casa e dopo aver chiamato l'utente ed avermi invitata a fermarmi nel piazzale della chiesa perché sarebbe arrivato lui a prendermi, in pochi secondi ho avuto subito aiuto dalla polizia e dai passanti. In un altro paesino ho conosciuto un signore che andava in giro con delle stampelle, dopo averlo visto tutti i giorni per una settimana, ci siamo fermati a chiacchierare… sono questi gli aneddoti belli da ricordare e sottolineare. È bello far parte di un territorio… le persone sono molto accoglienti. Tutte le volte che vado a casa di una persona mi sento ospite anche se la persona sta male, a modo suo, la sensazione che mi faccia sentire ospite è stupenda. Nonostante stiano male, disorganizzati o maniacali… fanno fatica… ma hanno la capacità di farti sentire ospite, cercano di preservarti. Tutto questo è molto bello!... oppure ricordo di aver fatto una visita in sala d'attesa in pediatria dove c'era una paziente ricoverata in Home Treatment con la sua bambina che stava facendo la chemioterapia… e io ero li con loro… oppure ricordo le visite in una baita… tutte le volte l'intervento lo devi costruire e tutte le esperienze fatte sono per me significative. È una bellissima esperienza.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	presa a carico anche della famiglia o comunque all'entourage del paziente con cui condivide tempi e spazi della quotidianità.	riuscire ad identificare i prodromi di una crisi
Prossimità al paziente	relazione col curante, che in questa tipologia di presa a carico è da considerarsi privilegiata caratterizzata da un momento dedicato solo al paziente	dei contenuti integrativi o supportivi alla terapia farmacologica, come la psico-educazione (…) diventa un punto di forza che il paziente, in autonomia, può attivare e gestire
Autonomia di lavoro		
Efficacia dell'intervento	Maggior aderenza per quanto riguarda l'aspetto farmacologico e non solo	alleanza terapeutica molto più veloce in termini di costruzione rispetto a quello che troviamo in un ambito stazionario

STUDENTSUPSI

	se da parte dell'utente vi è una buona aderenza e una buona collaborazione, il nostro intervento infermieristico offre un intervento che va al di la della personalizzazione	vedo le difficoltà e le risorse della persona ed anche quelle della famiglia in maniera più chiara
Collaborazione interna	l'assessment viene fatto dal medico, dall'infermiere e viene firmato un documento unico, non due separati	
Collaborazione esterna	rafforzamento della rete… tutto questo diventa un punto di forza	
Sfide		
Tipologia dell'intervento	rendere edotta la famiglia di cosa attivare affinché la situazione non precipiti	lavorare sulle risorse della persona
Sviluppo personale	Intervento costruito, rimodellato e rivisto in funzione del bisogno del paziente di quello specifico momento	modificare delle competenze, attraverso le conoscenze, modellandole per quella situazione
	lavorare sulle nostre competenze trasversali del professionista	vivo l'aspetto di osservazione delle dinamiche in maniera molto più intensa
	Lavori in autonomia per cui devi avere un grosso senso di responsabilità	costruire gli strumenti e di poter creare una presa a carico ottimale e il più possibile funzionale
Efficacia del progetto	diminuire le giornate di degenza e di diminuire gli accessi all'ospedale psichiatrico	se lavori sulle difficoltà della famiglia, e sul campo, hai la possibilità di un ritorno positivo in termine di situazioni stressogene che vanno poi ad influire negativamente e portano a ricadute
Difficoltà		
Territoriali	c'è la difficoltà del tragitto, della distanza	territorio vasto
Prossimità al paziente		
Efficacia dell'intervento	La difficoltà di farci conoscere come nuovo reparto era correlata sia alla novità che	

