

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento di Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di Laurea in Cure Infermeristiche
Bachelor Thesis

***I PARI PER ESPERIENZA IN SALUTE MENTALE
COME POSSIBILE SUPPORTO ALLA PSICHIATRIA***

di Lucia Biondina
Direttore di Tesi: Alessandro Guidali

Anno Accademico 2022-2023
Manno, 6 agosto 2023



La realtà è uno stato d'animo che a volte puoi scegliere di condividere.

Abstract

Background

I Pari per esperienza in salute mentale (PPSM) è una possibile componente dell'équipe interprofessionale in psichiatria. Questa figura è una persona che ha un'esperienza diretta con il vissuto di un disagio psichico e che si trova in una buona fase di recupero personale di *Recovery*. Attraverso alla sua esperienza si mette a disposizione per aiutare persone che stanno vivendo un momento di importante fragilità psichica.

Scopo e obiettivi

- Definire i PPSM in diverse circostanze evidenziandone il ruolo e la collaborazione con l'équipe interprofessionale e soprattutto con la figura dell'infermiere in salute mentale e psichiatria.
- Descrivere i possibili benefici che i PPSM in salute mentale offrono a persone che stanno attraversando una fase importante di fragilità psichica.

Metodologia

Revisione di letteratura con parole chiave quali: *peer worker, mental health, Recovery, benefits, efficacy, outcomes*. Sono stati selezionati sei articoli pertinenti con i criteri di inclusione ed esclusione.

Risultati

La figura del PPSM evidenzia:

- Una maggiore continuità terapeutica da parte dell'utente nell'aderire al piano terapeutico.
- Viene riferita da parte dell'utenza una percezione soggettiva migliore rispetto alla salute e alla qualità di vita in modo rilevante.
- L'inserimento nell'équipe della figura dei pari per esperienza in salute mentale risulta difficoltosa sia dall'équipe interprofessionale che da parte dei PPSM.

Conclusioni

Questa revisione di letteratura dimostra la necessità di indagare ulteriormente la varietà e i benefici degli interventi dei PPSM, sia all'interno dell'équipe interprofessionale, e nello specifico nell'équipe infermieristica.

Parole chiave: *Peer, peer worker, Recovery, quality of life, benefits, mental health, psychiatry, interdisciplinary work.*

Indice

Abstract	0
Introduzione	1
Motivazioni.....	1
Scopo.....	1
Obiettivi.....	2
Metodologia.....	2
Capitolo 1	3
1.1 La Salute e la salute mentale.....	3
1.2 L'individuo, la malattia mentale e la società.....	4
1.3 La salute mentale in cifre.....	6
1.3.1 A livello mondiale.....	6
1.3.2 A livello europeo.....	7
1.3.3 A livello svizzero.....	7
1.4 Sviluppo storico.....	10
1.5 La riabilitazione psichiatrica.....	14
1.6 Il <i>Recovery</i> e i Pari Per Esperienza in Salute Mentale.....	15
1.6.1 Nascita del <i>Recovery</i>	15
1.6.2 Obiettivi del percorso di <i>Recovery</i>	16
1.6.3 I Pari Per Esperienza in Salute Mentale.....	16
1.7 Ruolo e funzioni infermieristiche in salute mentale e l'équipe interprofessionale.....	20
Capitolo 2	23
2.1 Metodologia di ricerca: revisione di letteratura.....	23
2.2 Obiettivi e quesito di ricerca.....	24
Capitolo 3	27
3.1 Risultati.....	27
3.2 Analisi e discussione dei risultati.....	38
3.2.1 <i>Peer</i> e utenza.....	38
3.2.2 <i>Peer</i> , équipe interprofessionale e istituzione.....	40
3.3 Considerazioni personali.....	42
3.3.1 Pari per esperienza come valore aggiunto.....	42
3.3.2 Implicazioni per operatori e istituzioni.....	42
3.3.3 Pari per esperienza e infermieri: ruoli diversi e obiettivi comuni.....	44
3.4 Possibili sviluppi futuri.....	45
3.5 Conclusioni.....	47

Ringraziamenti	49
Bibliografia	50
Bibliografia immagini, grafici e tabelle	53
Allegati	54
Competenze finali per le professioni sanitarie SUP	54

Introduzione

Motivazioni

Per spiegare le motivazioni che mi hanno spinto a scegliere questo tema come lavoro di tesi, trovo importante condividere parte del percorso personale e professionale vissuto fino ad oggi.

Una parte del primo anno in cure infermieristiche, prima di frequentare la SUPSI, l'ho svolta presso l'HES *La Source* a Losanna. Qui, per la prima volta, ho incontrato due *Pair Praticienne en Santé Mentale* (PPSM) e da allora il mio interesse riguardo a questa pratica è cresciuto. In seguito, al secondo anno SUPSI, ho svolto il secondo stage presso il Centro Salute Mentale (CSM) di Trento. Durante questo periodo di pratica ho definitivamente deciso di orientare il mio lavoro di tesi al tema della salute mentale. In particolare, il mio interesse si è indirizzato verso la figura che a Trento è conosciuta come Utenti e Familiari Esperti (UFE) e che in Ticino e in Svizzera tedesca è chiamata con il termine inglese di *peer*, mentre in Svizzera romanda con il termine di *Pair Praticienne en Santé Mentale* (PPSM).

Ho deciso di dedicare le mie attenzioni al tema della salute mentale anche perché all'età di vent'anni mi sono confrontata con la mia esperienza di malattia per la prima volta. Sono stata ricoverata in una clinica psichiatrica, dove ho potuto vivere in prima persona l'esperienza del ricovero ed il conseguente reinserimento ed inclusione all'interno della società.

Avendo già deciso in precedenza di voler diventare un giorno infermiera, dopo alcune riflessioni, condivise con medici, psicoterapeuti, amici e famigliari mi sono resa conto che più il tempo passa con-vivendo con questa mia malattia e affrontandola con il giusto sostegno, più acquisisco abilità nel non renderla un limite alla mia vita quotidiana. Mi spingo a dire che addirittura può diventare un punto di forza; infatti, nel corso del mio secondo stage, svolto nel reparto di salute mentale, la mia referente, che era a conoscenza della mia situazione personale, ha sottolineato come non solo la mia condizione non mi impediva di svolgere il mio dovere di allieva infermiera ma addirittura come questa mi facilitasse nel relazionarmi con gli utenti e rendesse più affine la mia capacità di osservazione.

Le motivazioni principali che mi spingono ad affrontare e a sviluppare questo tema sono le seguenti: da una parte un grande interesse personale e professionale nei confronti della relazione terapeutica sul lungo termine e nel modo in cui essa viene declinata nel contesto della salute mentale. D'altra parte, vi è la curiosità di indagare la possibilità di integrare all'interno di un'équipe multiprofessionale persone che hanno vissuto e/o che tuttora convivono con una problematica mentale e che sono di supporto a pazienti e familiari in momenti di difficoltà; questo lavoro per me è fonte di speranza.

Scopo

Questo lavoro di tesi ha lo scopo di evidenziare i benefici dei Pari per esperienza in salute mentale, da ora abbreviato con l'acronimo PPSM, nel contesto della salute mentale attraverso una revisione di letteratura di riferimento. Inoltre, mira a comprendere il ruolo

che questa figura potrebbe assumere all'interno dell'équipe interprofessionale, in particolare la collaborazione con l'infermiere in salute mentale.

Obiettivi

Gli obiettivi di questo lavoro di tesi sono:

- Chiarire e descrivere il ruolo dei PPSM;
- Evidenziare i possibili benefici dei PPSM rispetto alle persone che convivono con un disagio psichico e come essi possano essere di aiuto nei confronti di altre persone che stanno attraversando un momento di fragilità psichica importante;
- Riflettere sul ruolo che queste figure possono assumere nella collaborazione con l'infermiere in salute mentale.

Metodologia

Il processo che si è seguito per la stesura di questo lavoro è stato in primo luogo la ricerca di materiale valido per quanto concerne il quadro teorico di riferimento, confrontandomi con il tutor di tesi, estrapolando e facendo emergere i concetti necessari alla comprensione della tematica. Terminata questa parte si è poi svolta una revisione di letteratura attraverso articoli scientifici; messi poi a confronto per poter sviluppare delle riflessioni e delle considerazioni a riguardo della tematica scelta.

Capitolo 1

1.1 La Salute e la salute mentale

Non si può non iniziare dicendo che non si dovrebbe parlare di salute senza parlare di malattia e viceversa. La definizione di salute non va intesa unicamente dal punto di vista somatico e non può essere misurata solamente con alcuni indicatori tangibili (WHO, World Health Organization, 2022). L'Organizzazione mondiale della Salute definisce la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia (...) La salute è la capacità di soddisfare i propri bisogni e di interagire e di adattarsi con l'ambiente circostante”* (WHO, World Health Organization, 2022).

Questo concetto di “completo benessere” appare utopico e Seppelini preferisce definire la salute come *“una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”* (citato in Simonelli & Simonelli, 2010, p.120).

In vista dei temi che saranno affrontati è importante ricordare anche la definizione di promozione della salute data dalla carta di Ottawa che *“(...) è vista e costruita in un'ottica di comunità, dove lo stesso portatore di disagio promuove il proprio benessere nel contesto quotidiano in cui vive e apre un fronte di fiducia sul futuro”* (citata in Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017, p.17).

Definire salute e malattia non è dunque semplice; di conseguenza ancora più complesso è tentare di definire salute mentale e malattia mentale. I disturbi mentali potrebbero essere definiti attraverso criteri diagnostici trovati come elenco puntato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) o nella Classificazione Internazionale delle malattie (ICD), ma non è il senso di questo scritto.

Anche nel campo della salute mentale molti autori si rifanno al concetto visto sopra di benessere. Keyes, ad esempio, parla di benessere emotivo, psicologico e sociale, o più semplicemente di soddisfazione per la propria vita, la realizzazione del proprio potenziale e le relazioni con altri e l'inserimento nella società (citato in Schuler, Tuch, & Peter, 2020, p.7). Mentre per quanto concerne il concetto di malattia mentale si considera la compromissione del funzionamento quotidiano, come pure le possibili alterazioni di percezioni, pensieri, emozioni e comportamenti (ProMenteSana, ENSA, 2020). Inoltre, è necessario considerare anche la sofferenza soggettiva vissuta dall'individuo (Ibidem). Risulta quindi chiaro che non è sempre evidente capire quale sia il confine che separa fra ciò che è salute e cosa invece è malattia (Schuler, Tuch, & Peter, 2020).

Per poter stabilire una diagnosi i sintomi devono presentarsi con un certo grado di gravità e di intensità, permanere per un certo periodo di tempo e/o ripresentarsi con una certa frequenza (Ibidem). Inoltre, è anche necessario considerare il contesto socioculturale di vita dell'individuo, che potrebbe anche andare a riflettersi nella compromissione della vita sociale e lavorativa (Schuler, Tuch, & Peter, 2020). Oltre a ciò, si differenziano ulteriormente i termini disturbo mentale e malattia mentale/psichica; nel contesto psichiatrico si usa spesso il termine disturbo mentale e disagio psichico, che sottolinea la disfunzione; invece, la nozione di malattia mentale si riferisce per estensione al decorso della malattia, al trattamento e alla cura dell'individuo (Ibidem).

1.2 L'individuo, la malattia mentale e la società

Tutte quelle persone che non scelgono per forza di interessarsi professionalmente a ciò che concerne salute e malattia, ma che in un modo o in un altro si ritrovano nella malattia ed alle connotazioni sociali ad esse legate: malato, paziente, utente, invalido, disabile... e, vedremo in seguito, PPSM meritano di essere considerate (Giarelli & Venneri, 2009). Lo psichiatra italiano De Stefani, nel documentario *“Gli Utenti ed i Familiari Esperti (UFE), un nuovo approccio nella salute mentale”*, dice: *“(...) mentre il lavoro degli operatori è stato scelto da loro e hanno intrapreso un percorso di studi per imparare determinati elementi, l’UFE diventa tale perché la malattia l’ha incontrata senza averlo voluto, ma della malattia ne è diventato un esperto. (...) Il riconoscimento del sapere esperienziale che è la chiave di lettura dell’UFE, tanto più questo si mescola con il sapere professionale, tanto più porta a dei risultati vincenti”* (Lauber, 2010).

Quando si parla di malattia, e di salute, possiamo rilevare i tre protagonisti che hanno grande influenza quando ci si riferisce ad essa e cioè: la persona malata e la sua esperienza soggettiva di malattia (*illness*), la patologia medica (*disease*) ed il riconoscimento dell'individuo in quanto malato da parte del contesto sociale in cui vive (*sickness*), tutte tre le componenti dialogano tra loro in quello che viene definito *“triangolo terapeutico”* (Giarelli & Venneri, 2009).

La malattia è un fenomeno che coinvolge più soggetti: individuo, medicina e società sono tutte implicate.

Secondo l'antropologo Augé *“Il paradosso è costituito dal fatto che la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi (...). Pensare alla malattia significa fare già riferimento agli altri”* (citato in Giarelli & Venneri, 2009, p.232).

L'adattamento alla malattia è un percorso dinamico tra l'individuo e l'ambiente che lo circonda (Saiani & Brugnonli, 2013). La comparsa di una malattia per ogni soggetto che ne è colpito comporta molte trasformazioni e la modalità con la quale il soggetto si avvicina alla malattia dipende da vari elementi come, per esempio, dal temperamento della persona, dal vissuto personale, dalla cultura di riferimento, dalle persone che stanno a lui vicino (Ibidem). Il passaggio alla malattia comporta dei mutamenti a livello della qualità di vita inclusi possibili impatti sul funzionamento sociale, in particolare all'interno del nucleo familiare e nel contesto lavorativo (Saiani & Brugnonli, 2013).

Il sostegno familiare, la riabilitazione e l'educazione terapeutica sono di fondamentale importanza in questo processo, coinvolgendo sia il paziente sia la sua rete di supporto (Saiani & Brugnonli, 2013). Nella gestione dei pazienti affetti da malattie croniche, sia gli operatori sanitari sia gli utenti dei servizi cercano di adottare un approccio collaborativo, programmando incontri regolari, garantendo continuità delle cure al di fuori dell'ambito acuto e favorendo un approccio integrato alla malattia (ibidem). L'obiettivo è aiutare il paziente a prendere maggiore consapevolezza della propria condizione e sostenere il suo desiderio di raggiungere il più alto grado di autonomia possibile (Saiani & Brugnonli, 2013).

Il diagramma di Maturo rende visibili le interazioni delle tre declinazioni che può assumere la malattia, cioè la malattia come percepita dal malato (*illness*), la malattia clinica (*disease*) ed il suo impatto sociale (*sickness*) (citato in Giarelli & Venneri, 2009, p.237).

I principali disturbi psichici che possono alterare l'armonia dell'equilibrio mentale e che possono rientrare nei vari sottoinsiemi della combinatoria DIS (vedi immagine 1) sono:

- Disturbi dell'umore (ad esempio, depressione) (Giarelli & Venneri, 2009).
- Disturbi d'ansia (ad esempio, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo) (Giarelli & Venneri, 2009).
- Disturbi psicotici (ad esempio, schizofrenia) (Giarelli & Venneri, 2009).
- Disturbi di personalità (ad esempio, disturbo borderline di personalità) (Giarelli & Venneri, 2009).
- Disturbi della condotta alimentare (ad esempio, bulimia) (Giarelli & Venneri, 2009).
- Disturbi legati a sostanze (ad esempio, dipendenza da alcol) (Giarelli & Venneri, 2009).

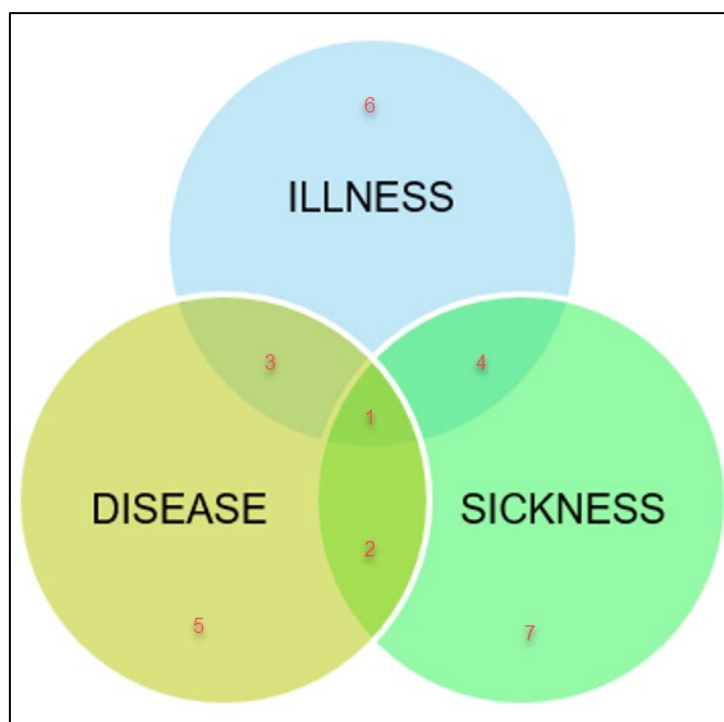


Immagine 1. La combinatoria DIS (*Disease-Sickness-Illness*) modificata da Biondina Lucia.

Come si può vedere la combinatoria DIS comprende sette dimensioni. Di questi sono trattati di seguito cinque sottoinsiemi ritenuti rilevanti con il tema di questo lavoro di tesi.

- 1) ***Disease-Sickness-Illness***: questo è il caso più favorevole in quanto vi è il riconoscimento della malattia sia dal punto di vista personale (malato), medico/clinico e sociale (Giarelli & Venneri, 2009).

I casi che seguono sono invece più problematici:

- 2) ***Disease-Sickness***: si constata che non vi è l'inclusione di *illness*; quindi, non vi è, da parte della persona malata, l'accettazione e/o la consapevolezza e/o la critica di malattia. (Giarelli & Venneri, 2009).
- 3) ***Disease-Illness***: in questo sottoinsieme manca invece il riconoscimento sociale di una malattia, la quale non è riconosciuta a livello della società perché considerata

come un malanno minore come, per esempio, sindrome premestruale o ansia anticipatoria. Per il soggetto colpito possono rappresentare, però, più di un malanno minore, ma una vera causa di malessere ed in alcuni casi anche disabilitanti (Giarelli & Venneri, 2009).

- 6) **Illness**: in questo scenario vi è unicamente la malattia come percezione della singola persona. Due esempi sono ansia e umore deflesso (Giarelli & Venneri, 2009). Le limitazioni causate dalla malattia e dalla sofferenza mentale, difficilmente riconoscibili dalla società, portano spesso a pensare che questi soggetti non sono realmente malate e sofferenti (ProMenteSana, ENSA , 2020).
- 7) **Sickness**: qui è la società a determinare ed inglobare tutte quelle situazioni cui non vi è la formulazione di una diagnosi medica e nemmeno una percezione personale di malattia (Giarelli & Venneri, 2009). Si tratta spesso di situazioni in cui la società tende verso la stigmatizzazione come, per esempio, l'omosessualità (Ibidem).

Le limitazioni causate dalla malattia mentale non sono sempre riconosciute dalla società per cui spesso portano a pregiudizi e stigma (ProMenteSana, ENSA , 2020).

1.3 La salute mentale in cifre

È utile e necessario proporre una sintesi di alcuni dei dati a disposizione per comprendere in modo più approfondito quali siano le cifre e come sia l'andamento epidemiologico dei disturbi mentali.

Queste analisi sono importanti per poi stabilire un piano di prevenzione efficace e di promozione della salute adeguate, nonché decidere il trattamento più idoneo e quali offerte di trattamento possono essere migliorate (Schuler, Tuch, & Peter, 2020). Va detto anche che in Svizzera le cifre raccolte per indagare ciò che riguarda la salute psichica e la malattia mentale sono limitate (ProMenteSana, ENSA , 2020).

