

Pierluigi Badon
Claudia Palumbo
Salvatore Saluzzi

Assistenza infermieristica in salute mentale



Pianificazione
assistenziale con
**NANDA-I,
NOC e NIC**



RISORSE
ONLINE SU

 **florence**

 **testtube**
scienze infermieristiche



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Pierluigi Badon · Claudia Palumbo · Salvatore Saluzzi

Assistenza infermieristica in salute mentale



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Curatori



Pierluigi Badon

Laureato in Infermieristica e Bioetica Sanitaria con perfezionamento in tutorato clinico. Dal 1996 Tutor Didattico presso il Corso di Laurea in Infermieristica, Azienda Ospedale-Università di Padova, e Professore a contratto di Infermieristica Clinica presso il Corso di Laurea in Infermieristica all'Università degli Studi di Padova e in altri atenei italiani.

Già Vicepresidente della Società Italiana di Scienze infermieristiche Pediatriche.

Lavora presso la Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Padova con funzioni didattiche, valutative, di ricerca e sviluppo della qualità della didattica per l'apprendimento degli adulti.

Ha consolidato la sua competenza come formatore e consulente in diverse aziende sanitarie, contribuendo a progetti di miglioramento continuo della qualità e alla definizione e implementazione di strumenti operativi e documentazione clinica.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali; dal 2015 è autore e curatore di manuali per infermieri, tra cui spiccano *Assistenza infermieristica in pediatria* (2015), *Procedure infermieristiche in area pediatrica* (2021), *Assistenza infermieristica in area critica e in emergenza* (2022). Traduttore e co-curatore delle opere di Brunner e Suddarth, *Infermieristica medico-chirurgica*, e Craven e Hirnle, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*.



Claudia Palumbo

Laureata in Medicina e Chirurgia nel 2008 presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", si è specializzata in Psichiatria a Bari nel 2014 e ha effettuato un periodo di formazione specialistica all'estero nell'ambito della Psichiatria Sociale, presso la Academic Unit for Social and Community Psychiatry, Newham Centre for Mental Health, Queen Mary University of London, nel Regno Unito, con il Direttore Professor S. Priebe.

Dal 2014 ha lavorato come Dirigente Medico Psichiatra presso l'ASL Bari, l'ASST Valcamonica e l'ASST Papa Giovanni XXIII a Bergamo, ove è stata responsabile dell'ambulatorio del Centro Varenna sul riconoscimento diagnostico e l'intervento terapeutico in età adolescenziale e durante il puerperio.

Dal 2023 lavora in ambito pubblico e privato presso il Centro di Salute Mentale – ASL Bari.

Negli anni ha ricoperto il ruolo di Coordinatrice Regionale della Puglia e della Lombardia; attualmente è Coordinatrice Nazionale dei giovani psichiatri e membro della Task Force sulla ricerca della European Psychiatric Association (EPA).

Docente presso la Scuola di Psicoterapia Integrata di Bergamo, è autrice di numerose pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali. È stata ed è relatrice in numerosi congressi psichiatrici e in corsi di formazione per la medicina di base.

È membro della Società Italiana di Psichiatria (SIP) e della Società di Neuropsicofarmacologia (SINPF).



Salvatore Saluzzi

Laureato in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova, attualmente sta ultimando la specializzazione in Psicoterapia a orientamento psicoanalitico.

Libero professionista. Dal 2017 collabora a tempo pieno presso i SPDC I e II del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Papa Giovanni XXIII a Bergamo, dove svolge attività di psicodiagnostica e di trattamento precoce delle psicopatologie gravi. All'interno della realtà ospedaliera, ha incarichi di referente per diversi progetti aziendali legati alla salute mentale.

Grazie all'esperienza maturata, ha condotto numerosi eventi formativi sul territorio indirizzati alla popolazione generale, con l'obiettivo di promuovere la prevenzione per la salute mentale. Inoltre svolge attività formative rivolte al personale medico e infermieristico del Servizio per la Salute Mentale presso cui collabora.