STUDENTSUPSI

	portiamo, sia per il “come lavoriamo”	
Coinvolgimento dei famigliari		
Requisiti specifici		
	modellare le competenze infermieristiche che vengono ulteriormente sviluppate	esperienza in un ambito psichiatrico
	flessibilità e la creatività	lavoro di squadra lavoro con un continuo confronto un continuo scambio mantenuto da una buona relazione
	integrare i vari ruoli (…) delle varie figure professionali presenti sul territorio e nel servizio per integrarti in maniera funzionale	buona conoscenza del territorio
Vissuti		
	Sì molto soddisfatta per tanti motivi	i tempi morti di colonna sono riuscita a sfruttarli per concordare degli appuntamenti da un finestrino all’altro dell’auto
	È bello far parte di un territorio… le persone sono molto accoglienti	Nonostante stiano male, disorganizzati o maniacali… fanno fatica… ma hanno la capacità di farti sentire ospite, cercano di preservarti
	tutte le volte l'intervento lo devi costruire e tutte le esperienze fatte sono per me significative	

Intervista 7

1. Quali sono i vantaggi che percepisce nella presa a carico dei pazienti e dei rispettivi famigliari seguiti con l’approccio basato sull’Home Treatment?
Se non è necessario un distacco ambientale credo che la cura al domicilio sia l’ideale. I vantaggi sono molteplici, spesso associati alla comprensione tangibile delle dinamiche famigliari (coi figli, coniugi, parenti..) che in clinica non hai la possibilità di avere in maniera così completa. La possibilità di visionare il nucleo famigliare ti permette di comprendere come vive la persona anche a livello igienico, se si sa gestire

STUDENTSUPSI

autonomamente o ha delle lacune nella gestione del domicilio, nella preparazione del pasto. Questi accertamenti sono essenziali per valutare se la malattia prende il sopravvento, a quel punto è evidente che l'utente non può restare al domicilio e necessita di una presa a carico stazionario. A volte a livello stazionario si crede che il paziente sia in grado di gestirsi in maniera efficace ma alla dimissione si evidenziano lacune anche evidenti. Essendo attivi sul territorio è inoltre più facile instaurare degli incontri di rete coi medici e col personale di cura privato o interno al servizio stesso.
Ho rilevato anche una buona compliance ed aderenza terapeutica, infatti i ricoveri sono volontari e se la collaborazione da parte dell'utente non è ottimale vi è la possibilità di tramutare il ricovero in stazionario. In ogni caso, se il paziente non assume la terapia, questa nostra vicinanza, ci garantisce la possibilità di accorgercene in fretta. I coatti non vengono presi a carico dal nostro servizio.

2. Quali ritiene che siano le sfide principali di questo progetto?
La sfida è avere un'utenza continua, all'inizio questo non è stato evidente proprio perché il nostro servizio non era ancora conosciuto sul territorio. Ogni tanto i medici privati ci interpretano come dei rivali, non comprendendo a pieno la nostra funzione di clinica sul territorio. Lo scetticismo iniziale si è sentito, ma ora le cose stanno migliorando e il nostro operato viene riconosciuto maggiormente dagli psichiatri privati. Inoltre non bisogna considerare l'Home Treatment come una dimissione precoce, ma come una continuazione della cura, un'alternativa alla clinica. Un'altra incognita è la questione correlata ai fattori economici e di convenienza; non si è ancora sicuri che il progetto verrà mantenuto nel tempo, anche se il ricovero è meno oneroso e i tempi di degenza sono più brevi. Gli utenti essendo già al domicilio non riscontrano difficoltà nel cambiamento di luogo, non si devono adattare ai tempi del reparto e a tutte le altre cose. Questo fatto in particolare riduce notevolmente ciò che sono le tempistiche correlate ai congedi che invece in clinica si devono per forza mantenere e valutare di volta in volta. Nella degenza di Home Treatment vi sono dei congedi dalla presa a carico, ove il paziente non viene visto dal team per diversi giorni consecutivi, in questa maniera si scala gradualmente la presa a carico senza creare un grosso stacco. Questo atteggiamento è importante nei casi in cui l'utente ha sviluppato un forte attaccamento al team curante e, qualora mancasse, si sentirebbe perso e lasciato solo a se stesso. L'ansia va valutata di volta in volta, ma se vi è la possibilità lo si aggancia ad altri servizi in maniera graduale e si dimette il paziente. Le ricadute sono meno frequenti rispetto a quello che avviene in clinica.