È importante notare che le statistiche sulla salute mentale possono variare notevolmente da paese a paese e da regione a regione, a seconda di fattori come la cultura, l'accesso alle cure e la disponibilità di risorse sanitarie (ProMenteSana, ENSA , 2020). Pertanto, queste cifre devono essere considerate come stime generali e non come una rappresentazione precisa della situazione in ogni singolo paese o regione (Ibidem).

Di seguito alcune cifre e statistiche sulla salute mentale.

1.3.1 A livello mondiale

- Si stima che circa una persona su otto vive con un disturbo mentale e che circa una persona su quattro nel mondo avrà problemi di salute mentale in un momento della sua vita (WHO, Mental Health, 2023).
- Nel 2017 circa 792 milioni di persone nel mondo erano affette da problemi di salute mentale, il che rappresenta circa il 10,7% della popolazione mondiale e le malattie mentali rappresentano la principale causa di disabilità a livello globale, rappresentando il 23% dell'intero carico di disabilità nel mondo (WHO, Mental Health, 2023).
- La depressione è la principale causa di disabilità nel mondo e contribuisce a un significativo carico di malattie. Circa 264 milioni di persone nel mondo soffrono di depressione (WHO, Mental Health, 2023).

- Nella classificazione del carico di malattia, le malattie psichiche, come la depressione, l'ansia, la schizofrenia e i disturbi bipolari, sono considerate una delle principali cause di disabilità nel mondo (WHO, Mental Health, 2023).
- L'ansia è un'altra forma comune di disturbo mentale e circa 275 milioni di persone nel mondo ne soffrono (WHO, Mental Health, 2023).
- Il suicidio è una delle principali cause di morte nel mondo e circa 800.000 persone muoiono ogni anno per suicidio (WHO, Mental Health, 2023).
- La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale delle persone in tutto il mondo, con un aumento dei casi di depressione, ansia e stress (WHO, Mental Health, 2023).

1.3.2 A livello europeo

I dati tabellati sottostanti danno un'idea quantitativa delle persone che in Europa soffrono di un disturbo psichico durante il periodo di un anno (ProMenteSana, ENSA , 2020).

Diagnosi Psichiatriche	Prevalenza UE in %
Disturbi di Ansia	14.0
Disturbi Affettivi	7.8
Dipendenza (dipendenze da alcol)	3.0
Disturbi Psicotici	1.2
Disturbi della Personalità	0.6 – 0.7

Tabella 1. Statistica Diagnosi Psichiatriche (ProMenteSana, ENSA , 2020).

L'Osservatorio svizzero della salute (OBSAN) sostiene che (OBSAN, 2023):

- I disturbi psichici sono al terzo posto per carico di malattie in Europa. Il fatto che le malattie psichiche siano al terzo posto come carico di malattia in Europa indica che, dopo le malattie cardiovascolari e le malattie oncologiche, sono considerate una delle principali sfide per la salute pubblica a livello globale (OBSAN, 2023).
- Sempre in Europa, secondo l'OMS, le malattie psichiche rappresentano una delle principali cause di disabilità (WHO, Mental Health, 2023).
- Circa l'80% dei suicidi in Europa si pensa essere correlato a disturbi mentali (WHO, Mental Health, 2023).
- I costi diretti e indiretti sono stimati a oltre 600 miliardi di euro all'anno, questi includono spese sanitarie, perdite di produttività e impatti socioeconomici derivanti dalle disabilità associate ai disturbi mentali (WHO, Mental Health, 2023) (Schuler, Tuch, & Peter, 2020).

1.3.3 A livello svizzero

Una panoramica circa le condizioni della salute psichica risulta molto complicata, sia per carenza di dati, sia perché molte persone afflitte non ricorrono a cure (ProMenteSana, ENSA , 2020). Ciononostante, sono disponibili i seguenti dati riguardanti la Svizzera:

- Circa il 20% della popolazione svizzera ha sofferto di un disturbo mentale nell'arco della vita (Andreani, 2022).
- Si stima che il 17% della popolazione in Svizzera soffra di almeno un disturbo psichico, molte di queste però a causa della pressione sociale faticano a rivolgersi ad uno specialista (ProMenteSana, ENSA , 2020).

- Si ipotizza che solo il 25% delle persone che necessitano di cure si rivolgono ad uno specialista (ProMenteSana, ENSA , 2020).
- Nel 2020 in Svizzera sono stati registrati 103'488 ricoveri per disturbi psichici (Andreani, 2022)
- Secondo il rapporto del 2018 sull'epidemiologia dei disturbi mentali, i disturbi d'ansia e della depressione sono tra i problemi di salute mentale più comuni (Schuler, Tuch, & Peter, 2020).

Il seguente grafico mostra come il numero di persone trattate per problemi psichici sia fortemente dipendente dall'età e dal sesso della persona stessa. Si constata in particolare come per tutte le fasce di età il numero di donne prese a carico sia nettamente superiore rispetto a quello degli uomini.

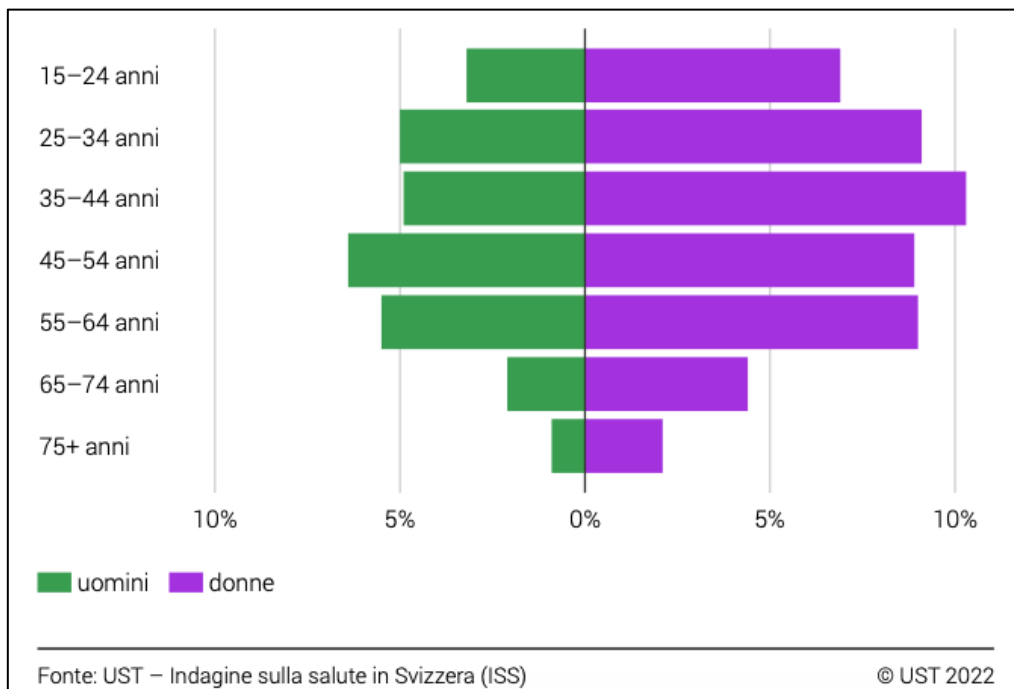


Grafico 1. Trattamento per problemi psichici, 2017 (Andreani, 2022).

Nella maggior parte dei casi i primi sintomi dei disturbi appaiono già a partire dall'età adolescenziale o nel giovane adulto (ProMenteSana, ENSA , 2020) (AmericanPsychiatricAssociation, 2013). In un momento così delicato della vita la malattia rischia di pregiudicare il percorso di formazione, i rapporti sociali importanti e in generale la qualità di vita (ProMenteSana, ENSA , 2020).

Con il termine YLL (*years of life lost*) si indicano gli anni di vita persi per la combinazione di mortalità e di disabilità, mentre, con il termine YLD (*years lived with disability*) si indicano gli anni di vita che il soggetto vive con disabilità (ProMenteSana, ENSA , 2020). L'OMS stima che il 30,4% degli anni di vita vissuti con disabilità (YLD) siano dovuti a problemi di salute psichica (Ibidem).

Dal grafico 2, si vede come in Svizzera i disturbi affettivi e i disturbi di ansia rappresentano di gran lunga la parte maggiore degli anni di vita vissuti con disabilità (YLD) rispetto alle altre patologie riportate. La compromissione maggiore della qualità di vita è dunque dovuta a problemi mentali.

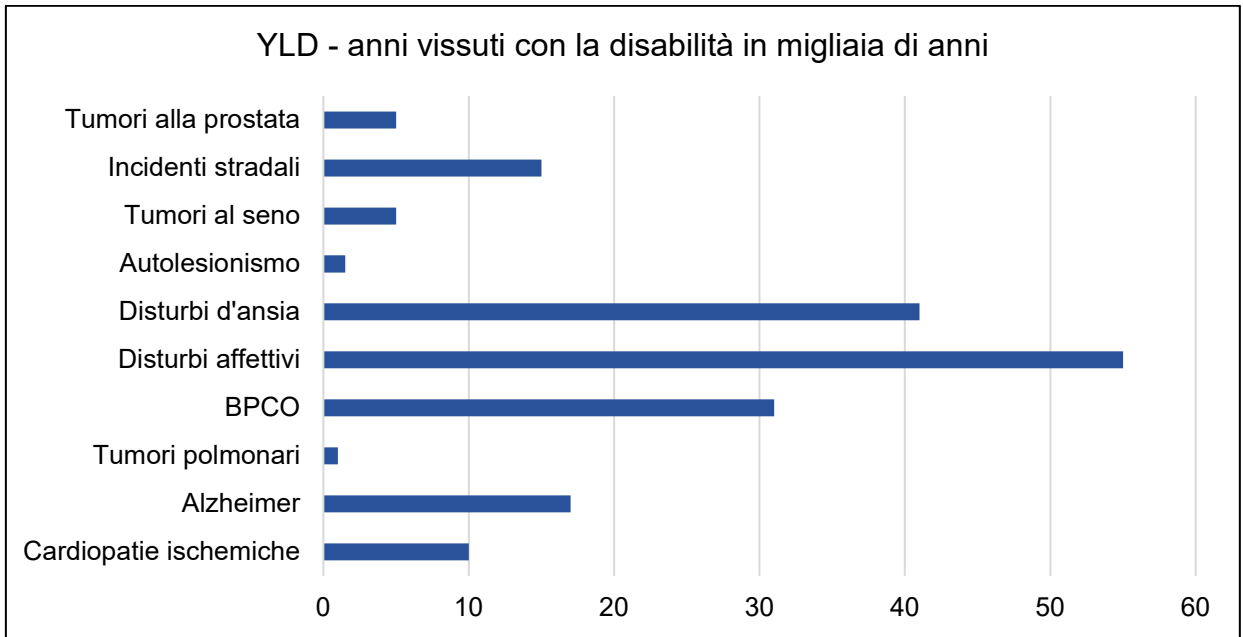


Grafico 2. Anni vissuti con disabilità, modificato da Biondina Lucia.

A titolo di confronto il grafico 3 mostra come i disturbi di ansia e affettivi non sono rilevanti nel computo degli YLL (ProMenteSana, ENSA , 2020).

Si stima, sempre nel rapporto svolto dall'Osservatorio svizzero della salute (OBSAN) del 2017, che 33'000 tentativi di suicidio auto-dichiarati nella popolazione svizzera supera il numero di tentativi che hanno richiesto un trattamento medico (OBSAN, 2023). Si deduce dal grafico 3. che non sono considerati suicidi correlati ai disturbi riportati.

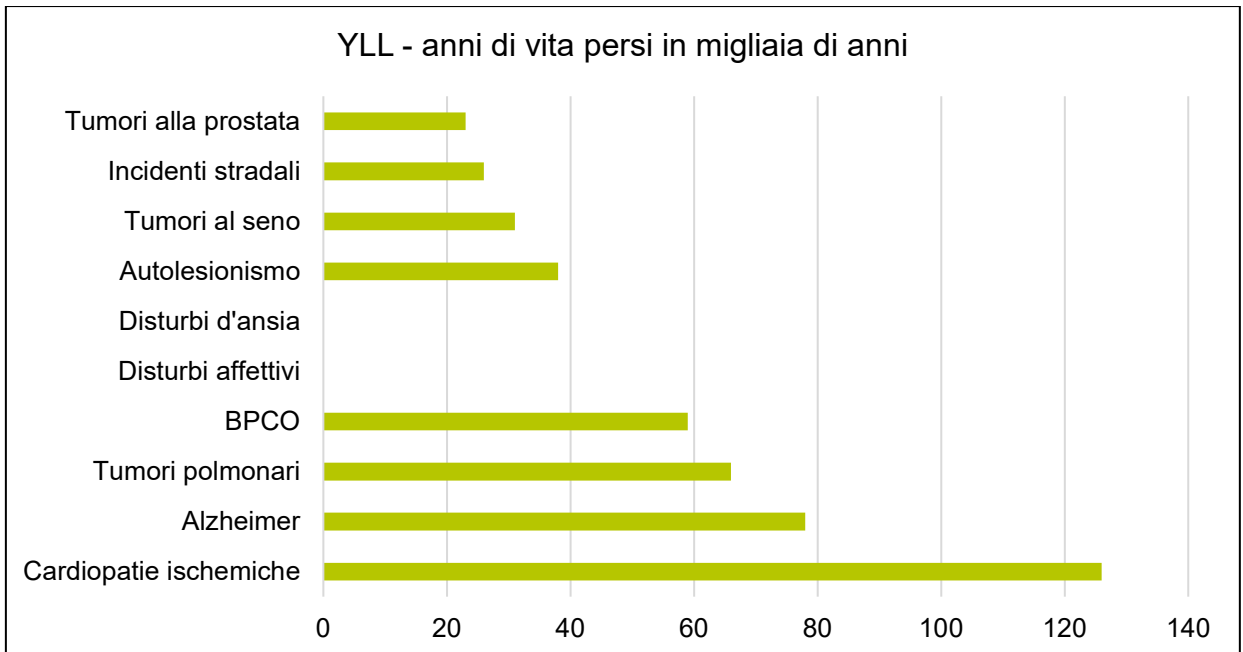


Grafico 3. Anni di vita persi, modificato da Biondina Lucia.

1.4 Sviluppo storico

Nel corso degli anni tutte le discipline mediche si sono evolute grazie all'esperienza pratica, a ricerche scientifiche, al confronto e la condivisione di sapere tra più realtà e concezioni diverse della cura (Amaldi, 1998). Nella psichiatria ci sono stati più momenti nella storia che hanno portato ad importanti cambiamenti (Foucault, 1963).

- Trasformazione dei luoghi di cura (Foucault, 1963).
- Trasformazioni nella cura e nella presa a carico dell'utente psichiatrico (Foucault, 1963).
- Trasformazioni di ruoli professionali e l'introduzione di nuovi ruoli professionali declinati nel contesto psichiatrico (équipe multidisciplinare) (Foucault, 1963).
- Trasformazioni di tipo giuridico-legislativo (Foucault, 1963).
- Trasformazioni a livello tecnico (farmacoterapia e correnti psicoterapiche) (Foucault, 1963).

In Ticino la psichiatria si è sempre confrontata con altre realtà di Paesi limitrofi quali Italia, Francia e Germania (Amaldi, 1998).

Durante il Medioevo la follia, quella che oggi chiamiamo malattia mentale, era vista come la forma più oscura del male ed essa invadeva sia mente che corpo. Il malato doveva dunque essere liberato dal demonio che lo possedeva e per questa ragione veniva sottoposto a torture e agonie (Foucault, 1963). Non esiste né una data precisa per stabilire quando effettivamente tali metodi divennero usuali, né un momento preciso nella storia in cui gli stessi ebbero fine (Ibidem). Anche la pratica dell'elettroshock, la contenzione fisica o altre pratiche ancora in tempi recenti, può essere visto come una forma di tortura (Cipriano, 2018). Nel corso del medioevo la diffusione della lebbra e il modo in cui si cercò di arginarla ebbe un ruolo importante per quel che riguarda il cambiamento della visione della cura e in particolare, anche se più o meno indirettamente, della salute mentale (Ibidem). Va ricordato che i malati di lebbra, essendo altamente contagiosi venivano isolati (Foucault, 1963). Quando la lebbra andò estinguendosi sorse il problema dell'utilizzo dei lebbrosari, dove venivano internati anche malati di peste e di sifilide (Ibidem). L'esempio classico di un tale luogo è l'*Hôpital Général* a Parigi, che venne fatto costruire negli ultimi decenni del Medioevo, quando la lebbra era stata quasi completamente debellata (Foucault, 1963). In questi edifici-prigione, voluti dal governo per difendere dal contagio la popolazione sana, la finalità dell'internamento non era mai stata quella medica e terapeutica, ma soltanto la necessità dell'esclusione dalla società (Ibidem).

È importante riportare questo fatto perché proprio in questi "ospedali" e con lo stesso scopo, cioè quello di isolare e di escludere, verranno in seguito rinchiusi i malati di mente (Foucault, 1963). Gli edifici adibiti alla reclusione dei pazzi erano chiamati "case di correzione" (Ibidem). Questi luoghi di segregazione non si limitarono solo alla Francia, ma si diffusero in tutta Europa e non si limitarono alla reclusione di sole persone ritenute malate di mente, ma di tutte quelle persone ritenute incapaci di lavorare e/o "scomode" e "inappropriate" alla società, quindi anche poveri, criminali, eretici e persone che andavano contro al sistema politico (Ibidem). Vi si potevano dunque trovare centinaia di personalità differenti: dal disertore allo schizofrenico, dal ladro al malato di sifilide (Foucault, 1963). Ogni forma sociale che si scontrava o andava in opposizione alla razionalità del Settecento veniva imprigionata (Ibidem).

Solo verso il XIX secolo i malati passeranno ad ospedali dove l'internamento per la prima volta verrà utilizzato al fine di guarire il malato (Foucault, 1963). In quel secolo l'approccio alla psichiatria mutò molto velocemente.

Pinel (1745-1826) "inventa" i manicomi, dove l'isolamento non è più per persone "scomode" alla società, ma per persone "scomode che necessitano di una cura" (Cipriano, 2018). Pinel usa per la prima volta la parola *cura*; nasce di conseguenza la disciplina medica per la cura dei "deviati mentali", ossia la psichiatria (Ibidem).

Pinel per poter curare necessita di un luogo dove osservare, diagnosticare e catalogare: il manicomio (Cipriano, 2018). Questo momento è un passaggio fondamentale ricordato a oggi come una prima *"rottura delle catene dei folli"* (Ibidem). Il manicomio, inteso come luogo di cura e addirittura come unica cura (Murphy, 2022).

In Inghilterra, la *National Association for the Promotion of Social Science* mise in discussione l'efficacia della politica di istituzionalizzazione generalizzata nel 1869, ponendo l'interrogativo se sarebbe stato possibile adottare un sistema di assistenza e trattamento domiciliare. Si chiese se l'attenzione, l'interesse e le risorse finanziarie attualmente impiegate per curare le persone ricoverate nei manicomi potessero invece essere meglio impiegate per sostenere gli sforzi dei genitori e dei parenti nelle loro umili abitazioni, ottenendo così risultati più positivi (Goldman, 2022). A vent'anni di distanza, nel 1898, in Ticino nasce il manicomio-villaggio, di seguito divenuto "quartiere" e poi Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) (Amaldi, 1998).

La cura all'interno dei manicomi ancora nel XX secolo è scarsa di relazione, si basa sull'osservazione naturalistica, sull'oggettività del medico (Cipriano, 2018). Attorno agli anni Cinquanta, arriva una nuova forma di terapia: la terapia farmacologica, con la scoperta e l'introduzione dei neurolettici (Ibidem).

