



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

TESI DI LAUREA

**Gestione infermieristica del paziente psichiatrico con
disturbo bipolare: educazione alla salute rivolto alla
famiglia della corretta gestione del paziente**

Relatore:

Dott.ssa Manna Tiziana

Laureando: Puscas Larisa

Matricola 1227661

Anno Accademico: 2022-2023

ABSTRACT

Background: La salute mentale risulta ancora oggi un argomento poco conosciuto, spesso sottovalutato e ignorato. Risulta però importante il suo approfondimento perché esso ha un peso globale notevole, sia a livello sociale sia economico. Sono molteplici le domande che sorgono pensando alla malattia mentale, ad esempio, cosa pensa la persona quando si parla di disturbo bipolare? Il disturbo bipolare fa parte dei disturbi psichici con maggior rilevanza a causa della sua difficile diagnosi e gestione; è caratterizzato da sintomi che si manifestano nella sfera cognitiva, comportamentale e affettiva.

Obiettivo: L'obiettivo della presente revisione della letteratura è quello di analizzare e esaminare la malattia mentale mettendo un focus importante sul disturbo bipolare, dimostrando l'importanza dell'infermiere e della famiglia nella gestione della malattia.

Materiali e Metodi: La stesura dell'elaborato si è sviluppata attraverso la ricerca, l'analisi e la revisione della letteratura consultando banche dati come PubMed, Google Scholar; attraverso la ricerca tramite le parole chiavi: disturbo bipolare, malattia mentale, infermiere psichiatrico, servizi territoriali e famiglia.

Risultati: L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella gestione del paziente con disturbo bipolare dato dal fatto che esso risulta essere il professionista sanitario con cui l'utente entra più in contatto. Grazie al fatto che si instaura un legame basato sulla fiducia e la comunicazione, l'utente e la famiglia trovano nell'infermiere un punto cardine per la gestione dei sintomi della malattia e di una eventuale recidiva.

Risulta importante l'attuazione, da parte dell'infermiere, di un piano terapeutico in cui sono presenti anche delle strategie di coping per la gestione dello stress da parte del caregiver informale.

Conclusioni: La malattia mentale risulta essere ancora al giorno d'oggi, sfortunatamente, una malattia non capita, stigmatizzata e fraintesa.

I pazienti con disturbi bipolari, data l'intensità delle cure e le attenzioni che richiedono, a causa della complessità della patologia stessa, necessitano di un sostegno da parte della rete sociale e della famiglia, non indifferente.

Ad oggi i pazienti psichiatrici si trovano in difficoltà a rivolgersi alle strutture che possono soddisfare i loro bisogni, nonostante esse siano molteplici sul territorio.

Le famiglie, i servizi territoriali e i professionisti sanitari, in particolar modo gli infermieri, svolgono un importante ruolo nella gestione della malattia mentale, attraverso terapie familiari, supporto, sostegno e piani terapeutici mirati.

Una corretta compliance farmacologica e psicoterapeutica, aiuta l'utente a gestire la sua patologia e a vivere la propria vita, seguendo una routine ben precisa e stabilita, in modo più sereno, con meno recidive e con più "normalità".

INDICE	1
Introduzione	4
Capitolo 1 - LA MALATTIA MENTALE.....	5
1.1. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) ...	5
1.1.1 Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, terza edizione (DSM-III)	6
1.1.2. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione (DSM-IV)	6
1.1.3. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione (DSM-5)	7
1.1.4. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentale, quinta edizione, revisione del testo (DSM-5-TR)	8
Capitolo 2 - I DISTURBI BIPOLARI	9
2.1 Il disturbo bipolare, cos'è?	10
2.1.1. Disturbo Bipolare di tipo I	10
2.1.2. Disturbo Bipolare di tipo II	11
2.2.3. Disturbo ciclotimico	13
2.2. Epidemiologia e costo socio-economico della malattia	13
2.3 Diagnosi del disturbo bipolare	14
2.3.1 Stadiazione clinica del Disturbo Bipolare	16
2.4. Comorbilità del disturbo bipolare	18
2.4.1. BD e disturbi di abuso di sostanze (SUD)	18
2.4.2. BD e disturbi di abuso di alcol (AUD)	19
2.4.3. BD e ansia	19
2.4.4. BD e comorbilità mediche	20
2.5. Trattamento del disturbo bipolare	20
2.5.1. Trattamento degli episodi acuti	21
2.5.2 Trattamento di mantenimento	22
2.6 Il Suicidio	23

Capitolo 3: MATERIALI E METODI	25
3.1 Obiettivi di ricerca	25
3.2. Quesito di ricerca	25
3.3. Parole chiave	25
3.4. Criteri di esclusione ed inclusione	25
Capitolo 4 - SERVIZI TERRITORIALI per i PAZIENTI e i FAMILIARI ..	27
4.1 Centro Salute Mentale	28
4.2. Strutture residenziali	29
4.3. Strutture a ciclo semiresidenziale	30
4.3.1. Centro Diurno	30
4.3.2. Day Hospital Psichiatrico	30
4.4. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	30
4.5. Organizzazione Minerva	30
Capitolo 5 - INFERMIERE e SALUTE MENTALE	33
5.1 Infermiere Psichiatrico	34
5.2 Counseling Infermieristico	35
5.3. Lavorare insieme	36
5.3.1. Infermiere e lavoro in equipe	36
5.3.2. Infermiere e paziente	37
5.3.3. Infermiere e famiglia	38
5.4. Terapia focalizzata sulla famiglia e l'individuo	40
Capitolo 6 - CONCLUSIONE	43
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948 definisce la Sanità come "Stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità".

Prendendo come assoluta questa definizione, possiamo affermare che la salute risulta essere un benessere generale e non solo associato a una singola sfera della vita di un individuo.

La salute mentale, per quanto negli ultimi anni, grazie alla maggiore ricerca, ha ricevuto notevoli attenzioni e di conseguenza gli individui risultino essere più informati a riguardo, deve ancora farsi spazio a livello mondiale.

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo.

I disturbi mentali sono molteplici e tutti con caratteristiche diverse tra di loro.

Il disturbo bipolare, in specifico, è una patologia psichiatrica molto importante e, sfortunatamente, conosciuta in maniera superficiale. Esso è uno dei principali disturbi dell'umore che minaccia il benessere mentale individuale e la salute pubblica. Una delle sfide più grandi è la diagnosi corretta del disturbo mentale.

Una diagnosi errata, invertita o mancata non solo pone in crisi l'intero procedimento diagnostico, ma incide, non in maniera indifferente, sulla scelta terapeutica, che risulterà inefficace e inadeguata.

Risulta, quindi, fondamentale approfondire le definizioni, i criteri e i sintomi del disturbo bipolare e di tutti i disturbi mentali con cui esso viene confuso, soprattutto il Disturbo di Personalità Borderline e il Disturbo Depressivo Maggiore.

Risulta, inoltre, fondamentale mettere in evidenza la gestione del paziente bipolare da parte della famiglia e dell'infermiere, professionista sanitario che ha un' enorme importanza nell'educazione terapeutica.

CAPITOLO 1 - LA MALATTIA MENTALE

Nel 1960, Thomas Szasz¹ pubblicò “Il mito della malattia mentale”, sostenendo che la malattia mentale era un mito dannoso che non possedeva nessuna patologica biologica alla base e possedeva solo la capacità di danneggiare le, allora, attuali concezioni della responsabilità umana.

Il professor Szasz ha teso ad evidenziare il concetto che la “malattia mentale” differisce, in maniera rilevante, dalla malattia fisica e che le principali abitudini implicate dal termine “malattia mentale” sono la stigmatizzazione, la privazione della libertà e la privazione del diritto al processo per presunta condotta criminale. Secondo il suo concetto, la malattia mentale in quanto malattia non esiste.

Nasce il bisogno di definire il concetto di disturbo mentale, durante gli anni, per molteplici ragioni, tra cui: necessità di conoscere quali diagnosi devono essere incluse delle classificazioni; comprendere quali sono i casi che impediscono l'imputabilità giuridica; definire la posizione della psichiatria come disciplina medica speciale e distinguere tra patologico e normale.

In ambito psichiatrico la distinzione tra patologia e normalità si basa su tre quesiti:

- la comprensibilità: lo stato mentale, o comportamento, risulta ascrivibile ad una caratteristica endemica al contesto culturale del paziente?;
- l'adattamento, la persona riesce ad adattarsi al suo ambiente di vita?;
- la relazione con la sofferenza e l'inabilità, lo stato mentale del soggetto è fonte di disagio e disabilità? (Telles-Correia, 2018).

L'esistenza di una definizione di “malattia mentale” risulta il punto di partenza per una classificazione ateorica⁰ e basata sull'evidenza.

1.1. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)

Il primo Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, il DSM-I, fu redatta nel 1952 dall' American Psychiatric Association (APA)², segue il DSM-II redatto nel 1968, il DSM-III revisionato nel 1987, il DSM-IV del 1994,

il DSM-5 pubblicato nel 2013 e, l'attuale preso in considerazione, il DSM-5-TR pubblicato in Italia nel 2023.

Prima del DSM-III, la classificazione diagnostica era basata sul "miglior giudizio clinico" e "sull'esperienza di un comitato e dei suoi consulenti". Gli anni '70 segnano l'inizio di un movimento atto a migliorare la qualità della classificazione in psichiatria, infatti vengono sviluppati i "Criteri diagnostici per l'uso nella ricerca psichiatrica - DCPR" e i "Criteri diagnostici di ricerca - RDC". Questi rappresentano le basi per lo sviluppo dei criteri nosologici e della classificazione del DSM-III.

1.1.1. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, terza edizione (DSM-III)

La prima definizione formale di "disturbo mentale" è stata presentata nel DSM-III, derivata da un'approfondita revisione concettuale effettuata dal Comitato per la nomenclatura dell'APA², guidato da Spritzer³.

Spritzer ha lavorato per eliminare qualsiasi teoria eziopatogenetica e limitarsi alla sola descrizione dei segni e sintomi, rendendo così la definizione di "disturbo mentale" ateorica.

Secondo questa nozione, nel DSM-III la definizione di "disturbo mentale" viene concettualizzata come "sindrome o modello comportamentale o psicologicamente clinicamente significativo che si verifica in un individuo e che è, tipicamente, associato a un sintomo doloroso (distress) o a una compromissione di uno o più importanti aree di funzionamento (disabilità)". Secondo questa definizione si può dedurre che esista una disfunzione biologica, comportamentale o psicologica. Coerentemente con una struttura ateorica e descrittiva, il DSM-III valorizza l'importanza dei criteri di danno rispetto ai criteri di disfunzione psichiatrica/psicologica.