3. Quali sono, se ci sono, le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana?
Sicuramente la vastità del territorio, che prevede la presa a carico di pazienti sparpagliati un po' da tutte le parti. Se vi sono delle crisi da parte dei nostri utenti diviene ancora più difficile gestire gli spazi e i tempi di visita; per nostra fortuna l'equipe è molto solidale e in caso di bisogno il medico si mette a disposizione per le visite. Quindi spesso i medici vedono i pazienti in unità separate, per garantire la visita di tutti. Anche il traffico è un altro elemento di difficoltà evidente per tutto il team, il tempo di trasferta è spesso un tempo morto, che non può essere messo a disposizione al paziente. Invece, per quanto riguarda le difficoltà di presa a carico del paziente a livello domiciliari, esso si valuta all'interno dell'assessment iniziale. Potrebbero esserci dei problemi di compliance, quando alla base della patologia psichiatrica si evidenziano dei disturbi paranoici, che a causa di deliri e diffidenze, possono causare una sfuggevolezza del paziente. Nel caso in cui l'utente non si lascia trovare per più di 72 ore si calcola una dimissione immediata dal trattamento di Home Treatment. Ma questo

STUDENTSUPSI

è capitato solo un paio di volte ed ha causato un ricovero stazionario in Clinica. Lo stesso paziente ha poi richiesto in seguito nuovamente il ricovero in Home Treatment, che è poi andato bene. I nostri sono sempre ricoveri volontari e se i pazienti hanno bisogno di maggiori cure si valutano altri approcci, altre prese a carico, con altre soluzioni ed interventi.

4. Cosa cambia per il ruolo infermieristico tra un approccio in clinica, o in ambulatorio, e quello dell'Home Treatment?
La presa a carico è molto intensiva. Il setting è differente per cui vi è un tempo privilegiato per il paziente stesso e per i propri famigliari; se necessario il famigliare viene invitato a dare privacy al paziente. Si riesce paradossalmente a dedicargli più tempo che in clinica, dove invece spesso si viene disturbati da terze persone o da richieste esterne; all'interno del domicilio la visita ha delle tempistiche più ristrette ma più valorizzanti ed intense.
Si riesce a valutare come va effettivamente il paziente all'interno del suo domicilio.

5. Se lei dovesse scegliere il personale infermieristico per costituire un team di Home Treatment, quali requisiti specifici cercherebbe nei candidati?
Il candidato ideale deve sicuramente avere una certa esperienza per potersi giostrare da soli e giostrare in situazioni complesse o in acuzia. Bisogna riuscire a gestire una situazione di crisi a qualsiasi orario, anche di notte, quando si è da soli e quando non si può contare sull'aiuto o il supporto di altri colleghi in tempi brevi, come invece accade in clinica. Un altro fattore importante trovo che sia la flessibilità nel combinare le esigenze del paziente e quelle del servizio; avere una visione di globale di tutte le persone che si hanno a carico e di tutte le cose che si devono fare durante il turno e durante la settimana. Di seguito è fondamentale la conoscenza del territorio dove si deve operare. Questo ovviamente è finalizzato alla gestione delle tempistiche e del posizionamento degli appuntamenti dati ai pazienti; bisogna essere in grado di in considerare le distanze tra ogni abitazione ed il luogo in cui bisogna recarsi nel turno. La pianificazione devi quindi tenere conto del territorio, deve essere logica e coordinata.

6. Si ritiene soddisfatto di questa nuova esperienza professionale?
Si, prima ero all'interno dell'equipe che gestiva le acuzie all'interno della clinica, ove però vi erano tanti casi coatti e l'aggressività era tangibile. In questo caso invece abbiamo dei ricovi volontari in regime di Home Treatment e questo è sicuramente facilitante. In quei pochi casi ritenuti a rischio si giunge al ricovero stazionario… prima lavoravo nell'équipe mobile, che funge da supporto agli altri reparti per la presa a carico delle ammissioni dei ricoveri coatti difficili da gestire. Ho sempre desiderato andare a lavorare sul territorio. Ed ora che ci lavoro la trovo una situazione molto stimolante.