La dedizione e la competenza nel campo sono ulteriormente confermate dai suoi contributi per pubblicazioni scientifiche; è coautore del capitolo "Emergenze psichiatriche" nel manuale per infermieri *Assistenza infermieristica in area critica e in emergenza* (2022).

Autori

Andrea Aguglia

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Professore Associato in Psichiatria
Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione,
Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili
Sezione di Psichiatria, Università degli Studi
di Genova
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Marco Alaimo

Infermiere
Laurea Magistrale in Psicologia Clinica
Incarico Esperto Strategico Gestione Laboratorio
Multiprofessionale, Azienda ASL Toscana Centro
Professore a contratto di Infermieristica Clinica
Università degli Studi di Firenze
Docente di Psicologia presso corsi OSS

Roberto Averna

Medico Chirurgo, specialista in Neuropsichiatria
Infantile
UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Pierluigi Badon

Infermiere
Professore a contratto di Infermieristica Clinica
e Tutor Didattico, Corso di Laurea in Infermieristica
Azienda Ospedale-Università di Padova

Patrizia Balsamo

Medico Chirurgo, specialista in Psicologia Clinica
Psicoterapeuta
Libera professionista
Già Dirigente Medico, UOC Psichiatria 3 Padova Sud
Azienda ULSS 6 Euganea

Chiara Barchielli

Infermiera PhD
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Laboratorio
Management e Sanità

Scilla Beraldo

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dottore di Ricerca in Farmacologia Clinica
e Sperimentale
ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Emilio Bergamelli

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Maura Berlese

Infermiera
Servizio DAISMDP, AUSL di Ferrara
Infermiere di Famiglia e Comunità, AUSL di Ferrara
Professore a contratto, Corso di Laurea
in Infermieristica, Università degli Studi di Ferrara
Corso di Alta Formazione "Valutazione e trattamento
dei Disturbi di Personalità"

Giacomo Bertazzoni

Infermiere
Dottore Magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata
Casa di Cura psichiatrica Parco dei Tigli, Teolo (PD)

Emi Bondi

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
e delle Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII,
Bergamo
Presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP)

Angelo Bruschi

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
Psicoterapeuta Psicoanalitico
Direttore f.f. UOC SPDC, ASL Viterbo
Professore a contratto, Università Cattolica
del Sacro Cuore e Università degli Studi di Roma
"La Sapienza"

Carlo Alberto Camuccio

Infermiere Case Manager
Responsabile del Laboratorio di Ricerca
Infermieristica in Neuroriabilitazione
IRCCS Ospedale San Camillo, Venezia
Professore a contratto di Infermieristica in Salute
Mentale, Università degli Studi di Padova

Francesca Cavalieri

Psicologa, Psicoterapeuta individuale e di gruppo
Libera professionista, Padova/Venezia

Marco Cecchi

Infermiere
UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Dania Comparcini

Infermiera PhD
Assegnista di Ricerca, Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo
Moro"

Alessandro Copes

Psicologo, Psicoterapeuta specializzato in Psicologia
della Salute e Psicologia dell'Invecchiamento
Libero professionista, Padova

Mariangela Corbo

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dipartimento di Salute Mentale, ASReM Campobasso

Guido Di Sciascio

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ASL Bari

Georgios Eleftheriou

Medico Chirurgo, specialista in Tossicologia Medica
ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Maurizio Ercolani

Infermiere in Salute Mentale
Dipartimento di Salute Mentale, AST Ancona
Professore a contratto di Infermieristica in Salute
Mentale, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Carlotta Ficco

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Associazione La Strada – Der Weg Onlus, Bolzano
Libera professionista, Bolzano

Umberto Fontana

Infermiere
Libero professionista, Padova

GianPaolo Frediani

Infermiere Coordinatore
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano
Professore a contratto di Infermieristica Clinica
nella Disabilità Neuropsichica
Università degli Studi di Milano