Lo psichiatra francese Minkowski (1885-1972) sostiene che *"È più importante cogliere le confidenze dei malati, le frasi particolari, che l'elenco dei sintomi, solo così ci può essere l'intuizione che porta a comprendere l'essenza, il disturbo fondamentale di questa persona, non della schizofrenia come entità naturale (cosa che non esiste), ma di quella persona con un modo di essere al mondo che abbiamo deciso di chiamare schizofrenica"* (Minkowski, citato in Cipriano, 2018, p.35).

Partendo da questa filosofia delle cure lo psichiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) ha portato ad un'ulteriore evoluzione delle pratiche della psichiatria (Cipriano, 2018).

Nel 1964 Basaglia sintetizza sette tappe per il raggiungimento della comunità terapeutica: introduzione dei farmaci, grazie ai quali è possibile eliminare le contenzioni, rieducazione umana del personale, rafforzamento dei legami con l'esterno, abbattimento delle barriere fisiche: "apertura delle porte", creazione di un ospedale diurno e organizzazione della vita dell'ospedale secondo lo stile di una comunità terapeutica (citato in Cipriano, 2018, p.62).

Il grande passo è quello di trasformare i principali protagonisti e cioè utenti, infermieri e medici che fino allora hanno sempre avuto mansioni e connotazioni precise, ma distaccate tra loro per il raggiungimento di una "comunità" (Cipriano, 2018).

La Legge 180, di cui Basaglia è stato promotore, stabilisce non solo l'abolizione dei manicomi in Italia, ma rappresenta anche una riforma nell'organizzazione e nell'assistenza psichiatrica ospedaliera che iniziò ad essere applicata nel 1978 (Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017). Con questa legge si inizia ad applicare un'impostazione clinica che tiene conto dei contributi della psichiatria sociale, delle forme di supporto territoriale, delle potenzialità di strutture intermedie e della diffusione della

psicoterapia nei servizi pubblici (Ibidem). È stata un primo passo nella modernizzazione e riorganizzazione delle cliniche, permettendo di instaurare rapporti umani sia con il personale che con la società, riconoscendo ai pazienti i diritti e le necessità di una vita di qualità (Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017).

La Legge Basaglia lavora proprio sulla relazione in quanto si basa sul presupposto che la malattia mentale sia il risultato di un'interazione di più fattori, tra cui hanno un peso significativo i fattori relazionali, ambientali, culturali e sociali. Nel trattare la malattia mentale è dunque fondamentale recuperare questo aspetto sociale, ragion per cui in relazione alla cura o alla terapia non possono essere escluse delle attività rivolte alla riabilitazione (Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017).

Nell'ambito del disturbo psichico non si era mai parlato fino ad allora di riabilitazione e di prevenzione e non esistevano centri dove un paziente potesse rivolgersi in caso di comparsa di sintomi e/o incertezze (Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017) (Cipriano, 2018). Inoltre, la nuova legge coinvolge anche la famiglia del paziente e si comincia a fare largo il concetto di riabilitazione, ovvero la messa in atto di una serie di accorgimenti ed interventi che facciano sì che il paziente non venga emarginato maggiormente, ma al contrario permetta una reintegrazione non solo all'interno della famiglia ma di tutta la società (Kauffmann, Motto, Borghetti, & Mastroeni, 2017). Durante gli anni '70 in tutta Europa la mobilitazione di molte associazioni portò a delle riforme sia a livello legislativo che istituzionale, il paradigma delle cure in salute mentale cambia (Cipriano, 2018).

Le tappe dei cambiamenti più importanti nell'evoluzione della psichiatria in Ticino sono riassunte nell'immagine 2.

- **1856:** Il problema dei malati mentali nel Canton Ticino viene sollevato dal consiglio di stato senza che vi si trovi una soluzione
- **1898:** Si apre il Manicomio Cantonale
- **1935:** Iniziano delle lezioni per gli infermieri
- **1943:** Il Gran Consiglio adotta una nuova legge di organizzazione.
L'istituto cambia nome: da Manicomio a Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale
- **1951:** Si inizia a sottolineare il ruolo di "ospedale" dell'Istituto, come luogo delegato alla "cura", alla "remissione delle forme morbose", e al "rispetto della dignità e della personalità del malato".
- **1961:** Apertura bar centro sociale, cambia atmosfera favorendo i rapporti all'interno e i contatti con l'esterno.
- **1962:** Si denuncia il problema del reinserimento del degente, oramai stabilizzato da anni, nella famiglia. Viene costituita la Scuola cantonale per gli infermieri psichiatrici.
- **1974:** Il fine dichiarato nel rendiconto di quest'anno è quello di "coinvolgere larghi strati della popolazione (cosiddetto "intervento di territorio") in una gestione psichiatrica a dimensione concretamente sociale". Viene costituito il Club dei pazienti, meglio conosciuto come Club '74. Esso è uno spazio riabilitativo in cui si cura la relazione.
- **1985:** Entra in vigore la LASP, la legge sull'assistenza sociopsichiatrica ticinese e il relativo regolamento di applicazione. Si istituisce l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.
- **1991-1993:** Per la prima volta nella sua storia Casvegno viene definito come "quartiere". La decentralizzazione delle cure psichiatriche sul territorio.
- **1994:** Separazione dell'ospedale in due strutture: la clinica psichiatrica cantonale (CPC), per i casi acuti; e il centro abitativo e ricreativo di lavoro (CARL), struttura demedicalizzata per utenti cronici stabilizzati. L'ospedale, struttura unica nata nel 1898, non esiste più, in quanto suddiviso in CPC e CARL, entrambi appartenenti all'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.
- **1998-2001:** La pianificazione sociopsichiatrica cantonale, segna un momento di bilancio e di riflessione sulla base di problemi emergenti.
- **2016:** Nasce come progetto pilota Home Treatment (presa a carico di psichiatria acuta domiciliare).
- **2022-2025:** La più recente pianificazione sociopsichiatrica cantonale, segna un momento di bilancio e riflessione.

Immagine 2. Cambiamenti della salute mentale in Ticino (Amaldi, 1998) (OSC, 2022).

Un ulteriore cambio di paradigma ancora in corso oggi nel contesto psichiatrico e che prende origine negli USA attorno agli anni '90 è il percorso di *Recovery* (Rossetti, 2017). Quest'ultimo viene approfondito nel capitolo 1.6.

1.5 La riabilitazione psichiatrica

La riabilitazione psichiatrica è un approccio terapeutico che mira ad individuare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e di supportare il soggetto ad accrescere e sfruttare le proprie risorse e capacità con l'accompagnamento del personale sociosanitario (Fassino, 2007). L'ambito principale su cui viene posta l'attenzione è il funzionamento del ruolo sociale, dunque l'integrazione all'interno di un contesto professionale e sociale, nonché alla considerazione di piaceri ed interessi (Ibidem).

La riabilitazione psichiatrica può seguire diverse direzioni, coinvolgendo un insieme di attori che devono essere considerati ed integrati in base all'approccio specifico che si desidera adottare (Fassino, 2007) (Vita, Dell'Osso, & Mucci, 2019).

È anche possibile all'interno di un percorso riabilitativo seguire un approccio di tipo salutogenico che ha come punto di partenza il principio per cui in tutti noi vi è una parte sana ed una malata e attraverso questo presupposto si pone come obiettivo la presa di consapevolezza di come un individuo può essere *“più sano o meno malato”* (Simonelli & Simonelli, 2010).

Questa concezione si sposa anche con l'educazione alla salute secondo la definizione di Green (1990) *“ogni combinazione di esperienze di apprendimento che mirano a predisporre, facilitare e rinforzare gli adattamenti volontari del comportamento di salute individuale e collettivo”* (citato in Simonelli & Simonelli, 2010, p.94). Un ultimo elemento importante da riportare è anche il termine *“promozione della salute”*, che, secondo la Carta di Ottawa è definita come *“il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”* (citato in Simonelli & Simonelli, 2010, p.116).

Esprimere tali concetti è utile per fornire una spiegazione più chiara riguardo al concetto di *Recovery* e ai vari ruoli che possono essere assunti dai PPSM; gli autori Maone e D'Avanzo riferiscono che *“Il Recovery è un processo più che un esito, un principio guida”* (citato in Maone & D'Avanzo, 2015, p.19).

Il modello di riabilitazione psichiatrica noto come *Recovery* rappresenta un importante cambiamento rispetto alla visione tradizionale delle persone affette da disturbi mentali (Vita, Dell'Osso, & Mucci, 2019). I principi fondamentali di questo modello possono essere riassunti come segue:

1. **Speranza e possibilità di guarigione:** A differenza del concetto tradizionale che considera i disturbi mentali come condizioni croniche, il modello *Recovery* abbraccia una prospettiva ottimistica che riconosce la possibilità di migliorare la qualità di vita e raggiungere un benessere duraturo nel lungo termine (Vita, Dell'Osso, & Mucci, 2019).
2. **Assunzione di responsabilità individuale:** Nel contesto della relazione tra paziente e operatore, il modello della *Recovery* mette l'accento sull'assunzione di responsabilità da parte del paziente per il proprio percorso di cura (Vita, Dell'Osso, & Mucci, 2019). Il paziente diventa il protagonista attivo nel processo di guarigione, mentre l'operatore svolge un ruolo di supporto e facilitazione, riconoscendo le capacità e il potenziale del paziente (Ibidem).

- 3. Autonomia e scelta consapevole:** Un elemento chiave del modello *Recovery* è la possibilità per il paziente di esercitare autonomia e prendere decisioni riguardo alla propria vita e al proprio benessere (Vita, Dell'Oso, & Mucci, 2019). Il paziente è coinvolto attivamente nel processo decisionale, permettendo una maggiore autodeterminazione e favorendo un approccio personalizzato alla cura (Ibidem).

Sintetizzando, il modello *Recovery* si basa sulla speranza di guarigione, sull'assunzione di responsabilità personale e sull'autonomia decisionale come pilastri fondamentali per la riabilitazione psichiatrica (Vita, Dell'Oso, & Mucci, 2019).

1.6 Il *Recovery* e i Pari Per Esperienza in Salute Mentale

1.6.1 Nascita del *Recovery*

Il concetto di *Recovery* ha avuto origine nel 1990 negli Stati Uniti, quando un gruppo di individui colpiti da patologie psichiche considerate senza speranza e prive di prospettive di miglioramento, nonostante i vari trattamenti, si è unito. Invece di accettare passivamente le prognosi negative, queste persone hanno dimostrato di poter recuperare e migliorare la loro salute, sfidando così i pregiudizi e le aspettative limitanti (ProMenteSana, ENSA, 2020) (Rossetti, 2017).

Da questo momento prende avvio la corrente del *Recovery*, inizialmente nei Paesi anglosassoni, in seguito si sono aggiunti altri Paesi prevalentemente europei ed in breve tempo, si sono resi partecipi attivamente sia professionisti del settore sia familiari (Ibidem). Dal presupposto di ciò che si intende per *Recovery*, dalla pratica del *Recovery* e dai benefici da questo derivati, il *Recovery* è diventato un nesso valido nell'ambito della terapia psichiatrica attuale e innovativa in molti Paesi (ProMenteSana, ENSA, 2020) (Maone & D'Avanzo, 2015).

In psichiatria, ora come ora, si è confrontati con due definizioni distinte del termine *Recovery* (Maone & D'Avanzo, 2015). Una definizione di questo termine utilizzata prevalentemente dai clinici si riferisce principalmente a quanto determinati criteri prestabiliti e oggettivabili inerenti alla guarigione vengono soddisfatti, per esempio: remissione di determinate sintomatologie) (Maone & D'Avanzo, 2015).

Il secondo significato, invece, ha alla base la soggettività del paziente, e riguarda il suo personale vissuto con la malattia mentale (ibidem). Quest'accezione, a differenza della prima, non valuta come prima cosa i dati clinici e la valutazione obiettiva professionale, bensì considera il percorso unico ed autentico della persona (Maone & D'Avanzo, 2015). Il paziente ha dunque un ruolo attivo per affrontare e ripristinare quelle abilità e quelle capacità compromesse dalla malattia (Maone & D'Avanzo, 2015).

“Essere in Recovery, in questo senso, non implica primariamente una riduzione dei sintomi o dei deficit, né il ritorno a un preesistente stato di salute; richiede piuttosto che il disturbo mentale venga considerato come solo uno degli aspetti della persona nella sua totalità” (citato in Maone & D'Avanzo, 2015, p.4).

Uno dei pilastri su cui si fonda il *Recovery* è che le persone che si trovano nel proprio percorso di *Recovery* già inoltrato, sono e desiderano essere un punto di riferimento; dando e dimostrando speranza che nonostante il disagio psichico la vita possa comunque essere vissuta appieno (Rossetti, 2017).

Queste sono le principali ragioni per cui queste persone si rendono disponibili a far conoscere la loro storia e la personale esperienza di difficoltà con l'intento di supportare e affiancare altre persone che si ritrovano in situazioni simili (Maone & D'Avanzo, 2015).

Grazie anche a queste persone, che sono riuscite a rendere la loro sofferenza un punto di sostegno e una parte stessa della presa a carico in alcuni Paesi e contesi psichiatrici, viene riconosciuta un'ulteriore fonte di conoscenza e di aiuto; chiamato "sapere esperienziale" (DeStefani, 2012).

1.6.2 Obiettivi del percorso di *Recovery*

Come detto, la malattia è vissuta da ogni individuo unica, come uniche sono tutte le persone, di conseguenza anche il percorso di *Recovery* è individuale per ognuno (ProMenteSana, ENSA , 2020) (Davidson, Tondora, Staeheli Lawless, O'Connell, & Rowe, 2012).

Ogni persona che si trova nel proprio percorso di *Recovery*, che inizia e che non ha un termine prestabilito, dà e darà una sua unica definizione di cosa vuol dire per lei "essere in *Recovery*" (Lucchi, 2017).

Il *Recovery* è processo unico, attivo e non lineare (Maone & D'Avanzo, 2015). Vi è comunque uno sfondo comune, più concettuale, di questo percorso che si basa attorno sei principi: (Maone & D'Avanzo, 2015) (ProMenteSana, ENSA , 2020)

1. Non credere all'incurabilità della malattia psichica: speranza e ottimismo.
2. Cercare contatto con persone che infondono speranza: essere in connessione.
3. Diventare esperto/a di te stesso/a/: identità.
4. Accettare la propria vulnerabilità e cercare le possibilità al fine di strutturare in modo positivo la propria vita: empowerment.
5. Percepire la propria malattia in maniera individuale: identità.
6. Trovare un compito che dia una direzione nella propria vita: senso della vita.

In alcuni paesi i corsi di *Recovery* sono aperti anche a operatori sanitari, famigliari e cittadini (Lucchi, 2017). Il percorso di *Recovery* può essere poi ampliato e il singolo, attraverso la sua esperienza, la sua crescita e la volontà di aiutare altre persone in uno stato di sofferenza psichica, sceglie di dedicarsi all'aiuto di queste (ProMenteSana, ENSA , 2020).

1.6.3 I Pari Per Esperienza in Salute Mentale

I Pari per esperienza in salute mentale (PPSM) che sono anche conosciuti come *peer* o *peer worker* nei paesi anglosassoni, oppure utenti e famigliari esperti (UFE) o ancora esperti in supporto tra pari (ESP) in Italia, sono quelle persone che avendo vissuto un'esperienza di sofferenza mentale, e che si trovano in una fase avanzata di recupero, si impegnano per aiutare altre persone in situazioni di disagio psichico (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017) (ZetaMovement, 2022).

Nell'attuale revisione di letteratura, si è scelto l'acronimo PPSM basato dal termine francese *Pair Praticienne en Santé Mentale* coniato in italiano come Pari per esperienza in salute mentale: individuo che opera grazie al suo sapere esperienziale (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017) (ProMenteSana, ENSA , 2020).

Il termine riconosciuto a livello internazionale nella letteratura scientifica, la cui lingua è l'inglese, vi si trova il termine di *peer* o *peer worker*, senza distinzione tra operatori salariati con contratto e operatori volontari; quest'aspetto lo si incontra nel Capitolo 3., nell'esposizione dei risultati degli articoli.

Svizzera: Pari per esperienza in salute mentale (PPSM)

In Svizzera, l'associazione Pro Mente Sana offre un percorso di formazione a Losanna, in partnership con la Scuola professionale di lavoro sociale e di salute, per diventare PPSM (ProMenteSana, ENSA, 2020) (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).

Questo percorso ha come obiettivo la condivisione dell'esperienza di malattia di persone che convivono con un disagio psichico e che hanno costruito delle buone basi per sostenere persone che si trovano in difficoltà psichiatrica (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).

Alla conclusione della formazione, che ha parti teoriche alterate a pratiche di stage, il PPSM può esercitare:

- In servizi di psichiatria ospedaliera e nei servizi psichiatrici territoriali (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- Nei contesti sociali (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- Nei programmi di prevenzione (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- Nella formazione del personale curante (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- Nella ricerca scientifica (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- Nei movimenti politici riguardanti la salute e la salute mentale (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).
- I contributi maggiormente dati dai PPSM sono l'incoraggiamento all'auto-determinazione e all'assunzione della responsabilità individuale, ridare speranza e incoraggiamento, oltrepassare lo stigma sociale e l'autostigma, aiutare nell'orientamento dei vari servizi psichiatrici a cui rivolgersi, affrontare la malattia con un ulteriore sostegno, sviluppare relazioni sociali soddisfacenti e positive, appoggiare ed incentivare interessi personali (McCluskey, Sticher, Almeida, Ferrari, & Bonsack, 2017).

Chiarito chi sono i PPSM e che ruolo possono assumere in Svizzera, si vede di seguito i PPSM in altri due Paesi: Italia e Regno Unito.

Italia: Utenti e famigliari esperti (UFE)

Per quanto riguarda il percorso formativo degli Utenti e famigliari esperti (UFE), questo si differenzia in maniera importante da quello sopra spiegato riguardante la Svizzera. Gli UFE, sostiene lo psichiatra De Stefani, dal momento in cui hanno incontrato e hanno attraversato il contesto della malattia mentale non necessitano una formazione "tradizionale", si sviluppano invece partendo direttamente dalla pratica (DeStefani, 2012). Partendo dalla chiave di lettura per cui vale "il sapere esperienziale", si può sostenere che effettivamente ogni persona che si è trovata coinvolta nella malattia mentale e nel suo percorso di malattia e di cura è di per sé già un'esperta (Stanchina & De Stefani, 2010).

Bisogna però anche considerare che in realtà vi è unicamente una parte di queste persone che riflette tre elementi necessari per poter "trasformarsi" in un UFE appropriato (Rossetti, 2017).

I tre elementi di cui l'UFE deve essere in grado di svolgere sono:

- Una capacità relazionale sincera, spontanea e adeguata in modo da costruire una connessione efficace con pazienti e famigliari in una presa in carico (Rossetti, 2017).
- Identificare con lucidità e pertinenza l'utilizzo del suo sapere esperienziale ed il valore da esso derivato (Rossetti, 2017).
- Una partecipazione attiva e motivata delle proprie mansioni in qualità di UFE (Rossetti, 2017).

La questione di una formazione "strutturata", durante la quale l'esperto del suo percorso acquisisce e sviluppa gli elementi sopra citati, Ad oggi un tema aperto e discusso (De Stefani, 2007) (Rossetti, 2017).

Gli UFE, nella realtà di Trento, sono coinvolti in molte aree della presa a carico degli utenti e a dipendenza della collocazione che hanno svolgono compiti diversificati grazie alle loro competenze e al loro sapere esperienziale.