1.1.2. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione (DSM-IV)

Il DSM-IV sostiene che nessuna definizione specifica, perfettamente, i confini precisi del concetto di disturbo psichiatrico.

Il DSM-IV, però, conferma la definizione del DSM-III, secondo la quale il disturbo mentale sia “una sindrome o un modello comportamentale o psicologico significativo che si verifica in un individuo”.

Rileva, in aggiunta, che essi siano associati a disagio, disabilità o a un aumentato rischio di subire morte, dolore, disabilità o perdita di libertà. Aggiunge, inoltre, il concetto che, qualsiasi sia la causa originaria, deve essere considerata una manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo. I comportamenti derivanti e i conflitti che si verificano tra individuo e società non vengono considerati disturbi mentali a meno che essi, i comportamenti e i conflitti, non siano una disfunzione dell'individuo.

1.1.3. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione (DSM-5)

Nel DSM-5 si è verificato un cambiamento molto importante: il concetto disfunzione ha la precedenza, aparendo all'inizio della definizione. Infatti, per il DSM-5, il disturbo mentale è “una sindrome caratterizzata da un disturbo clinicamente significativo: nella cognizione, nella regolazione emotiva o nel comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o di sviluppo alla base del funzionamento mentale”. Secondo questo concetto i disturbi mentali sono associati a disagio significativo o disabilità nelle attività sociali, lavorative e in altri settori importanti della vita dell'individuo.

Vi sono diverse remore riguardo alla possibilità di considerare i disturbi mentali come sinonimo di disfunzione biologica, dato che i disturbi psichici sono “costrutti sociali” che non esistono a prescindere dallo sforzo umano. Le manifestazioni mentali, indipendentemente dal nucleo fisico o neurologico, rappresentano un disturbo mentale solo se sono considerate inadeguate, non adattive o causano danni. Inoltre, risulta controversa anche la teoria di definire il disturbo mentale attraverso una disfunzione psicologica, data la non concreta definizione a causa di insufficiente conoscenza dei processi psicologici. La definizione di disfunzione dei meccanismi psicologici,

come incapacità dei meccanismi interni di svolgere le loro funzioni previste dalla natura, traccia un confine artificiale tra ciò che è naturale e ciò che è sociale.

1.1.4. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, revisione del testo (DSM-5-TR)

La revisione del testo del DSM-5, del 2013, nasce per la necessità di aggiornare in modo completo il testo descritto fornito per ciascun disturbo del DSM. Arriva, di conseguenza, in Italia il DSM-5-TR nel 2023, il nuovo manuale Diagnostico statistico dei Disturbi Mentali basato su un aggiornamento del testo e su una revisione della letteratura degli ultimi dieci anni da parte di un gruppo di esperti.

Le principali modifiche risultano essere: inclusione delle entità diagnostiche; modifiche e aggiornamento della terminologia nei criteri diagnostici e nelle definizioni degli specificatori.

Sono stati introdotti, ad esempio, riferito all'episodio maniacale, degli indicatori di gravità: "lieve" se sono soddisfatti solo i criteri minimi dei sintomi, "moderato" se vi è un aumento molto significativo dell'attività o una compromissione della capacità di giudizio e "grave" se è necessaria una supervisione quasi continua.

La maggior parte dei testi sui disordini ha subito una revisione, in alcuni casi molto significative. Le sezioni maggiormente aggiornate riguardano: prevalenza, fattori di rischio e pronostici, caratteristiche diagnostiche legate al sesso/genere, caratteristiche diagnostiche legate alla cultura, comorbidità e associazione di pensieri e comportamenti suicidari.

0 - Si definisce "ateorica" dato che lo scopo era creare uno strumento attendibile che facilitasse la ricerca e il dialogo tra i professionisti di diversi orientamenti teorici.

1 - Thomas Szasz, psichiatra e saggista ungherese naturalizzato statunitense, 1920-2012. Ha sviluppato una posizione critica nei confronti della distinzione tra normalità e devianza, proponendo di tener conto del comportamento umano in relazione alle regole e ai fattori sociali.

2 - APA, L'American Psychiatric Association, è un'organizzazione professionale di psichiatri i cui soci sono medici degli Stati Uniti d'America, o di altre nazioni, che hanno una specializzazione in psichiatria. Fondata nel 1844.

3 - Bob Spritzer, psichiatra e professore di psichiatria alla Columbia University di NYC, 1932-2015.

Capitolo 2 - I DISTURBI BIPOLARI

I Disturbi Bipolari (BD) sono disturbi mentali caratterizzati da un'alterazione dell'umore. Il termine "umore" viene inteso come uno stato emotivo persistente che, quando estremizzato, altera i sentimenti, i comportamenti e i pensieri di un individuo.

Si definiscono bipolari perché sono presenti due poli opposti: depressione e mania.

I Disturbi Bipolari vengono spesso confusi con altri disturbi mentali, come ad esempio:

- Disturbo Borderline di Personalità, poiché anch'esso è costituito da variazioni del tono dell'umore ma, nonostante i loro sintomi possono rientrare nei criteri per la diagnosi di un episodio depressivo maggiore, non sviluppano mai una sindrome maniacale o mista;
- Disturbo da Deficit dell'attenzione e Iperattività (ADHD), poiché possiede sintomi quali impulsività, iperattività, difficoltà di concentrazione e fuga di pensieri però non sono accompagnati da euforia, aumentata spinta motivazionale, ipersessualità, insonnia o grandiosità e, inoltre, non presenta sintomi di depressioni alternati a periodi di umore stabile;
- Schizofrenia, poiché gli individui con questo disturbo mentale presentano deliri e allucinazioni e possono sperimentare depressioni severe ma la loro caratteristica importante è rappresentata dal fatto che manifestano un ottundimento emotivo⁴;
- Depressioni unipolari con episodi depressivi maggiori ricorrenti, in questo caso l'individuo manifesta ripetuti episodi depressivi con successivi periodi, che durano alcuni giorni, in cui si sentono "meglio" ma non presenta nessuna delle caratteristiche attribuibili all'episodio ipomanicale;
- Alterazioni dell'umore indotte da sostanze stupefacenti e farmaci, di durata inferiore rispetto al disturbo bipolare a causa del fatto che i sintomi maniacali e depressivi che vengono osservati, indotti, appunto, dalle sostanze assunte, si manifestano solo per la durata dell'emivita dei farmaci.

2.1 Il disturbo bipolare, cos'è?

Il disturbo bipolare (BD) è un disturbo psichiatrico dell'umore, cronico ed episodico con un' elevata prevalenza in tutto il mondo. Il BD è caratterizzato da episodi ricorrenti di depressione alternati a periodi di ipomania e/o mania, separati da periodi di umore e funzionamento relativamente normali (Goodwin e Jamison, 1990).

Il disturbo bipolare è una delle principali cause di disabilità tra i giovani, portando a deterioramento cognitivo e funzionale e ad un aumento della mortalità, in particolare morte per suicidio. Un'elevata prevalenza di comorbilità psichiatriche e mediche è tipica negli individui affetti da tale disturbo.

Le stime di ereditarietà per il disturbo bipolare vanno dal 70% al 90%. Infatti si nota che il disturbo bipolare è più frequente nelle famiglie al cui interno vi è un individuo che presenta la stessa malattia o tratti di essa.

Si ipotizza che i meccanismi alla base dell'ipotesi *kindling* (accensione) possono essere rafforzati, oltre che dalla base ereditaria appena citata, da fattori stressanti provenienti dall'ambiente circostante o dall'esposizione e assunzione di sostanze psicoattive e tossiche.

I disturbi bipolari, descritti nel DSM-5-TR, si suddividono in: disturbo bipolare di tipo I (BD-I); disturbo bipolare di tipo II (BD-II) e disturbo ciclotimico.

2.1.1 Disturbo bipolare di tipo I (BD-I)

Il disturbo bipolare di tipo I è definito dalla presenza di episodi maniacali evidenti. Secondo il DSM-5 per poter fare la diagnosi del BD-I è sufficiente, in anamnesi, la presenza di un solo episodio maniacale.

In genere gli episodi maniacali sono preceduti o seguiti da episodi depressivi o ipomaniacali, che non risultano però necessari per la diagnosi.

Un episodio maniacale è un periodo definito di "umore elevato in maniera anomala e persistente, espansivo e di durata di almeno una settimana". Durante il periodo di alterazione dell'umore, sono presenti tre, o più, dei seguenti sintomi: autostima ipertrofica o senso di grandiosità, diminuito

bisogni di sonno, loquacità, fuga delle idee, distraibilità, agitazione psicomotoria ed eccessivo coinvolgimento in attività ludiche. In questa fase, nel 75% dei casi, si manifestano sintomi psicotici come deliri e allucinazioni. Per essere considerato maniacale l'episodio deve essere sufficientemente grave da causare una compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali o delle relazioni interpersonali e deve essere caratterizzato dalla necessità di richiedere l'ospedalizzazione per prevenire atti violenti verso sé stessi o gli altri. In questa fase il paziente può rifiutare le terapie perché "si sente bene e vivo", portandolo ad attuare comportamenti che lui ritiene "normali" ma che danneggiano lui stesso e le persone che lo circondano.

Un episodio depressivo maggiore presenta una durata di almeno due settimane ed è caratterizzato da sintomi, che si manifestano per la maggior parte della giornata e quasi tutti i giorni, quali: umore depresso, diminuzione di interesse e piacere per tutte le attività quotidiane, diminuzione di peso e/o appetito, aumento di peso e/o appetito, rallentamento o agitazione psicomotoria, faticabilità e mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione con sensi di colpa, ridotta capacità di pensiero e concentrazione, pensieri ricorrenti di morte con ideazione suicidaria o tentato suicidio.

I sintomi causano disagio a livello personale, sociale e lavorativo. In questa fase vi sono alcuni disturbi associati, che si manifestano in maniera ricorrente, come irritabilità, ruminazione ossessiva, fobie, ansia, preoccupazione ossessiva per la propria salute fisica accompagnata da lamentele di dolore, difficoltà nelle relazioni sociali e nel funzionamento sessuale.

2.1.2 Il disturbo bipolare di tipo II (BD-II)

Il disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato da un decorso clinico in cui è presente uno, o più, episodi depressivi maggiori preceduto o susseguito da un episodio ipomaniacale. I pazienti con disturbo bipolare di tipo II possono

considerare gli episodi ipomaniacali come non patologici, nonostante questo possa turbare le persone che lo circondano a causa del fatto che mettono in atto un comportamento imprevedibile e irrazionale.