Vorrebbe raccontarmi un'esperienza che è stata per lei particolarmente significativa?
Molti sono gli aneddoti divertenti successi non solo a me stesso ma anche ai miei colleghi. A volte ci perdiamo all'interno di paesini, anche piccoli, ma pieni di stradine e viuzze. Abbiamo avuto dei pazienti che ci accoglievano in maniera molto famigliare rifornendoci ad ogni incontro di biscotti. Gli utenti a casa loro sono molto più spontanei e vivono con intensità e vicinanza i rapporti coi curanti. Troviamo anche degli animali domestici molto o troppo accoglienti che ci riempiono di affettuosità, anche se a dei miei colleghi non piace molto, o altri hanno paura di certi animali domestici. Si prende a carico davvero tutta la famiglia e si entra nella loro vita quotidiana… si cerca sempre di

accogliere le esigenze dei famigliari, facendo anche a loro della psicoeducazione per spiegare la patologia che ha l'utente. Le disfunzionalità all'interno della famiglia si ripercuotono sul benessere e sulla qualità di vita non solo dell'utente ma di tutto il nucleo famigliare.

. **Tabella d'estrapolazione dati**

Vantaggi		
Coinvolgimento dei famigliari	tanti familiari hanno difficoltà a capire la malattia, come si manifesta, cosa si può fare e su questo possiamo lavorare tanto!	Vediamo il paziente… l'interazione con i parenti e sappiamo cosa riportano i parenti stessi; per cui abbiamo un approccio più globale e completo
	la presa carico dei familiari	
Prossimità al paziente	Cambia anche come tu ti poni verso il paziente, la tua attitudine cambia, la relazione diventa molto più intima e personale… c'è più vicinanza.	Per prevenire le ricadute è necessario un buon lavoro di psicoeducazione non solo col paziente ma con tutti i familiari
	qui possiamo vedere tutte le difficoltà sia livello di struttura sia a livello di inserimento nella società del paziente	
Autonomia di lavoro		
Efficacia dell'intervento	entriamo in casa degli altri, nel loro territorio, per cui sono i pazienti a gestire le regole	il funzionamento della famiglia, la gente appare genuina e naturale al domicilio
Collaborazione interna		
Collaborazione esterna		
Sfide		
Tipologia dell'intervento	ci sono alcune situazioni dove devi mediare	qui sono da solo al più con un collega
Sviluppo personale	devi cercare di capire come entrare in casa di qualcun'altro e come sentirti sicuro nell'approccio	l'importante è che cambi il tuo atteggiamento che ti conformi al diverso

STUDENTSUPSI

		ambito di lavoro e alle diverse regole
	ti confronti con le tue aree di miglioramento	devi cercare di centrare l'obiettivo nei vari colloqui
	la mia capacità di gestire la situazione in maniera professionale	
Efficacia del progetto	potenziare il servizio territoriale sia in fase acuta che in fase cronica	dimostrare che è un servizio che ha una sua validità
difficoltà		
Territoriali	il territorio pone delle distanze per cui se non si organizza in modo preciso ti trovi in difficoltà	Qui le distanze sono lunghe i tempi non sono semplici da conciliare
Prossimità al paziente	Ci sono situazioni in cui ci sono conflitti tra parenti o tra coniugi in cui ti senti a disagio e allora devi cercare di incanalare la discussione su un concetto terapeutico non più sul conflitto personale.	a volte ti scambiano per una dama di compagnia, banalizzano il senso terapeutico del colloquio
Efficacia dell'intervento	L'aspetto organizzativo è la cosa più difficoltosa	…facendo parte della famiglia, a volte si perde un po' il senso terapeutico delle visite da parte dei familiari e del paziente.
	destreggiarsi a livello amministrativo	
Coinvolgimento dei famigliari	conflitti famigliari che sono cristallizzati	
Requisiti specifici		
	Bisogna avere molto autocontrollo	saperci controllare trattenere le nostre emozioni per gestire la situazione
	c'è bisogno di tanta motivazione	devi avere una maggiore flessibilità, bisogna essere fantasiosi, sapersi adattare
	coniugare la creatività con la capacità di riflessione, per riuscire a risolvere situazioni che sembrano molto complesse	
Vissuti		