All'interno del Centro di Salute Mentale (CSM) sono in prima linea nell'accoglienza al front office e, sempre presso il CSM, si occupano del call center fornendo informazioni sul CSM, prendono conferma o meno degli appuntamenti degli utenti, raccolgono richieste e le delegano a chi di rispettiva competenza, possono essere chiamati ad un accompagnamento in caso di situazioni di crisi domiciliari, come anche nel reparto ospedaliero SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) (De Stefani, 2007). In collaborazione con l'équipe territoriale presenziano e possono fungere da mediatori in situazioni complesse o meno, accompagnano l'utente nella quotidianità e possono essere scelti come garanti dagli utenti nei percorsi di cura condivisi in équipe (Ibidem). In caso di cura per percorsi riabilitativi di medio-lungo termine si occupano di organizzare attività costruttive e di svago assieme all'utenza (De Stefani, 2007). Durante i cicli di incontro con famigliari sono facilitatori del gruppo e nelle campagne di sensibilizzazione e prevenzione testimoniano di fronte ad un pubblico la loro personale esperienza (Ibidem).

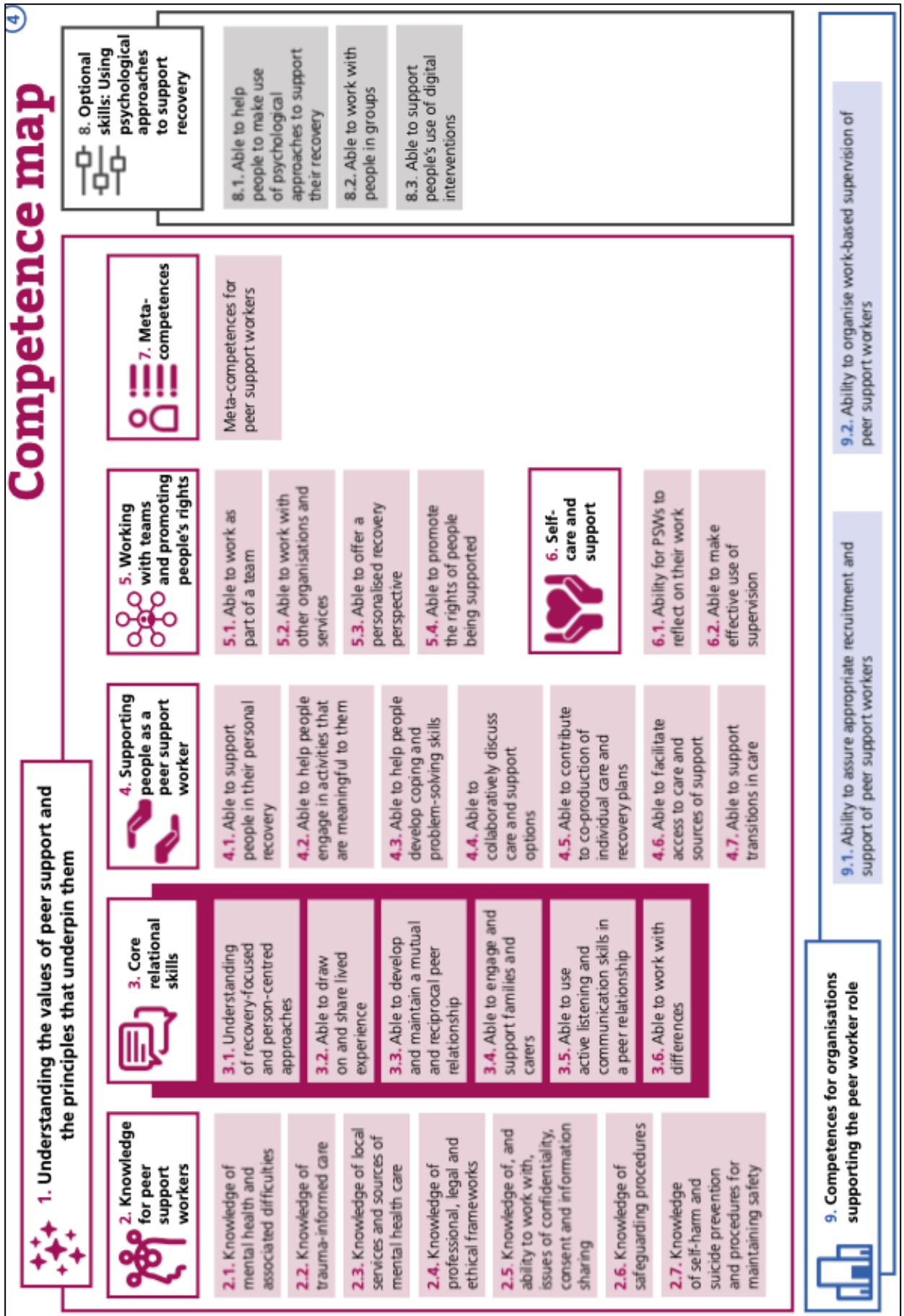
Regno Unito: *Peer/ Peer worker*

Spostandosi nel Regno Unito, invece, si ritrova come anche in Svizzera, una formazione costruita e consolidata da diversi anni per diventare *Peer* (Lucchi, 2017) (NHS, The competence framework, 2020).

Conclusa la formazione le mansioni che il *Peer* svolge sono molto simili a quelle presenti in Svizzera e in Italia:

- formazione in supporto tra pari, sostegno nei bisogni sociali dell'utente e della famiglia; (NHS, Mental Health Implementation Plan, 2019);
- condivisione dell'esperienza di malattia mentale in qualità di professione non clinica (NHS, Mental Health Implementation Plan, 2019);
- guida/mediatore/ promotore qualificata di gruppi di sostegno per utenti e famigliari (NHS, Mental Health Implementation Plan, 2019);
- guida all'interno dei luoghi di cura e alla costruzione della rete di sostegno (NHS, Mental Health Implementation Plan, 2019).

I compiti dei *Peer* sono di importante rilevanza per un modello comunitario integrato a persone con disturbi mentali e nel processo di tutte le fasi della presa a carico (NHS, Mental Health Implementation Plan, 2019).



Imagine 3. Competence Map (NHS, The competence framework, 2020)

1.7 Ruolo e funzioni infermieristiche in salute mentale e l'équipe interprofessionale

L'équipe interprofessionale mette l'accento sulla collaborazione attiva, sulla condivisione delle responsabilità e sulla presa di decisioni condivise tra i professionisti di diverse discipline (McGillUniversity, 2023).

In psichiatria le figure professionali che compongono l'équipe interprofessionale sono: medico di famiglia, medico psichiatra, psicologo, infermieri, educatori, animatori socioculturali, ergoterapisti, fisioterapisti, assistenti sociali (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999) (WorldHealthOrganization, 2020).

L'équipe interprofessionale è chiamata a fornire assistenza quando la persona che ne necessita non è più nelle condizioni tali da poter mantenere la sua autonomia funzionale (Tacchini, 1998).

Il lavoro di rete dell'équipe interprofessionale nella presa a carico psichiatrica ha un ruolo cruciale per il raggiungimento degli obiettivi costruiti tra essa e l'utente (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999).

Il trattamento assistenziale psichiatrico può accompagnare il paziente anche solo per un lasso di tempo limitato, in altri casi, invece, l'assistenza è necessaria per tutto l'arco della vita (Tacchini, 1998).

Questo dipende dai bisogni e anche dal percorso che ogni individuo segue (Tacchini, 1998).

L'assistenza dell'équipe interprofessionale non è limitata unicamente in una fase acuta in cui è necessario un ricovero stazionario, ma anche per quanto concerne i servizi sul territorio (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999).

Un obiettivo fondamentale dell'assistenza nel lavoro in équipe interprofessionale è fornire all'utente le capacità che gli permettano di giungere a un grado di equilibrio soddisfacente e stabile, che gli consenta di condurre una vita equilibrata ed appagante nella realtà che lo circonda e di cui fa parte. Tutto ciò grazie anche alla relazione terapeutica che si instaura tra paziente ed infermiere (Tacchini, 1998).

Per quanto concerne la figura professionale dell'infermiere in psichiatria si possono individuare dieci funzioni principali (Tacchini, 1998).

- Funzione di osservazione;
- Funzione di "oggetto meno qualificato";
- Funzione di intermediario;
- Funzione di veicolo del trattamento;
- Funzione di lo ausiliario
- Funzione di accoglienza;
- Funzione di "oggetto inanimato";
- Funzione psicoeducativa nei confronti dei familiari;
- Funzione "psicoterapeutica" e riabilitativa;
- Funzione didattica e di ricerca.

Per poter utilizzare e rendersi competente in queste funzioni, l'infermiere in salute mentale, fa riferimento e sviluppa durante tutto il suo percorso professionale diversi strumenti a cui poter fare riferimento. I principali sono: il colloquio (e le diverse tecniche

e modalità per lo svolgimento di questo), la relazione d'aiuto, l'empatia, l'autenticità e la congruenza (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot, & Morasz, 2012).

La tabella sottostante sintetizza le principali azioni dell'infermiere in psichiatria (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot, & Morasz, 2012).

Nell'ambito della vita quotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • L'accoglienza e l'accompagnamento nella struttura e/o nella vita quotidiana • La presenza, la sorveglianza, il monitoraggio all'interno della struttura
Nell'ambito delle regole della struttura che eroga le cure	<ul style="list-style-type: none"> • Il rispetto del regolamento e dei protocolli • La partecipazione nel costruire il progetto terapeutico e di cura
Nell'ambito della psicoterapia classica	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione durante i colloqui con l'utente • Partecipazione durante i colloqui medico e paziente • Partecipazione durante i colloqui con i famigliari
Nell'ambito delle attività specifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione nelle attività terapeutiche (gruppo sport, gruppo cucina, gruppo parola...) • Accompagnamento nelle attività di vita quotidiana (visite a domicilio)
Nell'ambito somatico	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione e monitoraggio della terapia farmacologica • Valutazione e cura di problematiche somatiche • Interventi di educazione e prevenzione
Nell'ambito istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione alle riunioni infermieristiche • Partecipazione alle riunioni interprofessionali • Partecipazione alle riunioni istituzionali

Tabella 1. Azioni principali di infermieri in psichiatria (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot, & Morasz, 2012).

Le competenze interprofessionali quali la comunicazione efficace, la coordinazione e la collaborazione, sono essenziali anche nel contesto della psichiatria (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999). La conoscenza dei ruoli professionali e delle rispettive specifiche mansioni è un elemento base per co-costruire il progetto dell'intera équipe interprofessionale condiviso con l'utente (Ibidem). La capacità di lavorare in modo efficace con altri professionisti può favorire la comprensione del paziente nella sua interezza, l'elaborazione di piani di trattamento integrati e l'ottimizzazione dei risultati per il paziente (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999) (McGillUniversity, 2023).

La leadership interprofessionale può svolgere un ruolo cruciale nella promozione di cambiamenti e innovazioni nel campo della psichiatria (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999). La capacità di guidare il gruppo interprofessionale può favorire l'implementazione di nuove pratiche, l'adozione di approcci basati sulle evidenze e l'avanzamento delle cure (McGillUniversity, 2023). Poter riferire e ricevere informazioni dal "*Case manager*", ossia il professionista di riferimento per un utente, è fondamentale per il buon proseguimento del progetto terapeutico (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999).

Nel contesto delle cure, i valori e l'etica sono di primaria importanza nell'assistenza ai pazienti (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999). Il rispetto dei bisogni e dei diritti dei pazienti, l'equità nell'accesso alle cure, la confidenzialità e il trattamento rispettoso sono tutti principi fondamentali che guidano anche la pratica psichiatrica (Vaccaro, Clark Jr, & Bassi, 1999).

Capitolo 2

2.1 Metodologia di ricerca: revisione di letteratura

Nella scrittura di questo lavoro di tesi è stata utilizzata la metodologia di ricerca nota come revisione della letteratura. Questa modalità consiste in un'analisi scritta delle prove scientifiche disponibili su un particolare problema e/o area di interesse formulando una domanda di ricerca (Polit, 2014). La revisione della letteratura viene utilizzata per fornire una risposta il più possibile precisa, dettagliata e coerente ad una puntuale domanda di ricerca (Ibidem).

In seguito, si vedrà come si costruisce e quali sono le fasi per lo svolgimento della revisione di letteratura, in quanto è fondamentale descrivere i principali elementi del processo di ricerca, in modo tale da poter garantire un'analisi completa delle evidenze scientifiche disponibili sulla tematica in oggetto di studio (Petticrew, 2005).

L'obiettivo principale del metodo di ricerca della revisione della letteratura è quello di tenere costantemente aggiornato il ricercatore sulle più recenti evidenze scientifiche disponibili in un determinato campo di studio, in questo caso medico-sanitario, inoltre, si tratta di una risorsa a cui riferirsi per fornire raccomandazioni per la pratica clinica ed assistenziale ottimali e sempre in aggiornamento (Polit, 2014).

La revisione della letteratura diventa dunque un'importante fonte per i professionisti della salute e per gli studiosi che desiderano sviluppare ed ampliare la propria conoscenza ed apportare nuove conoscenze e nuovi interventi in continua evoluzione (Bonventre, 2019). L'immagine riportata permette di capire con più facilità le fasi di costruzione che permettono poi lo svolgimento della revisione della letteratura.

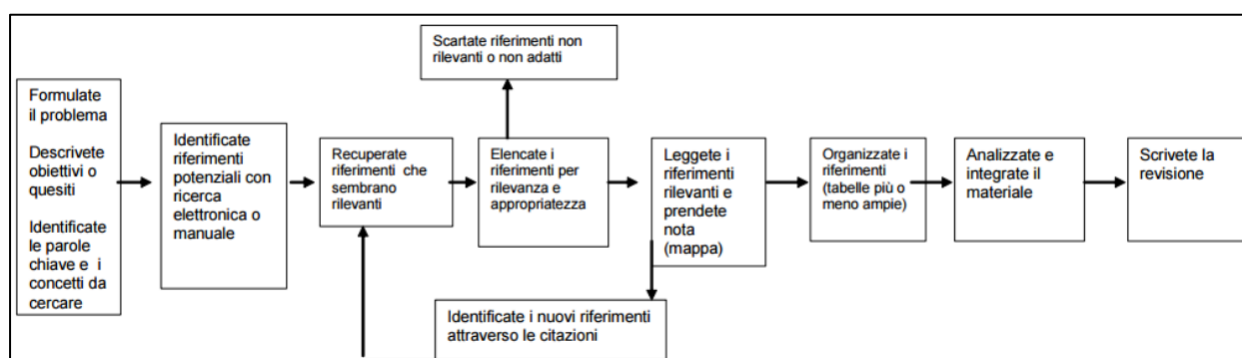


Immagine 4. Flusso delle tappe in una revisione di letteratura (Polit, 2014).

Per formulare il quesito di ricerca è utile applicare il metodo PICO; questo strumento permette di delimitare il campo di interesse e facilitare il processo di ricerca (Polit, 2014).

- **P** (*Patient*, Popolazione o Problema): si riferisce al paziente, alla popolazione o al problema clinico di interesse (Polit, 2014).
- **I** (*Intervento*, Esposizione o Indicatore diagnostico): si riferisce all'intervento, all'esposizione o all'indicatore diagnostico di interesse (Polit, 2014).
- **C** (*Confronto* o Controllo): si riferisce al confronto o al controllo utilizzato per confrontare l'intervento o l'esposizione di interesse (Polit, 2014).
- **O** (*Outcome*, Risultato): si riferisce all'*outcome* o al risultato di interesse (Polit, 2014).

Identificando la popolazione di interesse, l'intervento, la comparazione dell'intervento e l'*outcome*, si può formulare una domanda di ricerca specifica e ben definita, che consentirà di focalizzare l'analisi e la revisione della letteratura sulle prove scientifiche rilevanti per la ricerca (Polit, 2014).

2.2 Obiettivi e quesito di ricerca

Dopo aver svolto il quadro teorico come cornice di riferimento, ora viene affrontata la parte di revisione della letteratura. Riprendendo dunque uno dei tre obiettivi iniziali di questo lavoro di tesi, che qui è l'obiettivo di ricerca, ossia: evidenziare i possibili benefici dei PPSM rispetto alle persone che convivono con un disagio psichico e come essi possano essere di aiuto nei confronti di altre persone che stanno attraversando un momento di fragilità psichica importante.

In questa parte del lavoro i PPSM sono tradotti come sinonimi con il termine inglese *peer* o *peer worker*.

Il metodo PICO sviluppato per rispondere al quesito di ricerca è il seguente:

- P: donne e uomini dai 18 anni in poi con patologie psichiatriche diagnosticate.
- I: l'intervento dei *peer* durante fasi acute, follow-up e accompagnamenti di supporto domiciliare.
- C: studi che confrontano il numero di ricoveri ospedalieri prima e dopo l'introduzione dei *peer*, studi che valutano i benefici soggettivi sia dei *peer*, sia delle persone che ricevono il supporto dei *peer* e studi che considerano la percezione degli operatori sanitari e dei *peer* rispetto all'introduzione di questi ultimi in équipe interprofessionale.
- O: valutare l'efficacia dei *peer* misurata secondo il numero ospedalizzazioni, ed efficacia intesa come percezione soggettiva rispetto allo stato di salute e alla qualità di vita sia dell'utente che del *peer*.

Le parole chiave del lavoro di ricerca applicate sono state: *peer worker*, *mental health*, *recovery*, *benefits*, *efficacy*, *outcomes* e gli operatori booleani utilizzati per la combinazione delle parole chiave sono stati AND e OR.

Le banche dati utilizzate per ricercare gli articoli sono state PubMed e CINAHL. Un'ulteriore ricerca, in un secondo momento, è stata svolta attraverso OVID NURSE e la letteratura emersa si è presentata essere la stessa di quanto già ricavato nelle due banche dati iniziali. La decisione di sfruttare un'ulteriore banca dati in un momento successivo è stata presa visto il numero carente degli articoli emersi.

La stringa di ricerca sviluppata per le banche dati è stata:

- *Peer worker* AND *mental health* AND *benefits* AND *efficacy* OR *outcomes*
- *Peer worker* AND *Recovery* AND *benefits* OR *outcomes*

I criteri di inclusione applicati per la ricerca sono stati:

- Età: pazienti di età dai 18 anni in poi;
- Genere: donne, uomini e popolazione LGBTQ+;
- Tipo di presa a carico: ricovero stazionario, presa a carico ambulatoriale e/o domiciliare;
- Periodo di pubblicazione: 2018 ad oggi;

- Disegni di ricerca: Ricerche con metodi misti, Ricerche qualitative, *Clinical Trial*, *Randomized Controlled Study (RCT)*, *Meta-Analysis*, Revisioni di letteratura;
- Lingua: italiano, francese e inglese;
- Geografia: USA, Canada, Australia, Europa;
- Presenza dell'abstract.

I criteri di esclusione applicati alla ricerca sono:

- Popolazione inferiore o uguale ai 18 anni;
- Articoli a pagamento;
- Articoli di protocolli per sviluppare ricerche future;
- Articoli di aree geografiche con presa a carico psichiatrica distante dai paesi inclusi per l'attuale revisione.

Gli elementi utilizzati per stabilire i criteri di inclusione quali età, genere ed area geografica sono:

- Età: la presa a carico di una persona che all'anagrafe è considerata come minorenni rispetto ad una persona maggiorenne è quasi sempre differente (OSC, 2022) (WorldHealthOrganization, 2020).
- Genere: Prima del 1980, l'omosessualità era inclusa nel DSM come "Disturbo dell'orientamento sessuale", classificata tra i disturbi mentali (AmericanPsychiatricAssociation, 2013). Nell'attuale edizione del DSM 5, si parla di disforia di genere che coinvolge parte della popolazione LGBTQ+, importante integrare questa questione (AmericanPsychiatricAssociation, 2013).
- Area geografica: durante le ricerche per la stesura del quadro teorico è emersa la differenza di presa a carico psichiatrica e confermata anche nelle letture degli articoli non inclusi nell'attuale revisione (Alem, Jacobbson, & Hanlon, 2008). Alcuni esempi sono: in Niger, nel 2008, si contano 300 psichiatri per 180 milioni di persone ed in Etiopia, sempre nel 2008, 18 psichiatri per 77 milion (Ibidem).