L'episodio ipomaniacale si identifica sulle caratteristiche base dell'episodio maniacale quindi, è caratterizzato da un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura, in maniera ininterrotta, per almeno 4 giorni e per il quale non è necessario il ricovero. In questa fase, i sintomi non sono così evidenti da causare danni marcati o la necessità dell'ospedalizzazione; inoltre, vi è assenza di psicosi.

Secondo il DSM-IV, si può presentare una fase in cui vengono soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo maggiore e l'episodio maniacale, ma che presenta la sua differenziazione solo per la durata; questo episodio viene definito "episodio misto".

I sintomi da tenere in considerazione per effettuare una diagnosi di "stato misto" sono: sovrapposizione fra umore depresso e irritabilità, presenza di agitazione interna, irritabilità, aggressività, impulsività, difficoltà di concentrazione e iperattività del pensiero, elevata tensione muscolare e sintomi somatici, comorbilità con malattia dell'ansia, sonno frammentato e/o sonno di scarsa qualità, disturbi alimentari, senso di disperazione e ideazione suicidaria, iper/ipo-attività sessuale, abuso di sostanze come alcool e stupefacenti e comportamenti antisociali.

Il DSM-5-TR, però, non riconosce più l'episodio misto in sé, sopracitato, ma ha indicato la definizione di "sintomi concomitanti depressivi e maniacali" definendoli nel contesto di un episodio indice, a prevalenza di caratteristiche depressive o maniacali, indicandolo come specifica nella codifica dell'episodio ad esempio: "episodio maniacale con episodi misti" o "episodi depressivi con episodi misti".

2.1.3 Disturbo ciclotimico

Il disturbo ciclotimico fa parte dei disturbi bipolari. E' caratterizzato, sostanzialmente, da un'alterazione dell'umore cronica, fluttuante, con frequenti alterazioni dell'umore con periodi caratterizzati da sintomi ipomaniacali e numerosi periodi con sintomi depressivi. I sintomi, di queste due fasi che si alternano, a livello di durata, pervasività e gravità non riescono a soddisfare a pieno i criteri indicativi di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo bipolare di tipo II. La durata deve essere di almeno 2 anni.

2.2. Epidemiologia e costo socio-economico della malattia

Il disturbo bipolare è una patologia ad andamento cronico, spesso grave e invalidante, che ha il suo esordio solitamente ad un'età media variabile tra i 23 e i 30 anni. L'età media di insorgenza del Disturbo Bipolare è di circa 25 anni.

La prevalenza lifetime del disturbo bipolare di tipo I è di circa l'1% e la stima della prevalenza dei disturbi bipolare in generale, compresi il disturbo ciclotimico e il disturbo bipolare di tipo II, risulta arrivare fino al 5%. La prevalenza varia in base al paese, a causa, ipoteticamente, di problemi metodologici e differenze culturali.

Si parla di esordio precoce del disturbo bipolare quando i primi sintomi depressivi o maniacali si manifestano prima dei 18 anni.

L'esordio precoce del disturbo mentale è spesso indice di un decorso clinico più grave, di una prognosi peggiore a causa di ritardi terapeutici, di un aumento del rischio suicidario e dell'insorgenza di innumerevoli comorbidità. Inoltre si osserva un impatto, in negativo, sul rendimento scolastico, il funzionamento sociale e le complicanze mediche.

Le stime della prevalenza del disturbo bipolare ad esordio precoce risultano, in base a numerosi studi epidemiologici, molto variabili con la presenza di una evidente incongruenza tra tassi di prevalenza del disturbo negli adulti a confronto con quelli negli adolescenti.

Il disturbo bipolare risulta avere un enorme peso sociale ed economico a causa della sua complessità. Nonostante si sappia ciò, risulta difficile definire un vero costo economico perché all'interno vi sono presenti spese dovute ai farmaci, ai ricoveri, alle infrastrutture di supporto, le comorbilità somatiche, i costi indiretti e quelli vivi, nonché l'assenteismo dal lavoro e le morti premature. Inoltre, a causa della loro difficile diagnosi, i disturbi bipolari comportano costi molto più elevati rispetto alla depressione maggiore.

L'impatto sulla popolazione, da un punto di vista della disabilità, risulta essere molto elevato infatti, secondo i dati del *Global Burden of Disease 2010*, nel 2030 il disturbo bipolare entrerà nelle prime 10 patologie per carico di malattia.

Le persone che vivono con il disturbo bipolare sperimentano una compromissione sostanziale per circa la metà della loro vita, in vari ambiti quali: fisico, psicologico, familiare, finanziario e sociale. Gli individui non sono in grado di mantenere un corretto funzionamento del ruolo lavorativo circa il 30% o più dei casi.

2.3 Diagnosi del Disturbo Bipolare

Il disturbo bipolare risulta di difficile diagnosi a causa del fatto che:
riguarda le alterazioni dell'umore che, essendo sperimentate dalla maggior parte delle persone, risultano, a volte, sovrastimate;
i criteri diagnostici riguardano più stati mentali soggettivi che vanno analizzati e osservati in un lungo periodo di tempo, in concomitanza con comportamenti osservabili;
una parte dei criteri sono individuati da stati mentali che le persone affette dal disturbo non riescono a riconoscere o danno per scontato;
la maggior parte dei criteri sono costituiti dall'esperienza delle persone.

I pazienti con disturbo bipolare, inoltre, ricevono con difficoltà la diagnosi a causa del fatto che, quando, loro stessi o i loro familiari, riescono a rivolgersi a un professionista, presentano un episodio depressivo; quindi, succede

spesso, sfortunatamente, che esso venga scambiato per un disturbo unipolare come la depressione maggiore.

Numerosi rapporti di ricerca suggeriscono che il disturbo bipolare sia sotto riconosciuto e sotto diagnosticato e che molti pazienti con depressione maggiore non polare (MDD) siano affetti, in realtà, da disturbo bipolare. Si pensi al fatto che, numerosi individui con DB, ricevono la corretta diagnosi anche 10 anni dopo l'insorgenza dei primi sintomi.

La corretta diagnosi della malattia bipolare, però, è essenziale per un trattamento appropriato, in particolare per la profilassi secondaria.

Per una corretta diagnosi del disturbo bipolare, tenendo in considerazione tutte le informazioni acquisite fin ad ora, si fa riferimento al DSM-5-TR. Infatti, al suo interno, vengono descritti tutti i criteri necessari, da soddisfare, per la diagnosi corretta di BD e chiarire il suo decorso specifico, la gravità e le caratteristiche specifiche per una corretta differenziazione tra le varie tipologie di disturbi bipolari.

Risulta importante, quindi fare affidamento al DSM-5-TR, ma risulta significativo integrare i criteri con un'attenta anamnesi psichiatrica dell'individuo e dei familiari di primo grado prestando attenzione a, eventuali, periodi di maggiore attività, irritabilità e cambiamenti comportamentali che possono risultare sospetti. Si devono, in aggiunta, valutare i sintomi che la persona manifesta, in maniera continua, in modo tale da analizzarli in maniera prospettica.

Dove possibile, dovrebbero essere incluse informazioni da parte di amici e familiari.

Strumenti di Valutazione validati, come il *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ), risultano essere strumenti di screening importanti per la segnalazione di pazienti per i quali è necessaria una maggior valutazione. Essi però, a causa della loro scarsa specificità e sensibilità, possono essere usati solo come strumenti aggiuntivi ma non risultano efficaci per scopo diagnostici o di pianificazione del trattamento.

2.3.1 Stadiazione clinica del Disturbo Bipolare

Il termine stadiazione vuole definire la progressione della malattia definendone il decorso in modo tale da poter individuare, realizzare e attuare un piano terapeutico farmacologico e non, al fine di scegliere il trattamento più appropriato per lo stadio in cui la malattia si presenta.

Il modello dello *staging* (stadiazione) concettualizza il disturbo bipolare (BD) come “una condizione di evoluzione con manifestazioni che cambiano nel corso del suo sviluppo” (Frank, et al., 2015).

Vi sono molteplici esempi di stadiazione clinica che possiamo prendere in considerazione quando si parla di disturbi mentali gravi, che possiamo usare anche per la stadiazione del disturbo bipolare come, ad esempio, quello di McGorry del 2006 (vedi tabella 1), in questo modello viene presa in considerazione la funzionalità globale dell'individuo a cui viene dato un punteggio in base al GAF (*Global Functioning Scale*⁵).

Nel 2013 Cosci e Fava, si differenziano dal precedente modello e affermano che lo stadio 0, inteso da McGorry, non può essere presente perché negano evidenze scientifiche che diano supporto all'identificazione di una categoria di popolazione definita ad alto rischio.

La stadiazione clinica del DB è collegata al concetto di neuroprogressione⁷, che può spiegare il peggioramento dei disturbi cognitivi e funzionali.

A causa dell'eterogeneità intrinseca del disturbo bipolare, però, risulta difficile l'utilizzo dei sopracitati sistemi di stadiazione.

Il decorso del Disturbo Bipolare è eterogeneo ma il rischio di recidiva aumenta con l'aumentare degli episodi precedenti. Insieme all'aumento delle recidive aumenta la sua gravità.

Gli studi di follow-up, a lungo termine, sono utili per comprendere la fenomenologia psichiatrica dello sviluppo.

Tabella 1 - *Staging* clinico secondo McGorry, 2006

Stadi o	Caratteristiche dello stadio
0	Nessun sintomo ma aumento del rischio di disturbo mentale
I a	Sintomi lievi e non specifici
I b	Ultra-high risk ⁶ , sintomi moderati ma sottosoglia con GAF<70
II	Primo episodio psicotico o grave dell'umore. GAF: 30-50
III a	Remissione incompleta dopo primo episodio
III b	Recidiva del disturbo, che si stabilizza dopo trattamento con GAF<30, o con sintomi residui e funzionamento cognitivo rallentato
III c	Ricorrenze multiple con peggioramento quadro clinico
IV	Malattia grave, persistente, senza remissione sintomatica e disabilità/deficit cognitivi.

Attraverso il delineamento del disturbo e con una corretta evoluzione della malattia nel corso del tempo, gli studi prospettici possono chiarire se e in che misura una diagnosi di BD ad esordio precoce risulta predittivo di un BD in età adulta.

2.4 Comorbidità del Disturbo Bipolare

I pazienti con diagnosi di disturbo bipolare hanno comunemente una o più diagnosi psichiatriche comorbili. La presenza di comorbidità⁸ aumenta la complessità della malattia, rendendo ancora più difficile una diagnosi accurata.