STUDENTSUPSI

	Mi trovo molto mio agio in questo progetto	ho sempre avuto la percezione di essere accolto molto bene dalle famiglie
	Lo trovo comunque stimolante	Credo di avere imparato tantissimo dei pazienti a volte sono loro che mi hanno insegnato lavorare
	Sono molto soddisfatto	Da una situazione… sono uscito affaticato, ma anche molto soddisfatto… ci sono anche situazioni in cui siamo stati per sei ore in un giorno con un solo paziente

Consenso informato (modello)

Home Treatment: gli sviluppi dei modelli d'intervento ed il ruolo dell'infermiere

Gentile Signora, egregio Signore,

mi rivolgo a Lei per chiederle se è disposto a partecipare ad un'intervista per il mio lavoro di tesi, bachelor in cure infermieristiche.
Il mio elaborato si focalizza sugli sviluppi dell'Home Treatment, con particolare attenzione all'approfondimento dell'esperienza infermieristica.
La sua partecipazione a questa intervista è volontaria. La mancata partecipazione non avrà nessun tipo di conseguenza per lei. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento dallo studio senza dover fornire alcuna motivazione.
Lo studio garantirà l'anonimato e il rispetto del segreto professionale in ottemperanza a tutte le disposizioni legislative in materia di protezione dei dati.

Se decide di partecipare le chiedo gentilmente un appuntamento per poterci incontrare.
L'intervista durerà circa mezz'ora.
La conversazione sarà registrata per facilitare l'analisi dei dati. Il materiale registrato sarà cancellato alla fine del lavoro di tesi, mentre verrà conservata la trascrizione allegata all'elaborato finale.

Le ricordo che ha la facoltà di porre domande in qualsiasi momento. Qui di seguito trova il mio contatto:

Lavinia Bonzano
Studentessa in Cure infermieristiche SUPSI/DEASS
6713 Malvaglia
lavinia.bonzano@student.supsi.ch

la ringrazio fin d'ora per la sua attenzione e la sua eventuale collaborazione.

☐ Accetto di rispondere all'intervista *

☐ Non accetto di rispondere all'intervista

* Ho letto e compreso le informazioni contenute nella lettera che mi è stata consegnata.

Con la presente firma acconsento a partecipare allo studio della studentessa Lavinia Bonzano nell'ambito della formazione in cure infermieristiche, DEASS (SUPSI).

Luogo e data:

Firma: _____

STUDENTSUPSI

Lettera di presentazione al team di Home Treatment

Gentili signore, egregi Signori,

durante il corso di laurea in cure infermieristiche sono venuta a contatto con diversi pazienti, che presentavano differenti forme di sofferenza psichica.

Ho potuto constatare come le manifestazioni psicopatologiche possano disorientare il personale di cura, specialmente nei reparti di medicina somatica. Ho notato inoltre come una crisi psichiatrica inneschi spesso delle spinte espulsive nell'ambiente sociale in cui la persona si trova inserita. Pertanto, quando sono venuta a conoscenza dell'Home Treatment, sono rimasta positivamente sorpresa. Ho voluto quindi comprendere in profondità questa realtà mediante la ricerca riportata nella mia tesi di laurea.

L'elaborato scritto si compone di una prima parte, nella quale conduco un'analisi della letteratura internazionale sul tema. In questa sezione ricostruisco le principali tappe attraverso le quali si è arrivati allo sviluppo degli attuali modelli d'intervento in Home Treatment. Cito alcuni studi che riportano diverse strategie d'intervento, le particolarità di questo sistema di cura, la composizione di differenti équipe, il rapporto all'interno dei servizi psichitrici, le prove di efficacia.

La seconda parte della tesi si pone l'obiettivo di raccogliere e descrivere l'esperienza concreta di un team svizzero: per questo scopo chiedo cortesemente la vostra preziosa collaborazione.