A livello mondiale non vi è un'omogeneità nella struttura della presa a carico psichiatrica; essa è determinata da fattori socioculturali ed economici (WorldHealthOrganization, 2020).

Durante la lettura full-text degli articoli selezionati si sono dimostrati validi quattro articoli, motivo per cui due ulteriori studi sono stati ricavati dalla bibliografia di un unico studio selezionato ed incluso nella revisione attuale; anche questi due studi soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione dell'attuale revisione di letteratura. Questi due articoli estrapolati dall'articolo Gillard et al. (2022) sono White et al. (2020) e Otte et al. (2020). Un ulteriore studio di Johnson et al. (2018) si è rivelato un dei 19 RCT analizzati nella revisione di letteratura White et al. (2020).

La scelta di non riportare i limiti di ricerca per gli articoli selezionati è stata presa per motivi di scale di valutazione con items non sempre applicabili. Inoltre, si sarebbero dovute utilizzare più scale differenti a dipendenza del disegno di ricerca per lo studio selezionato; dunque, risultava incoerente poter raggiungere considerazioni e confronti argomentati e supportati da diverse scale dissimili tra loro, oltre che dal numero di items parzialmente inclusi ed applicabili nelle differenti ricerche.

Nell'illustrare i risultati nella Tabella 3. Risultati per quanto concerne la terminologia di *peer worker* e *peer* la distinzione è che il primo termine determina l'impiego professionale del *peer worker*. Quest'ultimo collabora nel *peer to peer*, ossia un *peer worker* ed un utente. Con il termine *peer* non si fa riferimento all'impiego ma alla singola persona non per forza coinvolta a livello professionale, ma anche in questo caso si parla di *peer to peer*.

L'immagine cinque illustra il processo della selezione e dell'inclusione definitiva utilizzata per la revisione.

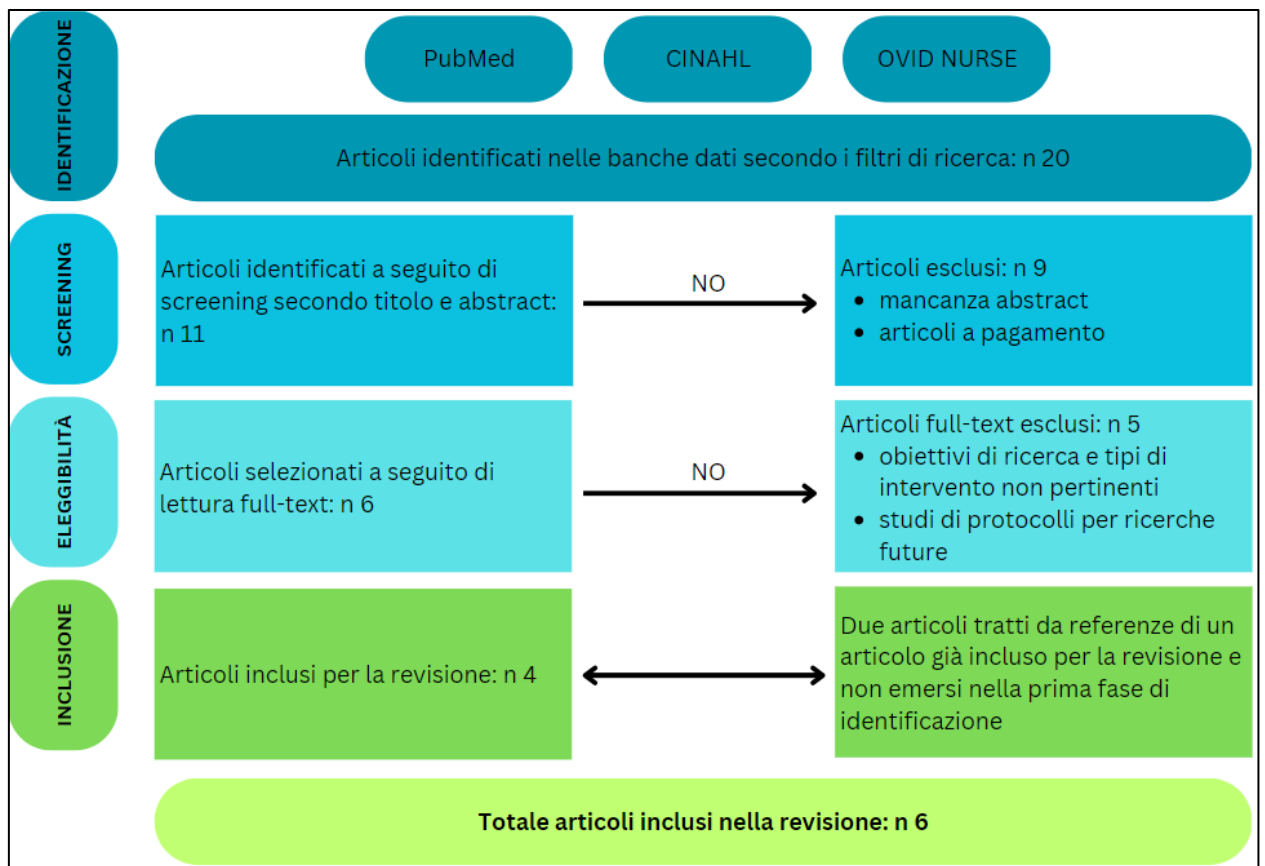


Immagine 5. Diagramma di flusso per la selezione degli articoli di Biondina Lucia.

Capitolo 3

3.1 Risultati

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>Gillard, S.; Foster, R.; White, S.; Barlow, S.; Bhattacharya, R.; Binfield, P.; Eborall, R.; Kaulkner, A.; Gibson, S.; Goldsmith L.P.; Simposon, A.; Lucock, M.; Marks, J.; Morshead, R.; Patel, S.; Repper, J.; Rinaldi, M.; Ussher, M.; and Worner, J.</p> <p><i>The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study</i></p> <p>2022</p> <p>Regno Unito</p>	<p>Valutare ed investigare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • benessere soggettivo dei <i>peer worker</i> • rischio di burn-out e di assenteismo dei <i>peer worker</i> • soddisfazione lavorativa dei <i>peer worker</i> in un équipe interprofessionale. <p>Domande di ricerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Come percepiscono i <i>peer worker</i> l'impatto del loro primo impiego lavorativo • come cambia nel tempo la percezione dei <i>peer worker</i> rispetto al loro lavoro <p>Studio longitudinale con metodi misti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 32 <i>peer worker</i> hanno accompagnato a partire dalla fase di dimissione da una struttura di psichiatria acuta un paziente (rapporto uno a uno). I <i>peer worker</i> hanno potuto seguire più utenti, l'utente ha avuto a disposizione sempre lo stesso <i>peer worker</i> come riferimento. • Almeno un incontro conoscitivo durante la fase dimissiva del ricovero tra utente e <i>peer worker</i>. • Dopo la dimissione incontri settimanali per 10 settimane, in seguito tre incontri ogni due settimane. • I <i>peer worker</i> hanno avuto la possibilità di confrontarsi con <i>peer worker</i> "esperti" durante l'intero studio. • I <i>peer worker</i> sono stati intervistati in tre momenti: <ul style="list-style-type: none"> ○ al termine della loro formazione ○ dopo quattro mesi dall'inizio del loro impegno (termine dell'accompagnamento a uno a uno tra utente e <i>peer worker</i>) ○ dopo 12 mesi dall'inizio del lavoro. • Sono state eseguite interviste qualitative semi strutturate e somministrate quattro tipi di scale standardizzate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante l'intera durata dello studio i risultati dei questionari somministrati e delle interviste che riguardavano: esperienza soggettiva di benessere, di autorealizzazione, di soddisfazione di vita e del funzionamento psicologico sono paragonabili in egual modo tra <i>peer worker</i> ed il resto della popolazione generale. • I dati relativi alle assenze per malattia dei <i>peer worker</i> sono paragonabili a quelli degli altri operatori nei servizi sanitari. • Durante l'intero studio nessuno dei <i>peer worker</i> non hanno necessitato di una presa a carico acuta né di interventi di urgenza. • I risultati a quattro mesi dello studio mostrano che vi è stata una diminuzione medio-piccola a livello della soddisfazione lavorativa e del benessere lavorativo con un aumento del rischio burn-out, questi elementi non sono più emersi al termine dello studio. • I <i>peer worker</i> si sono sentiti apprezzati, responsabilizzati e legati al loro ruolo. • I <i>peer worker</i> hanno avuto difficoltà nell'adattamento delle richieste lavorative all'inizio dell'incarico. • La supervisione da parte di <i>peer worker</i> "esperti" e la partecipazione a gruppi autonomi di sostegno tra <i>peer worker</i> sono stati risultati di supporto.

		<ul style="list-style-type: none">• La media di pazienti a carico di un <i>peer worker</i> variava da uno a un massimo di 39.	<ul style="list-style-type: none">• I <i>peer worker</i> hanno riferito che la comunicazione con l'équipe clinica potrebbe essere migliorata.• I <i>peer worker</i> hanno riportato di preferire un contratto di impiego rispetto ad un contratto con retribuzione oraria.• I <i>peer worker</i> hanno espresso insicurezza a livello della possibilità lavorativa futura e anche formativa.
--	--	---	--

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>White, S.; Foster, R.; Marks, J.; Morshaed, L.; Goldsmith, L.; Barlow, S.; Sin, J.; and Gillard, S</p> <p><i>The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systemic review and meta-analysis</i></p> <p>2020</p> <p>Regno Unito</p>	<p>Valutare l'efficacia del supporto tra pari (<i>peer worker</i>-utente = <i>peer to peer</i>) nei servizi di salute mentale. Negli studi consultati sono stati considerati i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percezione di qualità di vita e salute • Percorso di <i>recovery</i> • Percezione dell'empowerment • Soddisfazione dei servizi di salute • Funzioni sociali e rete sociale • Alleanza terapeutica • Livello di supervisione e di supporto • Ospedalizzazioni • Sintomi psichiatrici <p>Revisione di letteratura attraverso studi RCT. Non emerge una chiara domanda di ricerca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione di letteratura di 19 studi RCT dal 1995 al 2019. • I Paesi degli studi RCT analizzati sono: <ul style="list-style-type: none"> ○ 12 USA ○ 3 Regno Unito ○ 1 Germania ○ 1 Australia ○ 1 Canada ○ 1 Giappone 	<ul style="list-style-type: none"> • I risultati del <i>peer to peer</i> ha un effetto positivo, anche se modesto, sull'autonomia e la percezione di salute soggettiva. • Il <i>peer to peer</i> potenzia l'efficacia tra utenti dei servizi di salute mentale e gli operatori. • Il <i>peer to peer</i> contribuisce a solidificare l'alleanza terapeutica tra utenti e operatori. • Non si sono verificati cambiamenti sostanziali rispetto ad un miglioramento della sintomatologia psichiatrica e nemmeno rispetto al numero di ospedalizzazioni. • Dal <i>peer to peer</i> si constatano aspetti favorevoli rispetto alle relazioni sociali. • Dalla revisione emerge l'aumento degli studi riguardanti i <i>peer worker</i> nel corso degli anni. • Dalle analisi dei 19 RCT risulta la necessità di ulteriori studi <i>peer to peer</i> con interventi più specifici e scale di valutazione più idonee. • Gli studi futuri dovrebbero considerare anche l'aspetto del rapporto costo-efficacia dell'introduzione dei <i>peer worker</i>.

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>Johnson, S.; Lamb, D.; Marston, L.; Osborn, D.; Mason, O.; Henderson, C.; Ambler, G.; Milton, A.; Davidon, M.; Christoforou, M.; Sullivan, S.; Hunter, R.; Hindle, D.; Paterson, B.; Leverton, M.; Piotrowski, J.; Forsyth, R.; Mosse, L.; Goater, N.; Kelly, K.; Lean, M.; Pilling, S.; Morant, N. and Lloyd- Evans, E.</p> <p>Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial</p> <p>2018</p> <p>Regno Unito</p>	<p>Valutare se l'affiancamento da parte dei <i>peer worker</i> (rapporto uno a uno) a utenti appena dimessi a causa di una crisi acuta aiuti a diminuire le recidive di ri-ospedalizzazioni dopo un anno dall'inizio dell'intervento dei <i>peer worker</i> (ossia dopo un anno dalla dimissione dell'utente); attraverso la co-costruzione <i>peer worker</i>-utente di un libro personalizzato di recovery (obiettivi, strategie e piano di intervento in caso di crisi).</p> <p>Valutare e confrontare i costi delle eventuali recidive di ri-ospedalizzazioni con il costo dell'impiego dei <i>peer worker</i>.</p> <p>Studio longitudinale RCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 221 partecipanti assegnati al gruppo di intervento e 220 al gruppo di controllo (n=441). • I partecipanti del gruppo di intervento sono stati affiancati da un <i>peer worker</i> alla dimissione e sono stati accompagnati per un massimo di dieci incontri della durata di un'ora in cui il <i>peer worker</i> ha aiutato a redigere un quaderno personalizzato trattando i temi: obiettivi, strategie e piano d'intervento in caso di crisi. Al gruppo di controllo è stato mandato unicamente per posta il libro di recupero da compilare individualmente. • I criteri di esclusione alla possibilità di partecipare allo studio sono stati, la valutazione di un'elevata potenzialità di aggressività fisica da parte dell'utente sia al suo domicilio, sia all'interno del servizio di salute mentale ambulatoriale, utenti tossicodipendenti ed alcolisti, utenti che non comprendono la lingua inglese. • I criteri di inclusione dei <i>peer worker</i> sono stati la familiarità con un loro piano personale di recupero e la familiarità con il servizio di salute ambulatoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> • In totale si sono verificate 71 riammissioni di cui 29 del gruppo d'intervento e 42 del gruppo di controllo. • Il sostegno dei <i>peer worker</i> nei confronti degli utenti che sono stati affiancati ha ridotto la riammissione alle cure acute. • La co-costruzione del libro personale di <i>recovery</i> ha permesso una maggiore accuratezza ed in un minor tempo per quanto concerne i seguenti elementi: riconoscimento precoce di prodromi di fase acuta, sviluppo di strategie personali e maggior entusiasmo e fiducia nel proseguire le cure ambulatoriali. Una percezione soggettiva riferita dagli utenti di miglior qualità di vita a livello sociale. • Dai dati emersi si è constatato che l'associazione tra il gruppo di intervento e la minor riammissione nell'assistenza acuta entro un anno non è dovuta al caso. • È doveroso continuare a valutare se l'implementazione dell'intervento dei <i>peer worker</i> in contesti di cure ambulatoriali riduca la riammissione in cure acute. • Non si sono presentati sostanziali cambiamenti a livello economico, né di guadagno, né di perdita.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Un primo incontro individuale con interviste semi strutturate sia a <i>peer worker</i>, sia a utente. In seguito sono stati eseguiti tre follow-up con interviste sempre con interviste semi-strutturate sia per <i>peer worker</i> sia per utenti: a quattro mesi, a 12 e a 18 mesi dall'inizio dello studio. | |
|--|--|--|--|

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>Zeng, G.; McNamara, B.</p> <p><i>Strategies used to support peer provision in mental health: a scoping review</i></p> <p>2021</p> <p>Australia</p>	<p>Individuare le strategie intraprese dalle istituzioni di salute mentale per il successo e la facilitazione dell'implementazione nei servizi di salute mentale dei <i>peer worker</i>.</p> <p>Revisione di letteratura. Non è presente una chiara domanda di ricerca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione di letteratura di 28 studi compresi tra il 2008 al 2020 di cui 25 di tipo qualitativo e 3 studi con metodi misti. 	<ul style="list-style-type: none"> • In 24 studi di 28 è emerso come fattore chiave all'integrazione dei servizi dei <i>peer worker</i> sia stato il sostegno dato loro da parte dei leader dell'organizzazione istituzionale. • 18 studi di 28 hanno sostenuto che l'introduzione del ruolo di <i>peer worker</i> nei servizi di salute mentale può essere più facile in organizzazioni medio-piccole, con minor gerarchia e con una cultura della pratica psichiatrica meno radicata e rigida. • 14 studi di 28 hanno riportato che l'assunzione dei <i>peer worker</i> all'interno dell'istituzionale dovrebbe seguire la stessa procedura degli altri operatori sanitari e 2 studi sostengono che il colloquio di assunzione dei <i>peer worker</i> è più efficace se svolto sotto forma di gruppo di lavoro (focus group). • 13 studi su 28 hanno affermato che la collaborazione tra l'organizzazione dell'istituzione e l'impegno dei <i>peer worker</i> deve poter garantir loro supporto emotivo e possibilità di sviluppo di abilità personali e professionali.

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>Renninck- Egglestone, S.; Ramasay, A.; McGranahan, R.; Llewellyn-Beardsley, J.; Hui, A.; Pollock, K.; Rapper, J.; Yeo, C.; Ng, F.; Roe, J.; Gillard, S.; Thornicroft, G.; Susie Booth, S.; and Slade, M.</p> <p><i>The impact of mental health Recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: qualitative analysis and change model</i></p> <p>2019</p> <p>Regno Unito</p>	<p>Valutare l'impatto di narrazioni autobiografiche del percorso personale di <i>Recovery</i> a persone che stanno attraversando una difficoltà a livello di salute mentale attraverso l'identificazione del funzionamento cognitivo, comportamentale ed emozionale.</p> <p>Capire come l'impatto delle narrazioni possa essere integrato nel <i>change model</i> per una migliore riuscita nel percorso di <i>recovery</i>.</p> <p>Ricerca qualitativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Campione (narratori) di 77 persone selezionate attraverso: l'uso dei servizi psichiatrici, gruppi di sostegno online, volantaggio e passa parola. • Narratori vs interlocutori: in questo caso per <i>interlocutori</i> si riferisce unicamente a coloro che ascoltano. Ogni narratore ha raccontato la propria storia a un interlocutore (un totale di 77 racconti sono stati analizzati nella ricerca). • Criteri di inclusione dei partecipanti con vissuto di fragilità psichica: <ul style="list-style-type: none"> ○ persone di età superiore ai 18 anni ○ capacità di comprendere sia parlato che scritto l'inglese ○ volontà nel raccontare la propria storia di <i>recovery</i> • Suddivisione in quattro sottogruppi: <ul style="list-style-type: none"> ○ persone con patologie mentali che non hanno voluto beneficiare dei servizi di salute mentale negli ultimi cinque anni ○ membri di minoranze sociali di tipo socioeconomico, etnico e sessuale ○ persone che riferiscono di esperienze passate negative 	<ul style="list-style-type: none"> • Lo studio ha mostrato che maggiore è la connessione e l'autenticità tra narratore e interlocutore e maggiore è l'impatto verso un cambiamento positivo nel percorso di <i>recovery</i>. • Dalle 77 interviste sono emersi quattro elementi con impatto negativo sul percorso di <i>recovery</i> dell'interlocutore. <ul style="list-style-type: none"> ○ Senso di inadeguatezza ○ Mancanza di connessione con il narratore ○ Senso di pessimismo ○ Senso di abbattimento/sconfitta • Dalle 77 interviste sono emersi sette elementi con impatto positivo sul percorso di <i>recovery</i> dell'interlocutore. <ul style="list-style-type: none"> ○ Senso di connessione con il narratore ○ Senso di legittimazione ○ Riduzione dello stigma ○ Speranza ○ Empowerment ○ Apprezzamento ○ Cambio e/o ulteriore fonte di punto di riferimento che riveste il narratore nei confronti dell'interlocutore • Lo studio sostiene che le narrazioni hanno avuto da subito un effetto nel percorso di <i>recovery</i> nei confronti dell'interlocutore.