Le diagnosi di comorbidità più diffuse nel disturbo bipolare a esordio precoce sono il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), il disturbo oppositivo provocatorio/disturbo della condotta, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi d'ansia. L'ADHD è la più comune durante l'infanzia, invece durante l'adolescenza e l'età adulta sono maggiormente comuni i disturbi da uso di sostanze e i disturbi d'ansia.

Oltre a questi altri disturbi il BD si manifesta, spesso, in concomitanza con i disturbi alimentari.

La gestione sicura ed efficace delle condizioni di comorbidità richiede l'implementazione di un approccio gerarchico, a seconda delle esigenze del paziente e dall'impatto che la condizione di comorbidità ha sull'individuo. Infatti il disturbo o il sintomo con maggior morbilità e mortalità risulta avere la precedenza sugli altri.

Alcuni disturbi di comorbidità possono essere gestiti con lo stesso trattamento impiegato per gestire i sintomi bipolari, mentre altri disturbi di comorbidità, come ad esempio l'ADHD, possono necessitare di un trattamento distinto.

2.4.1. BD e disturbi di abuso di sostanze (SUD)

Il disturbo bipolare ha uno dei tassi più alti di disturbi da uso di sostanze in comorbidità. Si pensi al fatto che, secondo uno studio fatto dalla *World Mental Health Survey Initiative*, si è individuato che il 53,3% dei pazienti con disturbo bipolare di tipo I e il 36,5% dei pazienti con disturbo bipolare II aveva una diagnosi di disturbo da uso di sostanze stupefacenti.

Il problema maggiore dell'abuso di sostanze stupefacenti risiede nel fatto che i loro sintomi possono, spesso, oscurare una diagnosi di base di disturbo bipolare e portare il medico a ritardare la sua diagnosi. Infatti ad ogni

paziente con disturbo da abuso di sostanze stupefacenti, viene raccomandato di eseguire un attento screening per le comorbidità psichiatriche dopo aver eseguito il trattamento dell'intossicazione acuta o dell'astinenza.

Soprattutto nei giovani, il disturbo bipolare e il disturbo da abuso di sostanze provocano, in concomitanza, un danno grave e irreparabile alla salute aumentando anche i tassi di tentativi di suicidio e suicidi effettivi.

Si prende in considerazione uno studio brasiliano che riporta i seguenti dati: il tentativo di suicidio negli individui bipolari che abusano di sostanze stupefacenti è del 68% in confronto al 35% degli individui con disturbo bipolare che non fanno uso di sostanze.

L'analisi dei dati dello studio *National Comorbidity Survey Replication* ha rivelato che il disturbo da abuso di sostanze, con esordio nell'adolescenza, porta ad un aumento di circa 3 volte delle probabilità di successivi disturbi dell'umore, in particolare del disturbo bipolare.

2.4.2. BD e disturbi di abuso di alcol (AUD)

Oltre alla cannabis, l'alcol è la sostanza di abuso maggiormente utilizzata a causa del fatto che risulta essere legale e socialmente accettata.

Le stime sulla comorbidità nel corso della vita del BD e il AUD sono comprese tra il 40% e il 70% sia per il disturbo bipolare di tipo I e il disturbo bipolare di tipo II.

La relazione tra disturbo bipolare e abuso di alcol è bidimensionale. Nei pazienti giovani, il consumo di alcol e i sintomi bipolari risultano direttamente proporzionali: quando aumentano i sintomi, aumenta il consumo di alcol e viceversa, quindi quando uno diminuisce, diminuisce anche l'altro. Nelle fasi depressive del disturbo bipolare, inoltre, si manifesta l'aumento del desiderio di alcol.

2.4.3. BD e ansia

La comorbidità con l'ansia risulta essere altamente prevalente e sembra avere un impatto molto negativo sul disturbo bipolare con conseguente

aggravamento della patologia stessa e dei suoi sintomi. Inoltre, risulta ulteriormente difficile il trattamento del disturbo mentale.

I pazienti, in presenza di disturbo bipolare e ansia, possono sperimentare difficoltà lavorative, familiari e sociali con maggiori costi sanitari e tensioni sul sostegno familiare.

2.4.4. BD e comorbidità mediche

Gli anziani affetti da disturbo bipolare presentano, in media, tre o quattro, comorbidità mediche tra le quali: sindrome metabolica, ipertensione, diabete, malattia cardiovascolari, artrite e anomalie endocrine. Insieme alla BD, queste comorbidità portano a una riduzione dell'aspettativa media di 10-15 anni.

A causa della loro alta prevalenza, gli anziani con disturbo bipolare devono essere sottoposti a una valutazione psichiatrica, fisica e neurologica approfondita.

2.5 Trattamento del Disturbo Bipolare

Il disturbo bipolare è un disturbo mentale che presenta molte sfaccettature e un'ampia variabilità in base al suo decorso e alla soggettività individuale.

Per il trattamento del BD ci si può avvalere sia di interventi farmacologici, sia psicosociali. L'aspetto principale da considerare risulta il paziente, la sua sicurezza e quella delle persone che lo circondano.

Diversi sono i fattori che influenzano la scelta del trattamento iniziale, compreso le preferenze del paziente, le condizioni mediche e psichiatriche coesistenti e le precedenti risposte a un diverso trattamento.

A livello farmacologico, il trattamento gold standard risulta essere il litio, ma vengono usati anche farmaci quali anticonvulsivanti e antipsicotici atipici, in base alla tipologia di bipolarismo e sintomi principali, in quanto sono dotati di azione stabilizzatore del tono dell'umore.

2.5.1. Trattamento degli episodi acuti

Il trattamento acuto deve essere adattato alle esigenze del singolo paziente e alle caratteristiche cliniche specifiche in termini di scelta e dosaggio. Il trattamento efficace dell'episodio acuto dovrebbe essere continuato durante la fase adiacente e può differire dalla fase di mantenimento.

Il trattamento farmacologico con agenti antipsicotici o stabilizzatori dell'umore è il gold standard nel trattamento dell'episodio maniacale o ipomaniacale.

Per i pazienti in mania acuta, se non vi è alcuna risposta a un farmaco dopo 1 o 2 settimane, si può considerare l'opzione di cambiare farmaco.

La combinazione di un agente antipsicotico e un farmaco stabilizzatore dell'umore, risulta essere più efficace rispetto alla somministrazione singola.

Risulta fondamentale il monitoraggio terapeutico dei farmaci prescritti per capire il loro funzionamento e per riuscire a individuare eventuali importanti effetti collaterali.

Il trattamento della depressione acuta, risulta essere più complicata a livello farmacologico a causa del fatto che i farmaci usati possono dare maggiori effetti collaterali. Infatti, vengono usati stabilizzatori dell'umore e antipsicotici con dosi molto basse che vanno poi gradualmente ad aggiustarsi, con un leggero aumento, fino all'effetto desiderato.

Esiste una controversia riguardo l'efficacia degli agenti depressivi perché essi possono comportare il rischio di passaggi all'ipomania o mania durante il trattamento e l'accelerazione del ciclo tra essi. In questa fase si raccomanda la monoterapia.

La posizione delle linee guida CINP⁹ è che il trattamento della fase acuta deve essere continuato con lo stesso farmaco e dosaggio per almeno 2 mesi dopo la remissione dei sintomi maniacali e per almeno 6 mesi dalla remissione dei sintomi depressivi.

2.5.2 Trattamento di mantenimento

Quasi tutti gli individui affetti da disturbo bipolare necessitano di un trattamento di mantenimento per prevenire episodi successivi, ridurre i sintomi residui e ripristinare il funzionamento e la qualità della vita.

Si prevede che durante la fase di mantenimento, nella quale il paziente risulta essere più consapevole e collaborante, si preferisca un approccio psicoeducativo insieme al trattamento farmacologico. Risulta importante, durante questa fase, la partecipazione attiva del paziente a livello decisionale e durante le attività educative proposte.

Il trattamento di mantenimento deve essere mantenuto per tutta la vita dell'individuo dopo la conferma di disturbo bipolare.

Le eccezioni avvengono solo quando: i rischi, provocati dall'assunzione dei farmaci, per la salute fisica, superano i benefici; e i pazienti hanno un tasso di recidiva molto basso.

Anche in alcuni pazienti in cui i farmaci fanno poca o nessuna differenza, specialmente durante gli stadi avanzati del disturbo, potrebbe essere preferibile un trattamento più palliativo piuttosto che un trattamento di mantenimento aggressivo.

Molti pazienti, però, rifiutano la farmacoterapia a lungo termine o manifestano una scarsa ed errata compliance terapeutica.

In questo caso risulta fondamentale un adeguato follow-up del paziente e una costante collaborazione tra professionisti sanitari e famiglia, se presente una, o rete dei servizi sociali.

Il *gold standard* farmacologico per la terapia di mantenimento è il litio, perché risulta essere il farmaco più efficace sia per prevenire episodi maniacali sia depressivi e sembra avere un effetto evidente anti-suicidario.

La sospensione del trattamento può precipitare la recidiva; Il 50%-90% dei pazienti che interrompono il litio presenta una recidiva entro 3-5 mesi.

2.6 Il Suicidio

Il suicidio è una delle dieci principali cause di morte nel mondo e ogni anno nella popolazione generale si verificano circa un milione di decessi correlati al suicidio, costituendo così un grave problema di salute pubblica.

Una delle principali motivazioni di morte premature nel disturbo bipolare è rappresentato dal suicidio, esso rappresenta la causa del 6-7% dei decessi.

La mortalità per suicidio è maggiore nei pazienti con disturbo bipolare rispetto alla popolazione generale. Si pensi che, in tutto il mondo, circa il 43% dei pazienti affetti da disturbo bipolare riferisce un'idea suicidaria, il 21% un piano e il 16% un tentativo di suicidio nell'ultimo anno.

I pazienti con BD, soprattutto durante un episodio depressivo maggiore, manifestano istinti suicidari, risulta di conseguenza importante valutare il paziente in maniera globale ponendo attenzione a fattori segnalati come significativamente associati come, ad esempio: il sesso dell'individuo, esordio precoce del disturbo bipolare, il disturbo d'ansia e/o il SUD in comorbidità, storia familiare di suicidio o precedenti tentativi suicidari.