Desidero intervistare il personale infermieristico delle vostra équipe ponendo alcune semplici domande aperte. Esse sono finalizzate ad approfondire i vostri vissuti, le particolarità del vostro intervento, i riscontri positivi, le sfide e le eventuali difficoltà che questa modalità di cura vi pone dinnanzi. Lo scopo è ottenere riflessioni concrete su quanto sperimentate nella vostra pratica quotidiana. Da queste interviste emergeranno l'esperienza e le considerazioni di chi è attivo in una realtà del nostro paese, materiale prezioso per concludere le riflessioni del mio elaborato.

Per garantire la confidenzialità dei dati, i testi raccolti verranno resi completamente anonimi. Ho reputato corretto eliminare anche qualsiasi riferimento geografico, per cui nella tesi si parlerà dell'intervista ad un generico "gruppo di Home Treatment svizzero". Le interviste verranno registrate, trascritte ed infine eliminate. Ad ogni partecipante sarà sottoposto un modulo per il consenso informato.

Resto in attesa di un vostro riscontro, vi ringrazio e saluto cordialmente.
Lavinia Bonzano

Lettera di consenso per procedere alle interviste

Malvaglia, 24 giugno 2017

Gentile signora G.,

sono una studentessa di cure infermieristiche presso la SUPSI-DEASS giunta al termine del mio percorso accademico ed in procinto di terminare la scrittura della tesi di bachelor. Durante questi anni in SUPSI sono venuta a contatto con diversi pazienti, che presentavano differenti forme di sofferenza psichica.
Ho potuto constatare come le manifestazioni psicopatologiche possano disorientare il personale di cura, specialmente nei reparti di medicina somatica. Ho notato inoltre come una crisi psichiatrica inneschi spesso delle spinte espulsive nell'ambiente sociale in cui la persona si trova inserita. Pertanto, quando sono venuta a conoscenza dell'Home Treatment, sono rimasta positivamente sorpresa. Ho voluto quindi comprendere in profondità questa realtà mediante la ricerca riportata nella mia tesi di laurea.
L'elaborato scritto si compone di una prima parte, nella quale conduco un'analisi della letteratura internazionale sul tema. In questa sezione ricostruisco le principali tappe attraverso le quali si è arrivati allo sviluppo degli attuali modelli d'intervento in Home Treatment. Cito alcuni studi che riportano diverse strategie d'intervento, le particolarità di questo sistema di cura, la composizione di differenti équipe, il rapporto all'interno dei servizi psichitrici, le prove di efficacia.

La seconda parte della tesi si pone l'obiettivo di raccogliere e descrivere l'esperienza concreta di un team svizzero.

Desidero intervistare il personale infermieristico dell'équipe di Home Treatment ponendo alcune semplici domande aperte. **Le invio dunque la richiesta di consenso per procedere alla somministrazione delle interviste.**
Esse sono finalizzate ad approfondire i vissuti degli infermieri, le particolarità dell'intervento, i riscontri positivi, le sfide e le eventuali difficoltà che questa modalità di cura pone. Lo scopo è ottenere riflessioni concrete su quanto sperimentato nella pratica quotidiana. Da queste interviste emergeranno l'esperienza e le considerazioni di chi è attivo in una realtà del nostro paese, materiale prezioso per concludere le riflessioni del mio elaborato.

Per garantire la confidenzialità dei dati, i testi raccolti verranno resi completamente anonimi. Ho reputato corretto eliminare anche qualsiasi riferimento geografico, per cui nella tesi si parlerà dell'intervista ad un generico "gruppo di Home Treatment svizzero". Le interviste verranno registrate, trascritte ed infine eliminate. Ad ogni partecipante sarà sottoposto un modulo per il consenso informato.

Resto in attesa di un suo consenso per procedere alle interviste.
Ringrazio e saluto cordialmente. Lavinia Bonzano

Allegati: - lettera di presentazione per il personale infermieristico - domande intervista - consenso informato

STUDENTSUPSI