		<p>quando seguite dai servizi di salute mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ persone inserite come volontarie(<i>peer</i>) nei contesti di salute mentale e di cui ne hanno familiarità e una continuità terapeutica solida. <ul style="list-style-type: none"> ● Intervento <ul style="list-style-type: none"> ○ Selezione dei narratori: Interviste semi strutturate in persona o telefonicamente condotte da ricercatori con <i>background</i> di <i>advocay health</i> (operatori sanitari, operatori sociali e sociologi) ○ Al termine della selezione i narratori raccontano la loro personale storia di <i>recovery</i> a persone appartenenti allo stesso sottogruppo e con la presenza di un mediatore formato, il cui ruolo è assicurare l'autenticità della narrazione e supervisionare l'impatto emotivo e prevenire un'eventuale crisi acuta durante la narrazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lo studio riporta risultati che possono essere integrati nel <i>change model</i> per un percorso di <i>recovery</i> più efficace: <ul style="list-style-type: none"> ○ Imparare che il percorso di <i>recovery</i> è possibile ○ Imparare concetti alternativi riguardo la salute mentale ○ Imparare ulteriori e differenti strategie per il percorso di <i>recovery</i> ○ Essere fiduciosi e consapevoli che le difficoltà future sono affrontabili ● Lo studio riferisce che il ruolo dei mediatori dovrebbe poter essere dato a persone sensibilizzate e che abbiano loro stessi un percorso di <i>recovery</i> proprio per promuovere la coerenza di tale approccio. ● Lo studio è limitato nell'interpretazione per la popolazione generale, in quanto i partecipanti provenivano in gran parte da situazioni di benessere socioeconomico medio/elevato.
--	--	---	--

Autore, Titolo, Anno, Paese	Obiettivi e disegno di ricerca	Campione e strumenti di intervento	Risultati
<p>Otte, I.; Werning, A.; Nossek, A.; Vollmann, J.; Juckel, G.; and Gather, J.</p> <p>Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: results from a qualitative interview study</p> <p>2020</p> <p>Germania</p>	<p>Esplorare le sfide affrontate dai <i>peer worker</i> durante la loro integrazione nelle équipes di psichiatria acuta stazionali all'interno dell'équipe interprofessionale.</p> <p>Analisi qualitativa attraverso interviste semi-strutturate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di otto <i>peer</i> in cinque centri acuti psichiatrici. • I <i>peer worker</i> inclusi nella ricerca prima dell'inizio dello studio avevano tutti completato un anno di formazione previsto prima dell'assunzione nei centri di psichiatria acuta. • Le assunzioni dei <i>peer worker</i> selezionati per lo studio sono avvenute tutte circa nello stesso periodo. • I <i>peer worker</i> hanno lavorato nei reparti di psichiatria acuta. • Nelle équipes interprofessionali vi era un unico <i>peer worker</i>. • Prima dell'inizio dello studio è stato effettuato un <i>focus group</i> con i <i>peer worker</i> ed i direttori del personale infermieristico al fine di condividere potenziali compiti ed aspettative reciproche. • Un ulteriore incontro prima dell'inizio dello studio è stato svolto tra i ricercatori, i <i>peer worker</i> ed i direttori del personale infermieristico. • Le interviste volte ai <i>peer worker</i> si sono svolte individualmente a sette e 12 mesi dall'inizio dello studio. • Un ultimo incontro di gruppo tra i <i>peer worker</i>, i capi del personale 	<p>Nella prima fase dello studio i <i>peer worker</i> hanno riferito di sentirsi sottopressione in quanto era la prima volta che l'équipe interprofessionale introduceva un collaboratore <i>peer worker</i> e le aspettative poste loro dalle istituzioni erano percepite come elevate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I <i>peer worker</i> hanno riferito che i compiti a loro assegnati erano poco chiari agli altri membri dell'équipe interprofessionale e questo ha portato in alcune situazioni a conflitti. • I <i>peer worker</i> hanno riferito di situazioni in cui si sono sentiti trattati come pazienti oppure come personale qualificato che volesse sostituirsi al lavoro di altri operatori dell'équipe interprofessionale • I <i>peer worker</i> hanno descritto che esitavano ad assentarsi per malattia perché temevano che i colleghi avrebbero pensato che l'assenza fosse dovuta a sintomo di sofferenza mentale. • I <i>peer worker</i> hanno riferito di non aver avuto molte possibilità di crescita professionale. • I <i>peer worker</i> hanno riportato difficoltà a collaborare con pazienti aventi una patologia differente dalla loro in quanto più competenti e a loro agio in esperienze a loro simili. • I <i>peer worker</i> e l'istituzione hanno riferito che dovrebbe esserci una miglior introduzione della figura dei ruoli dei <i>peer worker</i> nei

		infermieristico ed i ricercatori è stato svolto al termine dello studio.	confronti degli altri membri dell'équipe interprofessionale.
--	--	--	--

Tabella 2. Risultati.

3.2 Analisi e discussione dei risultati

A seguito dell'attenta lettura degli articoli selezionati, in questo capitolo vengono ora analizzati e discussi i risultati emersi.

3.2.1 *Peer* e utenza

Quanto emerge dallo studio di Johnson et al. (2018), in cui si è verificato come l'affiancamento utente-*peer* ha diminuito il numero di ri-ospedalizzazioni rispetto agli utenti senza affiancamento da parte del *peer*, non compare lo stesso risultato dalla revisione di letteratura dei 19 studi RCT svolto White et al. (2020), in cui il cambiamento dell'introduzione dei *peer* non ha avuto conseguenze sostanziali rispetto alla diminuzione delle ri-ospedalizzazioni. Entrambi gli studi concordano gli aspetti favorevoli ad una maggiore fluidità e continuità terapeutica data dai *peer* all'interno dei servizi ambulatoriali. Inoltre, sempre negli articoli Johnson et al. (2018) e White et al. (2020), risulta un'alleanza terapeutica più solida e una maggior soddisfazione e fiducia da parte dell'utenza nel proseguire le cure ambulatoriali in cui operano *peer*. Sempre in questi due articoli viene riportata che la percezione soggettiva rispetto ad una migliore qualità di vita, nonché alla percezione soggettiva positiva alla propria salute, è riferita in maniera considerevole da parte dell'utenza. Sempre mettendo a confronto gli articoli Johnson et al. (2018) e White et al. (2020), essi si trovano in contrasto tra loro per quanto concerne il riconoscimento dei sintomi psichiatrici. Nell'articolo Johnson et al. (2018) la costruzione di un libro personalizzato di *recovery* da parte dell'utente, che ha avuto il supporto e la supervisione da parte del *peer*, ha dimostrato un riconoscimento e una presa di consapevolezza precoce, sempre da parte dell'utente, dei propri sintomi prodromi di una crisi acuta, mentre nella revisione di letteratura di White et al. (2020) i dati relativi ad una diminuzione della sintomatologia non hanno dimostrato un impatto notevole.

Interessante notare che l'articolo di White et al. (2020) è una revisione di letteratura in cui sono stati considerati 19 studi RCT dal 1995 al 2019, mentre l'articolo di Johnson et al. (2018) è un unico studio RCT. È curioso tener presente sia le date degli studi, sia la tipologia degli studi. Un'ipotesi che sorge è il possibile cambio di approccio e di interventi nell'introduzione dei *peer* nelle differenti équipe interprofessionali dal 1995 al 2019 e anche al ruolo e alle mansioni specifiche svolte dai *peer* negli studi RCT selezionati, come e se sono mutate dall'inizio degli articoli analizzati per la revisione di letteratura di White et al. (2020). Potrebbe essere opportuno approfondire anche quest'aspetto.

Continuando l'analisi, la domanda di ricerca della revisione di letteratura di White et al. (2020) non è specifica, ma ha considerato principalmente, come elemento puntuale, il numero di ri-ospedalizzazioni attraverso specifici elementi (percezione rispetto a qualità di vita e di salute, percorso di *recovery*, percezione dell'empowerment, soddisfazione nei confronti dei servizi di salute, soddisfazione della rete sociale, supporto dei social network, alleanza terapeutica, livello di supervisione e di supporto, ospedalizzazioni e sintomi psichiatrici).

Al contrario, lo studio Johnson et al. (2018) presenta una domanda di ricerca specifica ed un intervento ben specificato che ha portato a dimostrare come l'affiancamento tra utente e *peer* e la diminuzione delle ri-ospedalizzazioni rispetto al gruppo di controllo non è dovuta al caso.

Nella revisione di letteratura di White et al. (2020) è stato incluso, tra i 19 studi analizzati, anche l'articolo di Johnson et al. (2018), in quanto soddisfacente per l'eleggibilità. Anche

da questo elemento nasce un'ulteriore ipotesi: quali altri interventi, non meglio specificati, sono stati attuati negli altri 18 articoli RCT selezionati da White et al. (2020) e in quale modo hanno impattato sui risultati della stessa, in cui emerge il fatto di come l'intervento utente-*peer* porta a dei miglioramenti rispetto alla percezione migliore di salute e di qualità di vita, ma non mostra una considerevole e sostanziale diminuzione delle ri-ospitalizzazioni.

La revisione di White et al. (2020) riporta l'aumento nel corso degli anni, tra il 1995 ed il 2019, un aumento notevole degli studi svolti riguardanti la tematica dei *peer* in psichiatria e salute mentale in generale. Questo aspetto si è potuto anche validare durante il flusso delle tappe dell'attuale revisione. Sebbene attraverso la stringa di ricerca molti articoli non si siano poi dimostrati eleggibili, nell'attuale revisione si è verificato sia l'aumento del numero delle ricerche, sia una diversificazione di interventi delle ricerche riguardanti i *peer* nel contesto sempre della salute mentale e della psichiatria; in particolare studi che indagano l'impatto dell'utilizzo dei social network da parte degli utenti.

Gli studi Renninck-Egglestone et al. (2019) ed Otte et al. (2020) hanno delle similitudini. Dal primo studio emerge che con un maggior senso di connessione, autenticità e riconoscimento nella storia raccontata dal narratore all'interlocutore, vi è una facilitazione più immediata nell'aumento della speranza, dell'empowerment e dello sviluppo di strategie alternative in situazioni di sofferenza e/o di crisi acuta.

Nello studio Otte et al. (2020), i *peer*, invece, riferiscono una maggiore difficoltà nell'aiutare persone con patologie differenti dalle loro, in quanto più sicuri con utenti con caratteristiche sintomatiche a loro già note. In questo studio non vi era l'obiettivo di identificare la conoscenza da parte dei *peer* di ulteriori aspetti riguardanti la salute mentale. Inoltre, non è noto dalla ricerca di Otte et al. (2020) quali argomenti siano stati affrontati dai *peer* durante la loro precedente formazione prima dell'inizio dell'incarico professionale; viene unicamente esplicitato che la durata della formazione da loro svolta ha avuto la durata di un anno, ma non si conoscono le tematiche trattate e nemmeno la metodologia adottata per la formazione.

Nello studio Renninck-Egglestone et al. (2019) gli interlocutori riferiscono di avere imparato, da un'unica narrazione di storia di *recovery*, concetti alternativi, a quelli già loro noti, concernenti la salute mentale. In entrambi gli studi Renninck-Egglestone et al. (2019) e Otte et al. (2020), si constata che quanto più vi è connessione ed autenticità tra le persone coinvolte, maggiore è l'agevolazione nel ricevere supporto e aiuto.

L'articolo Renninck-Egglestone et al. (2019) è l'unico studio dell'attuale revisione che indaga l'approccio attraverso cui lo *story telling* possa andare a modificare il *change model* per sviluppare il percorso di *recovery* in maniera efficace. L'articolo ha suddiviso i partecipanti in quattro gruppi in base alle caratteristiche di appartenenza quali: emarginazione sociale, non utilizzo dei servizi di salute mentale negli ultimi cinque anni, persone con esperienze negative nell'utilizzo dei servizi di salute mentale e *peer* volontari all'interno dei servizi di salute mentale. Tale suddivisione è stata scelta dai ricercatori per aumentare il senso di connessione tra narratore ed interlocutore in quanto appartenenti allo stesso gruppo con caratteristiche il più simili possibili e partendo dall'ipotesi dei ricercatori che da tali similitudini il legame potesse essere maggiore tra le parti. Tuttavia, l'interpretazione di questo studio risulta limitata per la popolazione generale, dato che i partecipanti erano prevalentemente individui provenienti da contesti socioeconomici medio- elevati. Quest'ultimo aspetto potrebbe essere indagato ulteriormente e un'ipotesi

che emerge è la possibilità che le persone provenienti da gruppi sociali considerati come minoranze possano aver mostrato una minore disponibilità nel raccontare storie di recupero a causa di diverse ragioni. Tra queste, potrebbe esserci una maggiore sfiducia o paura nel condividere esperienze personali, data la percezione di essere stigmatizzati o discriminati. Inoltre, potrebbe esserci una mancanza di rappresentanza e inclusione di tali gruppi nelle strutture di ricerche scientifiche o nel contesto sociale in generale, questi elementi potrebbero scoraggiare la partecipazione e la condivisione di esperienze personali. Altre possibili spiegazioni potrebbero includere differenze culturali nella modalità di condividere storie, influenzando quindi la disponibilità a raccontarle. Un'ulteriore ipotesi potrebbe essere data dalla stigmatizzazione sociale associata all'essere LGBTQ+ (unico articolo dell'attuale revisione che include questa popolazione) e che potrebbe influenzare la propensione a condividere esperienze personali di recupero, specialmente se queste esperienze sono legate a sfide o difficoltà specifiche correlate alla loro identità di genere o sessuale.

3.2.2 *Peer*, équipe interprofessionale e istituzione

L'articolo Gillard et al. (2022) mira nello specifico a valutare l'impatto soggettivo che vivono i *peer* nel rivestire tale ruolo all'interno dell'équipe interprofessionale attraverso uno studio longitudinale a metodi misti, mentre l'articolo di Zeng et McNamara (2021) indaga prevalentemente le strategie delle istituzioni nell'introdurre la figura dei *peer* al loro interno attraverso una revisione di letteratura comprendente 28 studi (25 studi qualitativi e 3 con metodi misti).

Nell'analisi di Gillard et al. (2022) risulta che i giorni relativi di assenza lavorativa da parte dei *peer* sono paragonabili ai giorni di assenza degli altri operatori sanitari.

Nella revisione di letteratura data da Zeng et McNamara (2021) vi sono 14 studi su 28 che indicano che l'assunzione dei *peer* all'interno delle istituzioni dovrebbe seguire la stessa procedura degli altri professionisti dell'équipe interprofessionale in cui va ad operare il *peer*, due studi sostengono invece che sarebbe più opportuno svolgere il colloquio di assunzione sotto forma di gruppo di lavoro (focus group) e dei rimanenti 12 studi non è stata riportata una preferenza specifica.

Sempre nello studio di Gillard et al. (2022), oltre ai giorni di assenza lavorativa paragonabili al resto degli operatori sanitari, anche il funzionamento psicologico è paragonabile al resto della popolazione, invece, generale. Infatti, durante l'intero studio, nessuno dei *peer* ha necessitato di cure acute.

Negli studi Gillard et al. (2020) e Zeng et McNamara (2021) e si aggiunge per questo tema anche l'articolo di Otte et al. (2020), i *peer* riferiscono che vi è la necessità di un adeguato sostegno da parte dell'istituzione in cui operano al momento dell'introduzione lavorativa. In particolar modo riferiscono una preparazione insufficiente da parte degli altri membri che compongono l'équipe interprofessionale, i *peer* sostengono che c'è la necessità di una maggior sensibilizzazione e conoscenza del loro ruolo e delle loro mansioni specifiche come *peer* all'interno dell'équipe interprofessionale.

Dallo studio di Otte et al. (2020) si constata da parte dei *peer* la difficoltà nella collaborazione con il resto dell'équipe interprofessionale. In questo studio sia per i *peer*, sia per l'équipe interprofessionale viene esplorata per la prima volta l'implementazione dei *peer* nelle équipe interprofessionali. I *peer* riferiscono di situazioni di conflitto per quanto riguarda il ruolo professionale; hanno riferito di aver percepito, da parte degli altri membri dell'équipe interprofessionale, l'aspetto di essere considerati figure che

volessero sostituirsi ad altre figure professionali già presenti. In altri casi, sempre in questa ricerca, i *peer* hanno riferito di situazioni in cui si sono sentiti trattati come utenti e non come professionisti.

Dalla ricerca emerge anche il timore da parte dei *peer* di assentarsi per motivi di salute dal lavoro per paura che gli altri membri dell'équipe interprofessionale intendessero l'assenza come ad un segno di fragilità e sofferenza mentale. In questo studio, al contrario dello studio di Gillard et al. (2022), non vengono ricercati ed analizzati i giorni di assenza lavorativa.

Nella revisione di Zeng et McNamara (2021) emerge in maniera considerevole (24 studi di 28) quanto sia stato rilevante da parte dei *peer* l'appoggio ed il sostegno dato loro da parte dei leader dell'istituzione e, sempre da questa revisione, 18 studi di 28 riportano una maggior facilitazione dell'introduzione dei *peer* in istituzioni medio-piccole (non meglio specificate) e con una visione della psichiatria meno rigida.

Negli studi Gillard et al. (2020), Zeng et McNamara (2021) e Otte et al. (2020) i *peer* riferiscono incertezza riguardo al futuro professionale ed anche di scarse possibilità nello sviluppo formativo.

Negli articoli analizzati nell'attuale revisione si evidenzia l'aspetto delle prospettive di sviluppo professionale incerto percepito da parte dei *peer* negli studi: Otte et al. (2020), Zeng et McNamara (2021), Gillard et al. (2022).

Gli studi Johnson et al. (2018) e White et al. (2020) hanno anche indagato la questione economica. La revisione di White et al. (2020) riferisce che nelle future ricerche è importante analizzare anche l'aspetto finanziario; in quanto dai 19 articoli analizzati non emergeva in maniera discutibile ed analizzabile quest'aspetto.

L'articolo di Johnson et al. (2018), che è stato compreso nella revisione appena citata, e in cui all'utente era affiancato ambulatorialmente e con un numero di incontri prestabilito ad un *peer*, non si è verificato un cambiamento a livello economico (né di perdite, né di guadagno) nonostante la diminuzione delle ri-ospedalizzazioni.

Dagli studi Gillard et al (2022) e dallo studio Otte et al. (2020) emerge il fatto che i leader delle istituzioni dovrebbero dare maggiori informazioni all'équipe interprofessionale rispetto al ruolo e ai compiti per ottenere un'integrazione ed una un'implementazione dei *peer* più efficace e facilitata sia da questi ultimi, sia dagli altri membri che compongono il l'équipe. Inoltre, i *peer* hanno riportato di sentirsi sottopressione soprattutto all'inizio dell'incarico, ma che poi questo stress è andato diminuendo in maniera considerevole durante il resto dell'intero studio di Otte et al. (2020); quest'ultimo aspetto emerge anche nello studio Gillard et al. (2022). Nello studio Zeng et McNamara (2021) i *peer* sostengono che l'efficacia dell'integrazione del loro ruolo all'interno del équipe interprofessionale sia stata data proprio dalle istituzioni.

Negli studi Gillard et al. (2022), Otte et al. (2020) e Renninck-Egglestone et al. (2019) i *peer* riferiscono un'insoddisfazione per quanto riguarda: tipo di contratto, stipendio e possibilità di crescita professionale.