Alcuni studi hanno riscontrato un tasso di tentativi di suicidio più elevato nelle donne bipolari ma risulta un tasso di suicidio maggiore associato alla popolazione maschile. I pazienti bipolari di sesso maschile hanno un rischio di suicidio quattro volte maggiore rispetto alle donne, di conseguenza vi è una maggiore letalità degli atti suicidari negli uomini.

Rispetto a pazienti bipolari senza tentativi di suicidio, i pazienti bipolari che tentano risultano avere caratteristiche quali: scarso controllo dell'aggressività e impulsività, spesso associato ad abuso di alcool o sostanze stupefacenti, abilità sociali scarse con difficoltà di conversazione e bassa fiducia in sé stessi.

Una valutazione completa, da parte del medico, del rischio di suicidio dovrebbe essere effettuata durante tutte le interazioni cliniche. Si pensi che il 14% dei suicidi che si verificano durante una degenza ospedaliera e un altro 26% entro 6 settimane dalla dimissione.

Poiché il metodo suicidario più comune in questa popolazione è l'auto avvelenamento, i potenziali benefici dei vari trattamenti dovrebbero essere considerati rispetto al rischio di tossicità e letalità.

Oltre alla gestione del paziente per quanto riguarda la predisposizione a manifestare intenzioni suicidarie attraverso un piano terapeutico istituito dal medico, i pazienti a rischio dovrebbero essere incoraggiati a sviluppare e condividere un piano di sicurezza scritto che elenchi le strategie di coping e le fonti di supporto che possono essere applicate durante i periodi di crisi.

4 - Ottundimento emotivo: condizione in cui una persona ha difficoltà ad esprimere o provare sentimenti forti o intensi.

5 - *Global Functioning Scale* (GAF), scala numerica utilizzata per valutare soggettivamente il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico di un individuo, in risposta ai vari problemi della vita. La scala ha un range da 1 (gravemente compromesso) a 100 (funzionamento elevato), presente anche il valore 0 (informazioni insufficienti/inadeguate).

6 - *Ultra-high risk*, termine usato con gli individui che hanno una familiarità di primo grado con un esordio precoce del disturbo bipolare.

7 - Neuroprogressione, termine usato, in questo ambito, per definire una riorganizzazione del Sistema Nervoso Centrale che si verifica nel decorso dei disturbi mentali.

8 - comorbidità, presenza o l'insorgenza di un'entità patologica accessoria durante il decorso clinico di una patologia oggetto di studio.

9 - CINP, *The International College of Neuropsychopharmacology*, organizzazione che promuove la ricerca e l'istruzione.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivi di ricerca

L'obiettivo della presente ricerca e revisione della letteratura è quello di dimostrare l'importanza dell'infermiere nella gestione dell'individuo con disturbo bipolare.

3.2. Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca è:

Qual è l'importanza che l'infermiere ricopre nella relazione con la famiglia e il paziente con disturbo bipolare?

PIO

Paziente: Utente con disturbo bipolare e la propria famiglia

Intervento: Realizzazione, da parte dell'infermiere insieme a un'equipe multidisciplinare, di un percorso assistenziale mirato basato su una corretta educazione terapeutica.

Outcome: I familiari e il paziente, grazie al percorso assistenziale realizzato dall'infermiere e da un'equipe, riescono a gestire i sintomi del disturbo bipolare in maniera costante, riconoscendo i primi segni di recidiva.

3.3. Parole chiave

La ricerca è stata svolta attraverso la consultazione delle banche dati quali: Google Scholar e PubMed, nel periodo che va da gennaio a marzo 2024.

Le parole chiavi utilizzate, unite dagli operatori booleani "AND" e "OR", sono: Disturbo bipolare, malattia mentale, nurse, trattamento, complicanze, counseling, prevenzione, educazione, famiglia.

3.4. Criteri di esclusione ed inclusione

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono:

- Articoli pubblicati negli ultimi cinque/dieci anni.
- Tipologia di studio: studi clinici, revisioni sistematiche e della letteratura.
- Studi pertinenti all'argomento.
- Lingua: inglese, italiana e spagnolo.

I criteri di esclusione degli studi sono:

- Non pertinenza allo scopo di ricerca, ad esempio studi che non trattano il disturbo bipolare ma solo i disturbi mentali in generale.
- Testi incompleti.
- Free full text non disponibile.

Capitolo 4: SERVIZI TERRITORIALI per i PAZIENTI e i FAMIGLIARI

Secondo il Rapporto sulla Salute Mentale del 2021, gli infermieri rappresentano il 42% degli operatori sanitari e che: “Il 30,7% degli interventi è rappresentato da attività infermieristica a domicilio e nel territorio, il 27,4% da attività psichiatrica, l’11,0% da attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 6,4% da attività di coordinamento, il 5,5% da attività di supporto alla vita quotidiana, il 6,5% da attività psicologica-psicoterapica; la quota restante riguarda attività rivolta alla famiglia e attività di supporto”.

Nel 1978, il Parlamento Italiano approvò un’importantissima riforma, che cambiò in modo significativo la gestione dei pazienti con malattia mentale (confermati o presunti), vedendo considerata in quel momento una vera utopia e modernizzazione.

Si parla della Legge 180 del 13 maggio 1978, conosciuta anche come “Legge Basaglia”, poi integrata nella riforma sanitaria 833 del 23 dicembre 1978, si articola sostanzialmente su tre paradigmi chiave:

- La riforma della coazione psichiatrica.

Il nuovo Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) prevede che esso abbia una durata non superiore ad una settimana, con possibilità di rinnovo.

- Il passaggio dal manicomio all’ospedale civile.

Viene vietato da subito il ricovero di nuovi pazienti nei vecchi manicomi. Si rende obbligatoria l’apertura di nuovi reparti, o meglio “servizi” negli ospedali civili.

- La chiusura graduale ma definitiva del manicomio e la riconversione delle risorse da esso rappresentate nei servizi alternativi territoriali.

I cambiamenti nell’ambito dell’ organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale” del 1999, avvengono con l’introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

I DSM comprendono tutti luoghi elettivi dell'assistenza psichiatrica, in grado di offrire servizi, data la grande richiesta, per la soddisfazione dei bisogni di chi ha una patologia mentale.

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni il giorno 24 gennaio 2013, propone una riorganizzazione dei medesimi basata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, basati sui bisogni degli individui attraverso un approccio sistemico da parte dell'equipe.

Secondo il PANSM, i dati posseduti sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza, indica una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza.

A tal fine, il PANSM individua tre modelli clinico-organizzativi atti alla gestione dei processi di cura: collaborazione e consulenza, assunzione in cura e presa in carico

4.1 Centro Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) realizza interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza attraverso: attività di accoglienza, definizione e attuazione di programmi terapeutico riabilitativi e socio riabilitativi personalizzati. Il CSM è il centro di primo riferimento per tutti i cittadini con disagio psichico.

Esso svolge attività di raccordo con i Medici di Medicina Generale, consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, etc), alle strutture residenziali per anziani e per disabili; interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative.

Riguardo la cultura organizzativa dei CSM, bisogna puntare ad un'organizzazione orientata a curare le relazioni orizzontali fra tutti gli operatori con una definizione chiara dei ruoli e dei compiti. Un'organizzazione in cui vi sono tre ambiti di lavoro basati sulla relazione

con il paziente, l'applicazione corretta di tecniche validate e il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente.

Gli individui con disturbo bipolare rappresentano il 12% degli utenti assistiti nei servizi territoriali.

Con riferimento ai nuovi utenti dell'anno 2022 con diagnosi psichiatriche gravi le prestazioni totali sono pari a 448.930 con una media di 3,7 prestazioni. Questo indicatore permette, in accordo con il PANSM, di valutare l'intensità dell'assistenza erogata ai nuovi utenti con disturbi mentali gravi.

4.2. Strutture Residenziali

Le Strutture Residenziali sono strutture extra ospedaliere in cui si svolge un programma terapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative.

Le strutture residenziali sono differenziate in base alla tipologia, in base all'intensità di assistenza sanitaria e non hanno più di 20 posti.

Esse hanno carattere abitativo di ridotte dimensioni e sono destinate ad utenti che necessitano di interventi riabilitativi ed assistenziali di lunga durata.

Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, per questo motivo esse sono collocate in località urbanizzate e accessibili per prevenire l'isolamento degli ospiti e per favorire lo scambio sociale.

Gli utenti psichiatrici presenti nelle strutture residenziali con elevata intensità di assistenza sanitaria rappresentano l'85,3% dell'utenza dei centri residenziali.

Nelle strutture residenziali, o ospedaliere, si parla di continuità assistenziale delle cure e si intende la capacità di fornire una cura ininterrotta e coordinata tra programmi, professionisti, organizzazioni e livelli di assistenza per un periodo di tempo esteso.

4.3. Strutture a ciclo semiresidenziale

Le strutture a ciclo semiresidenziale sono strutture che offrono ospitalità di tipo diurno e diverso grado di intensità assistenziale in base ai bisogni dell'utenza.

4.3.1 Centro Diurno

Un esempio di struttura semiresidenziale è il Centro Diurno: esso ha funzioni terapeutico-riabilitative ed attività di risocializzazione con lo scopo del recupero delle abilità personali e sociali dell'utente.

4.3.2. Day Hospital psichiatrico

Il *Day Hospital* (DH) è un'area di assistenza semi residenziale in cui si effettuano prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine.

4.4. Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il servizio dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero, ed in parte presso strutture private convenzionate.

Il servizio esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri, effettua accertamenti di tipo internistico, interventi farmacologici, valutazioni sulla situazione generale dell'utente con colloqui di tipo socio-assistenziale.

4.5. Organizzazione Minerva

L'Organizzazione Minerva è un'associazione nata nel 2003 con lo scopo di lottare contro il Disturbo Bipolare. Nell'ambito della sua attività, l'Associazione Minerva si è preoccupata fin da subito a supportare e aiutare i familiari degli ammalati di Disturbo Bipolare a vincere la battaglia per il recupero psichico dei loro cari offrendo:

un ambulatorio gratuito per la cura dei loro familiari, gestito da un medico;
riunioni in cui viene insegnata ai familiari la capacità di riconoscere i sintomi di recidiva della malattia mentale;

un numero telefonico che è a disposizione tutti i pomeriggi, giorni festivi compresi con lo scopo di erogare consigli, aiuto e informazioni.

L'Organizzazione ha avuto un ottimo successo, infatti i pazienti che vi si sono rivolti, hanno ottenuto un buon equilibrio psichico con una ripresa ottimale nel mondo del lavoro e sociale.

MINERVA Associazione ONLUS di Promozione Sociale per la lotta contro la
Depressione Bipolare

Via Ponte Molino 3 PD tel. 049.8756107 fax 049.8210197
e-mail: assminerva.pdl@libero.it

Campo del Duca Sforza S. Marco 3055 VE 30124 tel.041.5237303

Presidente: avv. Ferruccio Pezzangora

Presidenti Onorari: dott. Giovanni Palombarini, prof. Massimo Cacciari

Consulente Scientifico: prof. Enrico Smeraldi

Rappresentante Direttivo: dott.ssa Renata Dal Palù

Capitolo 5: INFERMIERE e SALUTE MENTALE

Alla fine del XVIII secolo l'infermiere in psichiatria era considerato semplicemente il "guardiano dei folli". Con l'istituzione dei manicomi, il pensiero sugli infermieri in ambito psichiatrico non cambia, venivano considerati i "custodi" degli individui che potevano far male a loro stessi o agli altri. La funzione principale degli infermieri era quella di contenimento dei pazienti attraverso la forza fisica e l'utilizzo di strumenti di limitazione come cinghie di cuoio e camicie di forza; infatti il requisito fondamentale era la forza e non competenze tecniche e relazionali.

Negli anni '50, grazie alla scoperta dei primi farmaci specifici per i disturbi mentali e l'utilizzo di nuovi approcci terapeutici, l'idea dell'infermiere in salute mentale cambia e cominciano ad essere richieste competenze tecniche specifiche.

Dal 1980 al 1994, venne avviato un percorso specifico con il compito di riqualificare professionalmente gli infermieri.

Nasce nel 2002 da parte della Federazione Nazionale IPASVI il documento "Linee guida per il Master di 1° livello. Infermieristica in salute mentale-psichiatrica". Nel presente elaborato, vengono descritte le competenze dell'infermiere mentale, come ad esempio: promozione della riabilitazione e dell'inserimento sociale degli individui con disagio psichico, elaborazione di modelli di presa in carico finalizzati al miglioramento della qualità di vita dell'utenza, attuare una "presa in carico" dell'individuo psichiatrico e del suo sistema di appartenenza come la famiglia e gli amici, gestione del paziente in maniera olistica, sviluppare e gestire progetti di prevenzione primaria di educazione sanitaria, fornire consulenza specialistica e sostegno a persone, enti o gruppi di lavoro, preservare la propria integrità emotiva.

Secondo il rapporto sulla Sanità Mentale del Ministero della Salute del 2021, si afferma che il 42% degli operatori in questo settore sia rappresentato dagli infermieri.

5.1. Infermiere Psichiatrico

Tra tutte le figure professionali, l'infermiere risulta essere colui che ha maggior possibilità di passare del tempo con l'utente e creare un contatto. E' una posizione privilegiata, in un contesto più spontaneo, che facilita l'instaurarsi di un legame e spesso l'utente vede l'infermiere quasi come una persona di riferimento in grado di aiutarlo a raggiungere la sua autonomia nella quotidianità (Baretti & Spagnoli, 2004).

L'infermiere è chiamato ad avere la capacità di essere ancor prima che ad avere capacità di fare, soprattutto in Salute Mentale, dove è la stessa relazione empatica a diventare strumento di caring. Per fare in modo che si crei un legame di fiducia tra infermiere e paziente, requisito molto importante ai fini diagnostici, terapeutici e prognostici, risulta fondamentale che l'infermiere si dimostri affidabile e attento agli occhi del paziente. L'infermiere deve possedere un "occhio clinico" in modo tale che possa individuare i bisogni del paziente e possa, di conseguenza, soddisfarli.

L'infermiere, inoltre, deve svolgere numerose funzioni, come ad esempio:

- Funzione di osservazione: l'infermiere deve essere in grado di saper osservare e raccogliere tutti i dati e le informazioni del paziente in modo tale da imparare a conoscere l'individuo in maniera olistica per poter successivamente imparare a individuare i suoi bisogni.
- Funzione di accoglienza: uno dei compiti dell'infermiere è quello di accogliere le domande del paziente e rispondere con esperienza, capacità, empatia e sensibilità, rispettando i tempi dell'individuo senza imporsi. L'utente, quando si trova all'interno di una struttura sconosciuta, deve trovare nell'infermiere una figura professionale con la quale sentirsi al sicuro, protetto e capito. Grazie al fatto che l'infermiere risulta "meno qualificato" e "meno importante" agli occhi dell'individuo rispetto al medico, l'individuo fa meno fatica ad entrare in relazione con lui, sentendosi meno giudicato e più vicino.

- Funzione di “Io” ausiliario: secondo la teoria del nursing di Orem¹⁰, che teniamo valida tutt’oggi, infermiere ha il compito di “compensare” quando il paziente non riesce a soddisfare i requisiti per un’ottimale cura di sé. Questa teoria, basata sull’assistenza del paziente principalmente a livello della soddisfazione di bisogni fisici, trova il suo posto anche nella salute mentale.

Uno dei compiti dell’infermiere che lavora in ambito della salute mentale è quello di educare il paziente e la famiglia alla gestione e al riconoscimento precoce delle recidive.

Si parla di educazione terapeutica che viene definita dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità, come un’azione continuativa che consiste “nell’aiutare la persona malata e la sua famiglia a comprendere la malattia e il suo trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute, a conservare e migliorare la propria qualità di vita”.

5.2. Counseling Infermieristico

“Il processo di counselling enfatizza l’importanza dell’autopercezione, dell’autodeterminazione e dell’autocontrollo: il risultato finale è misurabile attraverso il “grado in cui si riesce a rendere una persona capace di azioni razionali e positive, a renderla più soddisfatta, più in pace con sé stessa, più capace di condurre una vita serena e socialmente integrata” (Zavallone, 1977)”(Folgheraiter F., in Mucchielli, 1987).

Secondo questa definizione, il termine “counseling”, che non possiede una traduzione in italiano, è un processo in cui due persone si mettono in relazione tra loro.

L’infermiere counseling è un professionista con competenze molteplici, tra cui: realizzazione di un piano assistenziale infermieristico incentrato sui bisogni delle persone assistite; gestione della comunicazione e della relazione tra pazienti, familiari e infermiere; partecipazione attiva alle attività proposte dai Servizi che si occupano della soddisfazione dei bisogni dei pazienti in ambito psico-relazionale; fornisce consulenza agli operatori di altri Servizi.

Oltre alle competenze appena elencate, l'infermiere counseling ha l'obiettivo di promuovere nel paziente la corretta individuazione del problema e del bisogno, realizzando, insieme a lui e alla famiglia, un piano per la gestione della comunicazione e del bisogno da affrontare. L'infermiere si occupa, inoltre, della realizzazione di un percorso di educazione terapeutica con lo scopo di rendere il paziente, che si trova in una situazione stabile, il più autonomo possibile. L'educazione terapeutica è rivolta anche alla famiglia, la quale risulta essere il punto fisso e cardine dell'individuo con disturbo mentale, e deve essere in grado di gestire tutte le fasi della patologia.

5.3. Lavorare insieme

Risulta importante un corretto approccio assistenziale collaborativo per le persone con disturbo mentale. L'assistenza collaborativa mira a migliorare la salute fisica e mentale delle persone attraverso l'attuazione e lo sviluppo di rapporti con l'assistenza primaria, come medici e infermieri, e l'assistenza sanitaria specialistica, come i servizi territoriali. L'obiettivo principale dell'assistenza collaborativa è di aumentare la comunicazione e la collaborazione tra gli operatori sanitari per fornire un'assistenza migliore al paziente con disturbo mentale, in un contesto protetto e meno stigmatizzato come le strutture territoriali.

5.3.1. Infermiere e lavoro in équipe

Per una buona gestione del paziente psichiatrico risulta fondamentale, inoltre, il lavoro in équipe, infatti l'infermiere non lavora da solo ma fa parte di un gruppo multidisciplinare che possiede lo stesso obiettivo finale: il benessere psico-fisico dell'individuo. L'infermiere lavora a stretto contatto, in modo consapevole e attivo, con altri professionisti sanitari come medici, psicologi ed educatori per la definizione del percorso terapeutico dell'assistito.

Lavorare in collaborazione con altri membri del team sanitario di un paziente è un aspetto essenziale di una buona assistenza clinica.

Nella gestione del paziente bipolare, nello specifico, oltre a gestire le acuzie date dall'attraversamento degli episodi di mania e/o depressione, bisogna gestire le numerose condizioni mediche di comorbidità per cui la gestione multidisciplinare risulta essere il metodo di approccio migliore. In questi casi non vi sono professionisti sanitari, ma l'inclusione e la partecipazione attiva del paziente e della famiglia risultano fondamentali. Le strategie di trattamento si basano sui sintomi psichiatrici, sui problemi medici e sui fattori di rischio.

5.3.2. Infermiere e paziente

Il paziente con disturbo mentale è, nella relazione di aiuto, al centro dell'attenzione dell'infermiere e delle figure professionali. L'instaurazione di una relazione terapeutica tra l'infermiere e l'utente risulta essere fondamentale per la qualità delle cure sanitarie.

L'infermiere è la figura professionale che passa maggior tempo a contatto con l'individuo e la famiglia e ha la capacità di influenzare, in modo positivo o negativo, il comportamento e l'atteggiamento dell'individuo.

I punti cardine per una corretta instaurazione di un sano rapporto interpersonale tra infermiere e paziente sono:

- fiducia: l'infermiere ha il compito di essere sincero, corretto e coerente con l'individuo in modo tale che il paziente riesca a fidarsi. L'aumento della fiducia da parte del paziente nei confronti dell'infermiere renderà l'individuo più sicuro e coinvolto nella realizzazione e soddisfazione del piano terapeutico.
- comunicazione: la comunicazione è un processo a due vie caratterizzato dalla presenza di un emittente e un destinatario, in cui viene inviato un messaggio che deve essere correttamente ricevuto e compreso. Risulta importante la comunicazione verbale ma possiede una notevole rilevanza la comunicazione non verbale, che deve risultare coerente con le parole che si esprimono.
- collaborazione: la letteratura corrente descrive la collaborazione tra l'infermiere e l'utente come un "rapporto interpersonale tra due o più persone

che lavorano insieme verso un reciproco scopo definito” (Gallant MH, et al., 2002), con l'obiettivo di fornire all'utente maggior potere decisionale nel processo di cura (Doss S, et al., 2011). La collaborazione è il più alto livello di interazione tra l'infermiere e l'utente in tutte le fasi dell'assistenza infermieristica (Sahlsten MJ, et al., 2007).