Nello studio Otte et al. (2020), l'unico articolo di questa revisione che studia il primo impiego dei *peer* e la prima esperienza con i *peer* da parte del resto dell'équipe interprofessionale, emerge la difficoltà nella collaborazione con quest'ultima, nonostante l'incoraggiamento da parte dell'istituzione all'introduzione dei *peer*, anche nello studio di Gillard et al. (2022), viene riferito da parte dei *peer* che la comunicazione con il resto

dell'équipe interprofessionale dovrebbe essere migliorata. Invece, l'aspetto in cui emerge l'importanza e la facilitazione riferita dai *peer* da parte dell'istituzione si ritrova nella ricerca di Zeng et McNamara (2021).

3.3 Considerazioni personali

Giunta a questo punto del lavoro è importante apportare delle riflessioni ed osservazioni personali in merito al quadro teorico ed ai risultati dell'analisi emersi dagli articoli della presente revisione di letteratura.

3.3.1 Pari per esperienza come valore aggiunto

Negli articoli sono emerse più volte le questioni del benessere soggettivo e della qualità di vita. Una domanda spesso scontata che si pone reciprocamente tra persone è "come stai?"; spesso trovo che sia utile rivolgerla in primis a sé stessi. Poter indagare quali elementi siano per ciascuno risorse per il proprio benessere è fondamentale per raggiungere una qualità di vita soddisfacente e gratificante al di là della presenza o meno di una malattia.

Poter trovare un confronto e una condivisione di risorse, attraverso una relazione terapeutica "classica" tra utente ed équipe è fondamentale (Tacchini 1998). Oggi un elemento aggiuntivo potrebbe essere dato anche attraverso al supporto dei PPSM. L'aspetto a favore di ciò è sostenuto da più persone di rilievo nel contesto della salute mentale e della psichiatria.

Lo psichiatra e professore Huguelet di Ginevra, che è stato uno dei primi promotori per il progetto PPSM in svizzera romanda, sostiene che la figura dei PPSM rappresenta un contributo prezioso e che deve poter essere integrato all'interno dell'équipe interprofessionale (UFPD, 2017).

Secondo Oriana Brücker, coordinatrice del progetto di formazione per divenire PPSM in Svizzera romanda, riferisce quanto la figura dei PPSM può arricchire le conoscenze dei professionisti clinici e divenire dunque un valore aggiunto all'interno di un'équipe interprofessionale (UFPD, 2017).

Secondo il noto psichiatra De Stefani, il quale ha apportato un contributo molto significativo alla promozione e all'implementazione degli UFE a Trento, è convinto che riconoscere il ruolo centrale delle persone con disagio psichico sia di fondamentale importanza all'interno dell'équipe interprofessionale e anche nella società in generale. Egli sostiene fermamente che il loro sapere basato sull'esperienza costituisca una risorsa fondamentale e insostituibile nel percorso di cura degli utenti. (De Stefani, 2007).

3.3.2 Implicazioni per operatori e istituzioni

Durante l'analisi ed il confronto tra *peer* ed équipe interprofessionale, sono emerse informazioni riguardanti le istituzioni in cui operano i *peer*. Quest'aspetto, anche molto importante e non prefissato negli obiettivi della corrente revisione di letteratura, è utile ed apporta un'integrità al lavoro svolto.

L'integrazione della figura dei PPSM richiede il sostegno sia degli operatori che dell'istituzione. Quest'ultima ha il compito di sviluppare un piano d'intervento e apportare le necessarie modifiche alla struttura organizzativa. Alcune implicazioni da parte

dell'istituzione potrebbero essere la sensibilizzazione ed il coinvolgimento attivo degli operatori riguardo al ruolo dei PPSM e al valore aggiunto che possono portare al processo di cura. Questo può aiutare a creare una cultura di collaborazione e supporto reciproco all'interno dell'équipe interprofessionale. Inoltre, l'istituzione dovrebbe essere in grado di riorientare la sua missione e le sue politiche per includere il coinvolgimento attivo dei PPSM nel processo di cura e questo, di conseguenza, potrebbe portare al riconoscimento del valore dell'esperienza diretta delle persone con disagio psichico e integrarla con più fluidità nella filosofia e negli obiettivi dell'istituzione.

Nella regione della Svizzera italiana, queste iniziative, che implicano modifiche organizzative, sono chiaramente delineate nella recente Pianificazione dell'organizzazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025. Questo piano identifica le priorità attuali, come ad esempio l'urgente necessità di creare un'adeguata unità di cura per i minori. (OSC,2022).

L'obiettivo dell'intera équipe interprofessionale è poter garantire ed erogare le migliori cure possibili (McGillUniversity, 2023). Quest'aspetto vale quindi anche per infermieri e, se inclusi nell'équipe, anche per i PPSM.

È necessario sviluppare ed implementare specifiche strategie di intervento da parte dell'équipe interprofessionale per affrontare le potenziali barriere presenti nei diversi livelli del sistema prima dell'inizio dell'integrazione dei PPSM nelle équipes multidisciplinari.

A lezione un professore cita questa frase di Grace Murray Hopper (1906-1992): *“abbiamo sempre fatto così”* e aggiunge poi un importante aspetto: non esiste una pratica, un valore, una conoscenza che non possa essere trasformata nel tempo, bisogna diffidare dei futuri colleghi che si incontrano e che sostengono il significato delle parole *“abbiamo sempre fatto così”*.

Le parole dette da Grace Murray Hopper sono provocatorie e sottolineano il rischio di rimanere ancorati alle pratiche del passato senza aprirsi al cambiamento e all'evoluzione.

Riferendomi per esempio all'evoluzione della storia della cura psichiatrica in Ticino, a partire dal 2016 si vede nascere il progetto del servizio Home Treatment dell'OSC, servizio di psichiatria acuta ambulatoriale (DSS, Psichiatria acuta territoriale CPC, 2022) (Bonventre, 2019). In Inghilterra nel 1869, come riportato nel quadro teorico, la domanda per cui la cura di persone con disagi psichici non fosse più idonea ed efficace era presente e considerata non solo dai professionisti ma anche a livello politico.

Il cambiamento di paradigma c'è ed è sempre in evoluzione, richiede tempo (Cipriano, 2018).

Pinel (1745-1826) conosciuto per aver *“tolto dalle catene i matti”* e Basaglia attorno al 1964 *“apre le porte dei manicomi”*, oggi è opportuno che ogni persona coinvolta in qualche modo con il disagio mentale possa raccontare la loro propria storia di *recovery* senza nascondersi e/o trovare barriere.

Il processo di cambiamento richiede tempo e impegno, e non sempre è ben accolto da tutti. Tuttavia, è essenziale per il progresso e il miglioramento delle cure psichiatriche. Guardando indietro alla storia della cura psichiatrica, possiamo vedere come anche in passato siano stati presi in considerazione dubbi e riflessioni riguardo all'efficacia delle pratiche in atto. Questo dimostra che il cambiamento è un processo continuo e dinamico, e che è necessario mantenere uno spirito aperto all'innovazione e all'adattamento per garantire la miglior cura possibile degli utenti e delle persone a loro vicino.

La storia ci insegna che il cambiamento è possibile e necessario per il benessere dei pazienti e il progresso nel campo della cura psichiatrica.

In Svizzera, nel 2019, si è formato il progetto chiamato Zeta Movement (ZetaMovement, 2022) e quest'associazione è stata creata "dai giovani per i giovani" con l'obiettivo di combattere lo stigma e i pregiudizi che ancora circondano il tema della salute mentale (Ibidem). Utilizzando un approccio di tipo narrativo, giovani che hanno affrontato personalmente disturbi psichici (che sono chiamati "ambasciatori") che sono nel proprio percorso di recovery e che ne hanno raggiunto una fase avanzata, si raccontano apertamente davanti ad altri giovani, soprattutto nelle scuole, con l'intento di sensibilizzare sul tema della salute mentale Movement (ZetaMovement, 2022). Inoltre, l'associazione funge da ponte tra i giovani che cercano aiuto ed i professionisti a cui rivolgersi per ottenere un'assistenza adeguata (Ibidem).

Un esempio simile sempre legato al narrare la propria storia di *recovery* si è ritrovato anche nell'articolo analizzato di Renninck-Egglestone et al. (2019) in cui emerge il fattore positivo dell'ascolto e condivisione di storie di *recovery* nei confronti della percezione del benessere riportato, nonché la connessione che porta ad un minor senso di isolamento. Sempre in quest'articolo per raggiungere una maggior connessione è stato scelto di unire gli interlocutori in base alla provenienza sociale di tipo età, etnia e sesso in modo tale, appunto, di aumentare la connessione tra gli interlocutori; trovo che il progetto di Zeta Movement si sposi molto bene con quanto scelto nella ricerca Renninck-Egglestone et al. (2019) in quanto l'associazione Zeta Movement è nata proprio con l'obiettivo di poter parlare liberamente di salute e malattia mentale tra giovani.

Sintetizzando, l'introduzione dei PPSM può portare a cambiamenti significativi nell'approccio e nella pratica delle istituzioni e degli operatori coinvolti. Tuttavia, tali cambiamenti, se ben apportati, possono offrire opportunità preziose per migliorare la qualità della cura e promuovere il benessere delle persone con disagio psichico.

3.3.3 Pari per esperienza e infermieri: ruoli diversi e obiettivi comuni

Molte delle azioni infermieristiche riportate nella tabella 2. *Azioni principali di infermieri in psichiatria* sono trasversali a delle ipotetiche e possibili competenze ed interventi dei PPSM; per esempio, anche il PPSM può fungere da colui che accoglie e spiega la struttura, il PPSM potrebbe far parte nella costruzione del piano terapeutico costruito tra utente ed équipe interprofessionale e il PPSM potrebbe organizzare delle attività terapeutica incoraggiando i pazienti a raccontare le loro esperienze attraverso forme di espressione creativa, come scrittura, arte o teatro, per favorire il processo ed il percorso di *recovery*.

Come detto precedentemente, è necessaria un'attenta preparazione sia dei PPSM, sia dell'équipe interprofessionale nonché il sostegno da parte dell'istituzione (McGillUniversity, 2023).

Nell'immagine 3. *Competence Map* (NHS, The competences framework), sono illustrate le conoscenze e competenze che un PPSM formato ha acquisito al termine della suo percorso formativo. Anche a livello infermieristico, al termine della formazione, vi sono delle competenze professionali specifiche (SUPSI, 2011).

Alcune di queste competenze le si ritrovano in entrambi i ruoli di PPSM e nel ruolo infermieristico; per esempio: la condivisione di sapere ed esperienze all'interno dell'équipe, la partecipazione alla costruzione di progetti di promozione, prevenzione e tutela della salute, consentire ai pazienti e a chi sta loro vicino di utilizzare in modo

personalizzato le risorse disponibili per prevenire e gestire la malattia ed allo stesso tempo cercando di mantenere il massimo livello possibile di qualità di vita (SUPSI, 2011). Sia infermiere che PPSM possono fornire supporto e accompagnamento ai pazienti durante la transizione dal ricovero stazionario alla vita nella comunità, con l'obiettivo di favorire una maggiore integrazione sociale e una migliore continuità delle cure. O ancora, entrambe le figure possono essere promotrici nell'advocacy e nelle attività di sensibilizzazione. Possono svolgere un ruolo attivo nper i diritti dei pazienti e nella sensibilizzazione riguardo alle questioni legate alla salute mentale, contribuendo così a ridurre lo stigma sociale.

Riuscire a costruire, partendo dalle esperienze di infermieri e PPSM, delle competenze specifiche a questi ultimi potrebbe essere un obiettivo futuro. La parola "competenza" indica già all'interno della sua etimologia *chiedere assieme* (Cornaggia & Clerici, 2015).

Dalle riflessioni conseguenti all'analisi dei dati emersi nella revisione attuale, possono emergere alcune implicazioni di tipo collaborativo tra ruolo infermieristico ed il ruolo del PPSM.

Gli infermieri dovrebbero poter beneficiare di una formazione che possa fornir loro informazioni sul ruolo e le funzioni dei PPSM, in modo tale da poter raggiungere una collaborazione il più efficace possibile. La formazione dovrebbe portare quindi a riconoscere e rispettare le competenze dei PPSM, date dal loro sapere esperienziale e dal percorso di *recovery*, in modo tale che il percorso di cura dell'utente sia il più ottimale possibile e con una risorsa ulteriore data dai PPSM.

La formazione dovrebbe poter essere consentita in maniera reciproca, i PPSM, partendo dalla loro personale esperienza, potrebbero condividere le loro storie di *recovery* con gli operatori riguardo alle sfide che hanno affrontato e/o che continuano ad affrontare. Inoltre, un ulteriore aspetto da considerare è il fatto che l'introduzione dei PPSM potrebbe portare a dinamiche di potere diverse nella collaborazione tra infermiere e PPSM. Entrambe le figure devono dimostrarne la consapevolezza nel caso in cui queste dinamiche dovessero presentarsi in modo da poter lavorare e creare un ambiente collaborativo ed efficace, nonché garantire un buon grado benessere e soddisfazione lavorativa.

3.4 Possibili sviluppi futuri

Alcune domande che mi sono posta e che trovo interessanti e utili poter approfondire in un futuro sono:

- Come costruire e realizzare un'eventuale formazione per i PPSM?
- Quali strategie per integrare in maniera efficace i PPSM all'interno dell'équipe interprofessionale?
- Riflettere sulla relazione professionale tra PPSM ed infermieri e le dinamiche che potrebbero sorgere (colleghi, rivali oppure i PPSM visti in un'ottica di una nuova tipologia di utenza)
- Da utente a PPSM quale relazione tra PPSM ed operatori clinici?

- Nel territorio della svizzera italiana esistono persone interessate a diventare PPSM è necessario stabilire se siano considerate "idonee" per questo ruolo e se sì in quale misura?

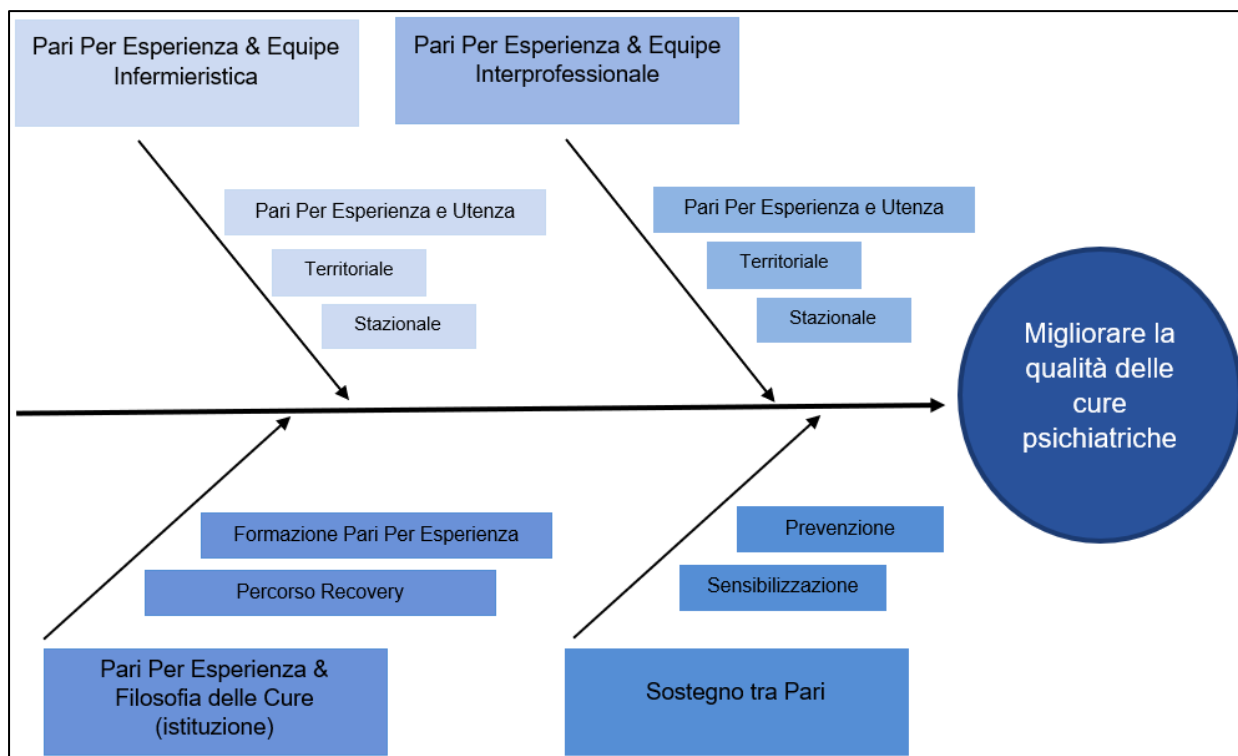


Immagine 6. Possibili sviluppi futuri di Biondina Lucia.

Questi temi rappresentano solo alcune delle diverse sfide per il percorso di implementazione dei PPSM ed il mio augurio è che nelle giuste tempistiche e nel modo più consono possano essere portati avanti.

Si può immaginare uno studio che indaghi l'aspetto dell'intervento dei PPSM, senza che questi abbiano svolto una formazione, a livello preventivo soprattutto nella popolazione giovanile; attraverso la narrazione da parte di giovani che hanno vissuto e/o che convivono con la sofferenza mentale a giovani che si trovano per la prima volta in una difficoltà simile.

Potrebbe anche essere possibile studiare l'implementazione dei PPSM nel contesto ticinese possa essere sviluppato attraverso ad una formazione interna all'OSC e con la co-partecipazione di membri dell'équipe interprofessionale in modo che ci possa essere uno scambio diretto e che poi l'eventualità implementazione possa risultare facilitata, cosa che negli studi Gillardi et al. (2022), Zeng et McNamara (2021) e Otte et al. (2020) è stata riportata come difficoltosa.

Una futura ricerca, inoltre, potrebbe essere sviluppata da studenti del dipartimento DEASS e quindi coinvolgere studenti di sanità, socialità ed economia per un unico progetto di tesi.

Il presente lavoro di tesi vuole iniziare a costituire un ulteriore punto di riferimento per suscitare riflessioni sulle prospettive future legate alla tematica dei PPSM che si dimostra "innovativa" nella realtà ticinese.

L'attuale revisione di letteratura è stata supportata anche grazie al precedente lavoro di tesi di Anja Rossetti (2016-2017), la quale ha indagato la figura degli UFE a Trento.

3.5 Conclusioni

Grazie a questo lavoro di tesi ho potuto chiarire e descrivere i dettagli sul ruolo dei PPSM e la loro importanza all'interno del contesto della salute mentale. La tesi ha delineato le competenze, le responsabilità e le caratteristiche distintive di questa figura, dando luce sulla sua rilevanza nella cura e nel supporto alle persone con disagio psichico.

Quanto concerne l'evidenziare dei possibili benefici dei PPSM è stato raggiunto solo in parte nel presente lavoro. Sebbene siano stati discussi alcuni vantaggi dei PPSM rispetto alle persone con disagio psichico e il loro possibile ruolo di aiuto per coloro che stanno attraversando momenti di fragilità psichica, potrebbe essere utile sottolineare che ulteriori ricerche e approfondimenti sono necessari per esplorare pienamente questo aspetto. Attraverso l'analisi degli articoli sono emersi alcuni benefici e alcune barriere, ma è doveroso proseguire con ulteriori studi in modo tale che i dati possano offrire una visione più completa e dettagliata dei contributi positivi che i PPSM possono portare alla cura psichiatrica.