- ascolto attivo: l'infermiere ha il compito di interagire con l'individuo dopo un attento ascolto attivo esso è l'atto dell'ascoltare: la tecnica del sentire in maniera metodica e attenta il proprio interlocutore, è la raffinata arte dell'udire qualcosa di più di semplici vibrazioni sonore.

L'infermiere, a causa di fattori contingenti quali: la mancanza di tempo, la difficoltà a reperire setting adeguati e la scarsa formazione, può minare alle basi una buona relazione d'aiuto, compromettendo seriamente anche il percorso assistenziale.

5.3.3. Infermiere e familiari

L'infermiere collabora non solo con gli altri professionisti sanitari ma anche, e soprattutto con i famigliari.

L'infermiere psichiatrico risulta essere preparato a svolgere innumerevoli ruoli tra cui anche quello di terapeuta della famiglia, in quanto la malattia mentale non è solo una malattia individuale ma ha riscontri negativi anche sulla famiglia. L'identificazione delle famiglie come un'area di specializzazione per gli infermieri psichiatrici è un settore che comprende l'accertamento, l'insegnamento e la terapia familiare.

La famiglia, come detto precedentemente, è una risorsa fondamentale per l'infermiere e per il paziente con disturbo bipolare in quanto essa, essendo a stretto contatto con l'individuo e la malattia, riesce a identificare i primi segni di una recidiva.

Una forma di trattamento di aiuto-aiuto e di intervento psicologico consiste nell'insegnare al paziente e alla sua famiglia a riconoscere i primi segni della ricorrenza di mania e depressione (Perry 1995; Perry 1999).

Tre studi retrospettivi (Molnar 1988; Smith 1992; Lam 1997) e due studi prospettici (Altman 1992; Keller 1992) hanno mostrato sintomi precoci o "prodromici" identificabili e coerenti di recidiva maniacale o depressiva da due a quattro settimane prima della recidiva completa nella maggior parte dei pazienti con BPD.

Una buona rete sociale composta da una famiglia attiva e collaborante, aiuta il paziente a vivere la propria malattia in un ambiente più stabile possibile. La stabilità e la routine, aiutano il paziente a evitare le recidive e a imparare a gestire in modo ottimale la propria malattia mentale, promuovendo in esso l'aumento dell'autostima e della consapevolezza di sé.

La gestione del paziente da parte della famiglia risulta spesso ostica. Come detto precedentemente nel capitolo 2, il Disturbo Bipolare è una patologia mentale caratterizzata da un'alterazione dell'umore.

Il carico familiare è un costrutto complesso, generalmente distinto in oggettivo e soggettivo. Il carico oggettivo concerne i sintomi presentati dai pazienti, le caratteristiche comportamentali e socio-demografiche, i cambiamenti nella routine, nelle relazioni sociali e nel lavoro. Il concetto di carico soggettivo, invece, in aggiunta all'impatto emotivo, psicologico e fisico del disturbo sul caregiver, implica presenza di vergogna, imbarazzo e senso di colpa.

Spesso i pazienti manifestano sintomi acuti maniacali in concomitanza con altri sintomi quali agitazione psicomotoria, aggressività e impulsività.

L'impulsività viene definita come una predisposizione a reazioni rapide e non pianificate a stimoli interni o esterni senza tener conto delle conseguenze negative. I pazienti con disturbo bipolare, soprattutto durante la fase maniacale, a causa di una fuga di pensieri, tendono a realizzare tutte le idee che gli passano per la mente e a esporre i propri pensieri senza pensare alle conseguenze.

Per quanto riguarda l'agitazione psicomotoria essa viene intesa come stato di agitazione interiore che può arrivare ad un'eccessiva attività motoria non

finalizzata, il paziente sente il bisogno costante di muoversi. In base alla motivazione che porta l'individuo a manifestare agitazione psicomotoria vi è la necessità di realizzare un piano clinico-assistenziale specifico, mirato a intervenire con strategie specifiche sull'ambiente circostante e l'individuo.

L'individuo con disturbo bipolare manifesta durante un episodio maniacale, aggressività. Essa viene definita come la disposizione intenzionale a un comportamento lesivo o potenzialmente lesivo, di natura conscia o inconscia, atto a minare il profilo fisico o psicologico di un altro individuo.

I familiari, soprattutto le mogli e i mariti dei pazienti con disturbo bipolare, svolgono funzione di caregiver e sono ad alto rischio di abuso fisico da parte del coniuge, per questa motivazione necessitano di apprendere strategie di coping e di problem solving con lo scopo di gestire le situazioni a rischio a cui possono andare incontro.

L'abuso è un problema sociale e legale, comunemente definito come "un atto singolo, o ripetuto, o la mancanza di azioni appropriate, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui esiste un'aspettativa di fiducia". Le persone più a rischio sono i caregiver informali, spesso donne, che forniscono un supporto sociale ai pazienti con disturbo bipolare.

Gli infermieri di salute mentale hanno un ruolo importante nella valutazione, identificazione, gestione e pianificazione della sicurezza per le donne affette che potrebbero essere a rischio di violenza e abuso da parte del coniuge bipolare.

5.4. Terapia focalizzata sulla famiglia e l'individuo

La famiglia, come detto precedentemente, risulta fondamentale per la gestione della malattia mentale, infatti risulta essere una componente rilevante per la terapia del disturbo bipolare. Ricordiamo che una stabile rete sociale, aiuta il paziente a diminuire le recidive e ad aumentare la compliance terapeutica farmacologica e non farmacologica.

Nonostante negli ultimi 15 anni la terapia farmacologica ha fatto grandi passi avanti nella scoperta ed efficacia dei farmaci stabilizzatori dell'umore per la gestione del disturbo bipolare, risulta che la terapia psicologica sia di rilevante importanza ed efficacia, soprattutto durante la fase di mantenimento.

L'offerta terapeutica è individualizzata e multicomponentiale diversificandosi nel numero, nella frequenza e nella sequenza delle strategie d'intervento. Le componenti del trattamento includono: psicoterapia cognitivo-comportamentale, colloqui psichiatrici, trattamento farmacologico, intervento con le famiglie, gruppi psicoterapeutici, gruppi riabilitativi.

La psicoeducazione è un processo semplice volto a migliorare i risultati del trattamento dei pazienti di BD e a migliorare la prevenzione di futuri episodi. Fornisce una formazione comportamentale volta ad adattare lo stile di vita del paziente e le strategie di adattamento al trattamento, alla diagnosi precoce dei sintomi e il miglioramento della consapevolezza della malattia mentale.

La terapia promuove l'uso indipendente delle competenze apprese, il cambiamento e il progresso nella terapia sono attribuiti alle capacità di autogestione del paziente.

Le terapie più conosciute sono la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia focalizzata sulla famiglia.

La terapia cognitivo-comportamentale è efficace nell'incremento della compliance terapeutica durante tutto il processo psicoterapeutico, nello sviluppo di strategie di problem-solving e strategie di coping. Essa è finalizzata a modificare le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi, producendo la riduzione e l'eliminazione del sintomo. La terapia cognitivo-comportamentale può essere individuale, in cui il paziente interagisce solo con il terapeuta; o di gruppo, in cui possono intervenire i membri della famiglia.

Il principale obiettivo dell'intervento con le famiglie include la costruzione di una alleanza e collaborazione attiva tra operatori sanitari e caregiver

favorendo, in questo modo, l'adesione al trattamento. Gli esiti individuali e familiari dipendono anche dalla motivazione e dalla capacità del paziente di aderire al trattamento e alla farmacoterapia.

L'intervento rivolto alla famiglia deve, quindi: informare i familiari sul BD e sulla possibilità di trattamento attraverso moduli di psicoeducazione; apprendere abilità di gestione del congiunto; ridurre il carico emotivo; partecipare attivamente al processo terapeutico e prevedere interventi individuali per fronteggiare i bisogni specifici dell'individuo.

10 - Dorothea Orem, infermiera statunitense, che ha ideato un modello infermieristico noto anche come "Self Care Deficit Nursing Theory".

Capitolo 6. CONCLUSIONI

In questo elaborato di tesi si è voluto definire, sulla raccolta di dati e la revisione di letteratura, il ruolo dell'infermiere psichiatrico e della famiglia nella gestione della Malattia Mentale, con focus specifico nella gestione del paziente con Disturbo Bipolare durante le fasi cardine che caratterizzano la patologia stessa: la fase maniacale, la fase depressiva e la fase di mantenimento.

Il Disturbo Bipolare è una malattia mentale caratterizzata da un'alterazione dell'umore. Essa risulta essere una patologia di difficile diagnosi, poiché viene spesso "confusa" con altre patologie psichiatriche.

La complicata diagnosi porta il paziente, la famiglia e la rete sociale a una inefficace gestione del disturbo con aumento della sintomatologia e aumento delle recidive. Spesso viene confusa con la depressione maggiore o il disturbo borderline della personalità, a causa del fatto che molti sintomi coincidono tra di loro e solo un'attenta osservazione del paziente e della sintomatologia, con un focus importante sulla durata dei sintomi e sulla loro intensità, può aiutare il medico all'enunciazione della diagnosi corretta.

Accanto all'utente è presente un caregiver informale, questo ruolo viene spesso ricoperto da un membro della famiglia.

Gestire l'individuo è un compito arduo, data la complessità della patologia e della sua sintomatologia.

La famiglia attraverso i colloqui informativi sulla patologia, i colloqui con i medici, le terapie psico-educative, svolge un importante ruolo cardine per l'individuo stesso. Essa impara a gestire il paziente, i suoi sintomi, la sua terapia attraverso l'educazione terapeutica fornita dall'infermiere.

L'infermiere, professionista sanitario che lavora in equipe con altri professionisti quali assistenti sociali, psicologi e psichiatri, ha un ruolo fondamentale per la gestione del paziente con disturbo bipolare. L'infermiere risulta essere il professionista con cui l'utente ha maggior interazione: è

importante che l'infermiere riesca ad instaurare un legame con l'individuo. Il legame che si forma deve essere professionale, basato sulla comunicazione, la fiducia, la trasparenza, l'ascolto attivo e la partecipazione attiva.

Risulta importante rendere il paziente più autonomo possibile nella gestione del proprio disturbo mentale.

Riconoscere i sintomi della propria malattia; imparare a gestire la propria terapia, farmacologica e psicoeducativa; riuscire a mantenere una stabilità emotiva data da una routine ben prestabilita; riconoscere i sintomi di una recidiva; evitare l'istituzionalizzazione, sono gli obiettivi che l'infermiere, attraverso la relazione con l'individuo e la sua famiglia, riesce a raggiungere.