Questa revisione ha raggiunto solo parzialmente l'obiettivo riguardante la riflessione sulla collaborazione con gli infermieri in salute mentale. Sebbene siano state affrontate alcune prospettive di questa collaborazione, potrebbe essere utile sottolineare che ulteriori approfondimenti e analisi sono necessarie per esplorare completamente e in modo approfondito questa tematica. Nella letteratura emersa attraverso la ricerca nelle banche dati, il ruolo della collaborazione dei PPSM e dell'infermiere non è specifica, ma viene indagata l'intera équipe interprofessionale. La ricerca futura potrebbe contribuire a comprenderne meglio l'efficacia e l'impatto sulla cura psichiatrica, consentendo così di ampliare e approfondire le riflessioni sulla collaborazione tra i PPSM e gli infermieri in salute mentale. Ciononostante questo lavoro di tesi mi ha stimolato a riflettere riflessione approfondita riguardo al ruolo delle figure dei PPSM nella collaborazione con gli infermieri in salute mentale. Ho potuto sviluppare delle ipotesi per indagare meglio le competenze di entrambi i ruoli e come queste si possano unire per garantire una cura più completa ed efficace.

Dal mio vissuto personale e dall'esperienza formativa, penso che i pregiudizi che ancora oggi persone con un disagio psichico incontrano e lo stigma che circonda l'intera psichiatria del 2023, sia troppo forte e fonte di un'ulteriore sofferenza per le persone direttamente interessate.

Parlare apertamente di salute mentale è essenziale per abbattere gli stigma e le barriere che spesso circondano questa tematica. Una maggiore consapevolezza e comprensione della salute mentale possono contribuire a creare una società più inclusiva e solidale, in cui le persone affette da disagio psichico ricevano il giusto supporto e sostegno per migliorare la loro qualità di vita. Solo attraverso un impegno collettivo e un'azione concreta possiamo raggiungere un reale cambiamento e garantire un ambiente in cui tutti possano avere un accesso equo e adeguato alle cure e ai servizi di salute mentale.

Dall'esperienza vissuta durante la mia formazione, immaginare che una persona che convive con una malattia possa essere allo stesso tempo curante, è percepita con apertura ed interesse da quei professionisti che mostrano speranza, fiducia e voglia di mettersi in gioco a loro volta. Questi elementi appena citati sono i pilastri su cui si basa il percorso di *recovery* e poter vedere che esso può nascere anche in maniera spontanea

e naturale tra curante e curato continuando poi con una maggior consapevolezza è qualcosa di molto potente.

Scelgo di concludere questo lavoro riportando una citazione che in poche righe riesce a spiegare, secondo me, molto di quanto trattato e che si riconduce con l'inizio di questa revisione, in cui si constata la difficoltà nel trovare il confine tra salute e malattia.

“Il nostro esserci non si distingue per salute o per malattia, ma si differenzia in base al modo con il quale riusciamo a stare d’innanzi alla realtà (...) diventa centrale il modo con cui guardiamo l’altro e lo sguardo con cui vediamo l’altro”
(Cornaggia & Clerici, 2015, p. 14).

Ringraziamenti

Ringrazio tutte le persone che hanno creduto in me ogni volta che io ho smesso di crederci.

Le persone da ringraziare sono molte nel mio percorso formativo. Innanzi tutto ringrazio la responsabile del corso di laurea Carla Pedrazzani perché mi ha valorizzato e ha creduto in me, dandomi incoraggiandomi sempre nel perseverare, e anche per la disponibilità che ha sempre avuto. Un grazie importante va anche a Magda Chiesa, responsabile del corso di laurea durante i miei primi due anni presso la SUPSI, in quanto ha sempre creduto in me anche durante momenti difficili e mi ha trasmesso una forza nel proseguire i miei studi. Ringrazio il mio tutor di tesi Alessandro Guidali, perché ha saputo darmi feedback costanti e interessanti durante la stesura di questo scritto. Tengo anche a ringraziare i professori Mariano Cavolo e Manuela Cavolo, perché mi hanno supportato all'inizio di questo lavoro e per il sostegno datomi durante gli stage del corso di laurea.

Importante per me è anche ringraziare le infermiere referenti di stage: Daniela e Arianna, persone preziose e che mi hanno insegnato "l'arte del mestiere" in un modo che ho apprezzato moltissimo.

Tengo a ringraziare anche le mie amiche Anna e Matilde, sono state e sono tutt'ora le mie costanti e la mia cura principale in ogni situazione.

Mia sorella Martina per le sue capacità digitali e di grafica, ma soprattutto per lo spirito che ha avuto nel supportarmi (e sopportarmi) durante i sei anni di formazione, grazie per credere in me sempre.

I miei altri familiari: mia sorella Piera per il supporto emotivo e Linda per la calorosa ospitalità durante il mio ultimo stage, mio papà che c'è sempre e comunque e a mia mamma che c'è anche quando non c'è; mia zia Francesca per la sua pazienza, cugina Lisa perché è un esempio di perseveranza, cugina Irina per il suo supporto anglofono, Licia per i supporti teorici durante la formazione scolastica, mio cugino Filippo perché sì e zia Paola perché del mestiere ne sa tanto.

Le mie vicine di banco in questi anni di formazione: Suzi, Ilaria, Serena, Viola e Siria, perché con voi studiare è più bello.

L'intera équipe di H.T. e in particolar modo gli infermieri reperibili 24h su 24h (per davvero) e che anche hanno creduto in me, mi hanno aiutata in momenti difficili, diversi, buffi, tristi e mi hanno dato momenti di grande serenità.

Ringrazio anche Federica Giudici e Mariagrazia Giorgis e l'intero gruppo Recovery 2019, poter conoscervi è stato un immenso piacere e supporto nel condividere le storie di *recovery* reciprocamente. Quanto imparato con e da voi è prezioso. Altrttanto prezioso è il gruppo di Zeta Movement, perché va bene anche non stare bene.

Un ulteriore grazie va a Michela B., Dr.ssa Nocito e Lisa B. perché la sedia è più comoda se di fronte ci siete voi. Infine grazie anche al Dr. Selle e le sue zebre, che hanno saputo colorare un momento della mia vita di grande cambiamento.

Senza tutte queste persone il mio percorso personale e formativo non sarebbe stato possibile, ve ne sono grata e vi ringrazio moltissimo.

Bibliografia

- Alem, A., Jacobsson, L., & Hanlon, C. (2008). Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00153.x>.
- Amaldi, P. (1998). *Il Manicomio cantonale*. Casvegno-Mendrisio: Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Washington DC, London: American Psychiatric Association.
- Andreani, T. M. (2022). *Salute Statistica Tascabile 2022*. Neuchâtel: Ufficio Federale di Statistica.
- Bicego, L., Brandolin, C., Cociani, A., Fasci, A., & Semeria, N. (2008). *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermiere, spazi, azioni, vissuti di cura*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Bonventre, G. (2019). *Il ruolo della psicoeducazione nel miglioramento della qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei rispettivi familiari in ambito domiciliare e/o ambulatoriale*. Manno: SUPSI.
- Cassano, G., Dell'Acqua, G., Garattini, S., Maj, M., Morosini, P., Muggia, E., . . . Tansella, M. (2001). *La salute mentale. Contro il pregiudizio il coraggio delle cure*. Torino: Il pensiero scientifico.
- Cipriano, P. (2018). *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*. Milano: Ed Elèuthera.
- Cornaggia, C., & Clerici, M. (2015). *Compendio di psichiatria per le professioni socio-sanitarie*. Milano: Franco Agnelli.
- Davidson, L., Tondora, J., Staeheli Lawless, M., O'Connell, M., & Rowe, M. (2012). *Il recovery in psichiatria*. Erickson: Trento.
- De Stefani, R. (2007). Quando il disagio psichico diventa una competenza. *LiberaLaMente*.
- De Stefani, R. (2012). *Psichiatria mia bella*. Trento: Erickson.
- DSS. (2022, 09 09). *Divisione della salute pubblica*. Tratto da Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL): <https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/centro-abitativo-ricreativo-e-di-lavoro/>
- DSS. (2022, Novembre 26). *Psichiatria acuta territoriale CPC*. Tratto da Divisione della salute pubblica Tratto da Home treatment : <https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/home-treatment>
- Fassino, S. A. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico.
- Foucault, M. (1963). *Storia della follia*. Milano: Rizzoli.
- Giarelli, G., & Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. Milan: Franco Angeli.
- Gillard, S., Foster, R., White, S., Barlow, S., Bhattacharya, R., Binfield, P., . . . and Worner, J. (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>.

- Goldman, L. (2022). *Science, reform and politics in Victorian Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., . . . Goater, N. (2018). Peer-supported self- management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3).
- Kauffmann, O., Motto, D., Borghetti, S., & Mastroeni, A. (2017). *ESP in cammino*. Milano: Franco Angeli.
- Lauber, F. (Regia). (2010). *Gli UFE, un nuovo approccio nella salute mentale* [Film].
- Lieberman, R. (2012). *Il recovery dalla disabilità. Manuale alla riabilitazione psichica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Lucchi, F. (2017). *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*. Trento: Erickson.
- Maone, A., & D'Avanzo, B. (2015). *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- McCluskey, I., Sticher, L., Almeida, S., Ferrari, P., & Bonsack, C. (2017). *Pairs praticiens en santé mentale*. Losanna: CHUV.
- McGillUniversity. (2023, 5 28). *McGill University (CIHC)*. Tratto da McGill University (CHIC): <https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework>
- Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Barbot, C., & Morasz, C. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier MAsson.
- Murphy, E. (2022, Novembre 11). *Storia della Scienza*. Tratto da Treccani: [https://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_\(Storia-della-Scienza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_(Storia-della-Scienza)/)
- NHS. (2019). *Mental Health Implementation Plan*. NHS.
- NHS. (2020). *The competence framework*. NHS.
- OBSAN. (2023, Gennaio 2). *Suicide et suicide assisté*. Tratto da Suicide et suicide assisté: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste>
- OSC. (2022). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale*. Bellinzona: Repubblica del Cantone Ticino.
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & and Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: results from a qualitative interview study. <https://doi.org/10.1177/0020764020904764>.
- Petticrew, M. R. (2005). *Systemic reviews in the social sciences: a practical guide*. Wiley.
- Polit, D. B. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Milano: McGraw-Hill Education.
- ProMenteSana. (2012). *Témoignages de recovery*. Ginevra: Fondazione Svizzera Pro Mente Sana.
- ProMenteSana. (2020). *ENSA*. Zurigo: Fondazione Svizzera Pro Mente Sana.

- Renninck-Egglestone, S., Ramasay, A., McGranahan, R., Llewellyn-Beardsley, J., Hui, A., Pollock, K., . . . and Slade, M. (2019). The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: qualitative analysis and change model. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>.
- Rossetti, A. (2017). *Il ruolo dell'infermierie psichiatrico, in collaborazione con gli UFE, nel percorso di recovery della persona con un problema di schizofrenia*. Manno.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di Cure Infermieristiche*. Napoli: Sorbona.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse*. OBSAN, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi*. Milano: FrancoAngeli.
- Stanchina, E., & De Stefani, R. (2010). *Gli UFE, Utenti e Familiari Esperti*. Trento: Erikson.
- Steinberg, D. (2002). *L'auto/mutuo aiuto, Guida per i facilitatori di gruppo*. Trento: Erickson.
- SUPSI. (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*. Manno: SUPSI.
- Tacchini, M. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Milano: Masson.
- Tomasi, J., & De Stefani, R. (2019). *Le parole ritrovate. La rivoluzione dolce del fareassieme nella salute mentale*. Trento: Erickson.
- UFPD. (2017). *Ufficio federale per le pari opportunità delle persone con disabilità - Salute mentale: supporto tra pari o quando il paziente si prende cura di altri pazienti*. Berna: Confederazione Svizzera. Tratto da (https://www.edi.admin.ch/dam/edi/it/dokumente/gleichstellung/infomaterial/pairpraticien.pdf.download.pdf/Pair_praticien_it_def.pdf).
- Vaccaro, J., Clark Jr, G., & Bassi, M. (1999). *Manuale di psichiatria territoriale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vita, A., Dell'Osso, L., & Mucci, A. (2019). *Manuale di cliniche e riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshaed, L., Goldsmith, L., Barlow, S., . . . and Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systemic review and meta- analysis. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>.
- WHO. (2022, Dicembre 11). *World Health Organization*. Tratto da World Health Organization: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- WHO. (2023, January 1). *Mental Health*. Tratto da Mental Health: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WorldHealthOrganization. (2020). *Mental Health Atlas*. WHO.
- Zeng, G., & McNamara, B. (2021). Strategies used to support peer provision in mental health: a scoping review. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01118-6>.
- ZetaMovement. (2022, Dicembre 12). *ZetaMovement*. Tratto da ZetaMovement: <https://it.zetamovement.com/ambassadors>

Bibliografia immagini, grafici e tabelle

Immagine di copertina. Creata da Biondina Lucia.

Immagine 1. La combinatoria DIS (Disease-Illness-Sickness), modificata da Biondina Lucia.

Immagine 2. Cambiamenti della salute mentale in Ticino, modificata da Biondina Lucia.

Immagine 3. Competence Map (NHS, The competence framework, 2020)

Immagine 4. Flusso delle tappe in una revisione di letteratura (Polit, 2014).

Immagine 5. Diagramma di flusso per la selezione degli articoli di Biondina Lucia.

Immagine 6. Possibili ricerche sviluppi futuri di Biondina Lucia.

Tabella 1. Azioni principali di infermieri in psichiatria (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot, & Morasz, 2012).

Tabella 2. Risultati.

Grafico 1. Trattamento per problemi psichici, 2017 (Andreani, 2022).

Grafico 2. Anni vissuti con disabilità, modificato da Biondina Lucia.

Grafico 3. Anni di vita persi, modificato da Biondina Lucia.

Allegati

Competenze finali per le professioni sanitarie SUP

<p>A. Ruolo di esperto² in cure infermieristiche</p> <p>Come esperti in cure infermieristiche, gli infermieri sono responsabili, all'interno del sistema sanitario, del loro agire professionale e delle relative decisioni e valutazioni.</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>ES 1 Sono responsabili delle cure infermieristiche, rilevano la necessità di cure di individui e gruppi in ogni fase di vita, eseguono le cure necessarie o ne delegano l'esecuzione e ne valutano costantemente l'esito. L'offerta di cure include misure preventive, terapeutiche e palliative.</p> <p>ES 2 Nell'interesse dei pazienti, all'interno di gruppi professionali (<i>skill mix</i>) e multiprofessionali, si assumono la responsabilità di offrire cure di elevata qualità, efficaci, efficienti e continuative.</p> <p>ES 3 Offrono ai pazienti e ai familiari consulenza infermieristica, basandosi su conoscenze scientifiche aggiornate e su principi etici.</p> <p>ES 4 Partecipano a progetti e ricerche nell'ambito delle cure infermieristiche e promuovono il trasferimento dei risultati nella pratica.</p>	<p>E. Ruolo di promotore della salute (Health Advocate)</p> <p>Come promotori della salute, gli infermieri si basano in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperti e strutturano la loro influenza nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti/clienti e della società nel suo insieme.</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>AVV 1 Si impegnano per le problematiche legate alla salute e alla qualità della vita e per gli interessi dei pazienti e delle loro persone di riferimento.</p> <p>AVV 2 Integrano nella loro pratica professionale programmi per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie a livello individuale e collettivo e partecipano attivamente alla loro realizzazione.</p> <p>AVV 3 Fanno sì che i pazienti e le loro persone di riferimento possano utilizzare con un approccio differenziato e individuale i mezzi disponibili per prevenire e affrontare la malattia nonché per mantenere il più alto livello possibile di qualità di vita.</p> <p>AVV 4 Partecipano allo sviluppo di concetti per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.</p>
<p>B. Ruolo di comunicatore</p> <p>Come comunicatori, gli infermieri permettono lo sviluppo di rapporti di fiducia nel proprio contesto e trasmettono informazioni in maniera mirata</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>COM 1 Instaurano relazioni professionali di fiducia e adattano la comunicazione a ogni situazione</p> <p>COM 2 Sviluppano una comprensione condivisa della situazione di cura e, se necessario, gestiscono i conflitti.</p> <p>COM 3 Documentano efficientemente tutti i dati rilevanti tenendo conto delle basi legali. Riconoscono eventuali lacune nella documentazione e propongono le soluzioni del caso per porvi riparo.</p> <p>COM 4 Condividono sapere ed esperienza con colleghi.</p>	<p>F. Ruolo di apprendente e insegnante</p> <p>Come apprendenti e insegnanti gli infermieri si impegnano per l'apprendimento permanente basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l'applicazione del sapere basato su prove di efficacia.</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>APP 1 Mantengono ed sviluppano le proprie competenze professionali mediante l'apprendimento continuo in base alle conoscenze scientifiche</p> <p>APP 2 Riconoscono la necessità di apprendimento di pazienti, del loro <i>entourage</i> e del pubblico in generale e offrono il proprio sostegno orientato all'efficacia, tenendo conto della situazione della politica sanitaria.</p> <p>APP 3 Identificano problematiche rilevanti per la pratica professionale, le segnalano a chi di dovere allo scopo di inserirle e analizzarle in progetti di ricerca e di sviluppo.</p> <p>APP 4 Riflettono sul proprio operato professionale, rilevano lacune e risorse e mettono in relazione la propria esperienza clinica, l'esperienza con i pazienti e il sapere basato sulle prove di efficacia per l'evoluzione delle cure infermieristiche.</p>
<p>C. Ruolo di membro di un gruppo di lavoro</p> <p>Come membri di gruppi di lavoro, gli infermieri partecipano in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>GR 1 Si impegnano in seno a gruppi interdisciplinari e interprofessionali e sono promotori di cure infermieristiche individuali ottimali, orientate al paziente.</p> <p>GR 2 Si assumono la responsabilità delle situazioni di cura. Coordinano e accompagnano team di lavoro e sostengono e guidano sul piano disciplinare gli altri collaboratori del team.</p> <p>GR 3 Partecipano alla presa di decisioni complesse in seno a gruppi intraprofessionali e interprofessionali e sostengono una posizione conforme all'etica professionale.</p> <p>GR 4 Mettono le proprie competenze professionali a disposizione degli attori del sistema sanitario, dei pazienti e dei loro familiari.</p>	<p>G. Ruolo legato all'appartenenza professionale</p> <p>Come appartenenti alla loro categoria professionale, gli infermieri si impegnano per la salute e la qualità di vita delle singole persone e della società. Si vincolano all'etica professionale e alla cura della propria salute.</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>PRO 1 Nei contatti con i pazienti, con le loro persone di riferimento e con la società mantengono un atteggiamento conforme all'etica professionale.</p> <p>PRO 2 Si impegnano con senso di responsabilità e autonomia per lo sviluppo e l'esercizio della professione infermieristica e per la preservazione della propria salute.</p> <p>PRO 3 Sottopongono la propria pratica professionale a una valutazione e riflessione costante, contribuendo in tal modo alla salute e alla qualità di vita individuale e collettiva</p>
<p>D. Ruolo di manager</p> <p>Come manager gli infermieri si fanno carico della direzione specialistica, contribuiscono all'efficacia dell'organizzazione e sviluppano la propria carriera professionale.</p> <p>Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:</p> <p>MA 1 Mettono in atto piani di trattamento con efficienza ed efficacia, nel rispetto delle condizioni generali istituzionali e legali.</p> <p>MA 2 Collaborano all'implementazione e alla valutazione di standard di qualità per le cure infermieristiche basati su prove di efficacia e riconoscono il fabbisogno di innovazione.</p> <p>MA 3 Utilizzano le tecnologie informatiche e lavorano orientandosi verso il processo, gli obiettivi e le risorse.</p> <p>MA 4 Riflettono sul proprio ruolo professionale e pianificano la propria carriera.</p>	