BIBLIOGRAFIA

Allegria F., Leonardini P.P., Lombardo C., Milanese C., Rainone A., Capire il disturbo bipolare in *Cognitivismo Clinico*, vol. 5, n. 1, 2008.

Associazione psichiatrica americana. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5a ed., DSM-5. Washington, DC: Associazione psichiatrica americana, 2013.

Balestra, Melanie. (2018). Liability Risks for Psychiatric Mental Health Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 14. 10.1016/j.nurpra.2018.08.005.

Cadorin L. (2001) *Counseling e relazioni di aiuto*. Atti sessioni infermieristiche Associazione Italiana Oncologia Medica, Napoli, novembre 2001. Milano: Lauri Edizioni.

Calabrese JR, Gao K, Sachs G. Diagnosing Mania in the Age of DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2017 Jan 1;174(1):8-10. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16091084. PMID: 28040998.

Cardoso, B. M., Kauer Sant'Anna, M., Dias, V. V., Andreazza, A. C., Ceresér, K. M., & Kapczinski, F. (2008). The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 42(6), 451–457. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2008.05.003>.

Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;167:125-35. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.066. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24955564

Carvalho, André F., and Eduard Vieta (eds), *The Treatment of Bipolar Disorder: Integrative Clinical Strategies and Future Directions* (Oxford, 2017; online edn, Oxford Academic, 1 Mar. 2017), <https://doi.org/10.1093/med/9780198748625.001.0001>,

Cerù, A. (2011). Gli antipsicotici di seconda generazione nella prevenzione delle recidive in corso di disturbo bipolare: focus su aripiprazolo e quetiapina. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 30(3), 129-136.

Cirone C, Secci I, Favole I, Ricci F, Amianto F, Davico C, Vitiello B. What Do We Know about the Long-Term Course of Early Onset Bipolar Disorder? A Review of the Current Evidence. *Brain Sci.* 2021 Mar 8;11(3):341. doi: 10.3390/brainsci11030341. PMID: 33800274; PMCID: PMC8001096.

Cunico L., *L'assistenza al paziente con problemi psichici*, McGraw-Hill 2002.

Danilo Cavallo, Giuseppe Re Luca, Maura Lusignani. Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura. *Rivista "L'infermiere"*. 2013.

Del Barrio-Linares M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada [Competencies and professional profile of the advanced practice nurse]. *Enfermería intensiva*, 25(2), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005>

Del Buono, G., *DEPRESSIONE: PARLIAMONE INSIEME*. *Rivista Telos*. 2017

Del Vecchio, V., Luciano, M., Malangone, C., Giacco, D., De Rosa, C., Sampogna, G., ... & Maj, M. (2011). Diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare per il disturbo bipolare tipo I nei CSM italiani. *Giorn Ital Psicopat*, 17, 277-282.

Dervaux, A., & Laqueille, X. (2016, August 27). Bipolar disorder: defining symptoms and comorbidities. *The Lancet*, Vol. 388, p. 869. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31430-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31430-1)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 140-141. Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *The New England journal of medicine*, 383(1), 58–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>

Digilio, G., (2005). *Centro di Salute Mentale: una storia. Pratiche e politiche per la salute mentale: insieme contro lo stigma: esperienze e progetti a Roma.* 1000-1009. Armando Editore.

Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie.* II Edizione rivista ed ampliata. Versione italiana e capitolo introduttivo a cura di Magliano L, Morosini P. Trento: Edizioni Erickson 1994.

Federazione IPASVI, *Le competenze specialistiche dell'infermiere della salute mentale, documento del 2017.*

Ferri, Paola, A., Giannone. *Terapia familiare: il ruolo dell'infermiere psichiatrico / - In: INFERMIERE OGGI. - ISSN 2037-4364. - STAMPA. - 1:(2006), pp. 3-10.*

Ferruta, A., a cura di Marcelli, M., *Un lavoro terapeutico - L'infermiere in psichiatria.* Franco Angeli. 2016

First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's

changed. *World psychiatry* : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 21(2), 218–219. <https://doi.org/10.1002/wps.20989>

Fountoulakis, K. N., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Blier, P., Kasper, S., & Moeller, H. J. (2017). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 20(2), 180–195. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw109>

Fountoulakis KN, Young A, Yatham L, Grunze H, Vieta E, Blier P, Moeller HJ, Kasper S. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017 Feb 1;20(2):98-120. doi: 10.1093/ijnp/pyw091. PMID: 27815414; PMCID: PMC5408969.

Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimmerman, B. (2008). Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Archives of general psychiatry*, 65(10), 1125–1133. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1125>

Gigantesco, A., Lega, I., Picardi, A., & SEME Collaborative Group# (2012). The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services. *Clinical practice and epidemiology in mental health* : CP & EMH, 8, 7–11. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010007>

Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, Duleba T, Girardi P, Rihmer Z. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord*. 2012 Dec

20;143(1-3):16-26. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.041. Epub 2012 Jul 2. PMID: 22763038.

Grunze H, Schaefer M, Scherk H, Born C, Preuss UW. Comorbid Bipolar and Alcohol Use Disorder-A Therapeutic Challenge. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 23;12:660432. doi: 10.3389/fpsyt.2021.660432. PMID: 33833701; PMCID: PMC8021702.

Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1561-1572. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26388529.

Gupta S, Onwuchekwa O, Alla LR, Morriss RK, Steele R, Gupta N. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11. Art. No.: CD015343. DOI: 10.1002/14651858.CD015343.

Keller M. B. (2006). Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 1, 5–7.

Kelly, B. D., Bracken, P., Cavendish, H., Crumlish, N., MacSuibhne, S., Szasz, T., & Thornton, T. (2010). The Myth of Mental Illness: 50 years after publication: What does it mean today?. *Irish journal of psychological medicine*, 27(1), 35–43. <https://doi.org/10.1017/S0790966700000902>

Kenneson, A., Funderburk, J. S., & Maisto, S. A. (2013). Substance use disorders increase the odds of subsequent mood disorders. *Drug and alcohol dependence*, 133(2), 338–343. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.011>

Margara A., “Manicomio giudiziario e legge 180”, in *Fogli d'informazione*, (2008), 5-6, pp. 115 e ss.

Manzoli, L., & Siliquini, R. (2005). Salute mentale. In Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni Italiane' (pp. 157-167). Prex Editore.

MINISTERO DELLA SALUTE. DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ. Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014 - da pagina 13

Moretto B. (2019) " Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: riflessioni sul ruolo dell'educatore professionale " Journal of Health Care Education in Practice , 1(2), 1-15. DOI: 10.14658/PUPJ-jhcep-2019-2-1n E. Fraticelli (AMD) (2020). Quale futuro per l'educazione terapeutica? Un commento. JAMD Vol. 23/2

A.Papageorgiou, Y. K. (2017, 06). Formazione sulle abilità comunicative per professionisti della salute mentale che lavorano con persone con gravi malattie mentali . Tratto da Cochrane Library: www.cochranelibrary.com

Pompili, M.(2018). Disturbo bipolare e trattamento con sali di litio: Disturbo bipolare e trattamento con sali di litio. *abtpn [Internet];2(1):30-47.*

Rainone A., Marras L., Chichierchia A., Quale ruolo per la psicoterapia nella cura del disturbo bipolare? La terapia Cognitivo-Comportamentale - in *Cognitivismo Clinico*, vol. 5, n. 1, 2008.

Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2022. A cura del Ministero della Salute.

Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, Lester H. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11. Art. No.: CD009531. DOI: 10.1002/14651858.CD009531.pub2.

Sala, M., & Caverzasi, E. (2011). Effetto dell'introduzione di quetiapina durante una recidiva maniacale nei pazienti con disturbo bipolare I. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 124(3), 519-523.

Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2017 Jul;43(4):366-376. doi: 10.1080/00952990.2017.1292279. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28301219.

Seyyedi Nasooh Abad M, Vaghee S, Aemmi SZ. Effect of Psychoeducation Group Training Based on Problem-Solving Skills for Women Experiencing Bipolar Spouse Abuse. *Front Public Health*. 2021 Apr 21;9:561369. doi: 10.3389/fpubh.2021.561369. PMID: 33968867; PMCID: PMC8096923.

Smith DJ, Whitham EA, Ghaemi SN. Bipolar disorder. *Handb Clin Neurol*. 2012;106:251-63. doi: 10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2. PMID: 22608626.

Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1759–1765. doi:10.1017/S0033291709992261

Telles-Correia, D., Saraiva, S., & Gonçalves, J. (2018). Mental Disorder-The Need for an Accurate Definition. *Frontiers in psychiatry*, 9, 64. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00064>

Toresini, L. (2008). Dalla legge Mariotti a Basaglia. Dietrich-Daum, Elisabeth/Taiani, Rodolfo (Hg.), *Psychiatrie Landschaft/Oltre il manicomio*, Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region/Storia e regione, 17(2).

Vicini M.A. (1998) Il counseling, strumento di lavoro dell'infermiere? *Nursing Oggi*, 1: 66-69.

WHO, Health Promotion Glossary of terms 2021, 2021

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>

Zanotti R., (2010). *Filosofia e Teoria nella moderna concettualità del Nursing professionale*. Piccin.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Clinical characteristics of depressed outpatients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.04.001>

SITOGRAFIA

De Mei B., Cnesps, Iss,. Luzi, A.M., Dipartimento malattie infettive, parassitarie e immunomediate, Iss, "Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale" Milano. Editore Zadig.
https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf (ultima consultazione 03/04/2024)

<https://www.associazioneminerva.net/> (ultima consultazione 19/04/2024)

<https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo> (ultima consultazione il 12/02/2024)

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/12/Rapporto-salute-mentale.pdf> (ultima consultazione 17/04/2024)

<https://www.priory.com/ital/funzinfermiere.htm> (ultima consultazione il 15/03/2024)

<https://www.stateofmind.it/2018/05/disturbo-mentale-normalita/> (ultima consultazione il 12/02/2024)

<https://www.stateofmind.it/2023/04/disturbo-bipolare-impulsivita/> (ultima consultazione il 13/03/2024)

Minelli, M. (2020). Salute mentale e territorio. AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica, 21(49). Recuperato da <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/451> (ultima consultazione il 07/03/2024)

Psicoterapia cognitivo comportamentale. Istituto A.T Beck . (s.d.). Tratto da www.istitutobeck.com (ultima consultazione il 03/03/2024)

Ranaldi C. (2021). L'infermiere Counselor-
<https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-counselor.html> - (ultima consultazione il 03/03/2024)