Francesco Galli

Infermiere
Specializzazione in Teledidattica applicata alle Scienze
della Salute e ICT in Medicina
Tutor Didattico, Corso di Laurea in Infermieristica
Università Politecnica delle Marche, Ancona
Già Professore a contratto di Infermieristica in Salute
Mentale, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Virna Garosi

Psicologa, Psicoterapeuta
Associazione La Strada – Der Weg Onlus, Bolzano
Servizio di Consulenza Psicologica, Università
degli Studi di Bolzano

Luca Gheda

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Responsabile SS SERT, ASST Spedali Civili, Brescia

Valeria Giannunzio

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dottore di ricerca in Neuroscienze
UOC Psichiatria 3 Padova Sud
Azienda ULSS 6 Euganea

Alessandro Grecchi

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dottore di Ricerca in Farmacologia
ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Laura Grigis

Psicologa, Psicoterapeuta
Libera professionista presso il Centro l'Alveare
di Zogno e il Centro T.Alea, Bergamo

Norma Gritti

Psicologa, Psicoterapeuta
Libera professionista presso ASST Papa Giovanni
XXIII, Bergamo

Fiorella Iannetta

Psicologa, Psicoterapeuta a indirizzo cognitivo-
comportamentale, Terapeuta EMDR
Libera professionista, Bergamo/Milano

Giuseppina Ledonne

Infermiera

Direttrice Didattica, Corso di Laurea in Infermieristica
ASST Fatebenefratelli Sacco, presidio Sacco, polo
Università degli Studi di Milano

Professore a contratto di Infermieristica
e Coordinatrice dei Corsi di Laurea delle Professioni
Sanitarie

Livia Ligorio

Psicologa, Psicoterapeuta

UOC Psicologia Clinica, ASST Rhodense, Rho (MI)

Professore a contratto di Psicopatologia Generale
Università IUSTO Rebaudengo, Torino

Donatella Marazziti

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Dirigente Medico, AOU Pisana, Pisa

Professore a contratto, UniCamillus – Saint Camillus
International University of Health Sciences, Roma

Giuseppe Martella

Psicologo, Psicoterapeuta

Libero professionista, Servizio Età Evolutiva

ULSS2 – Distretto Socio-Sanitario di Asolo (TV)

Giovanni Martinotti

Professore Associato

Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze

Cliniche, Università degli Studi "G. d'Annunzio",
Chieti-Pescara

Gianpaolo Giulio Mastropasqua

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Psicoterapeuta a indirizzo gestaltico in formazione

Centro Salute Mentale, ASL Bari

Jessica Menghi

Infermiera

Casa di Riposo di Cingoli, Macerata

Giovanni Migliarese

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Direttore della Struttura Complessa Salute Mentale

Lomellina, ASST Pavia

Ludovico Mineo

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Dottore di Ricerca in Neuroscienze

Università degli Studi di Catania

Dirigente Medico, Clinica Psichiatrica dell'Azienda
Ospedaliero Universitaria "Policlinico G. Rodolico –
Ospedale San Marco", Catania

Marilinda Morbiato

Infermiera

Terapia Intensiva Pediatrica

Azienda Ospedale-Università di Padova

Federico Mucci

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

UOC Psichiatria, Azienda USL Toscana Nord Ovest,
Zona Piana di Lucca

Dipartimento di Biotecnologie, Chimica e Farmacia
Università degli Studi di Siena

Alessandra Mugnaini

Coordinatrice Infermieristica

Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, Siena

Laura Orsolini

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Assistant Professor (RTDB), Dirigente Medico

Universitario di I Livello, Unità di Clinica Psichiatrica

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

Università Politecnica delle Marche, Ancona

Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche,
Ancona

Claudia Palumbo

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Centro di Salute Mentale, ASL Bari

Sara Pandini

Assistente Sociale

UOC Psichiatria 1-2

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Davide Prestia

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria Clinica

Psichiatrica, IRCCS Ospedale Policlinico

San Martino, Genova

Emanuele Raspatella

Infermiere Formatore

Libero professionista, Pordenone

Esperto Clinico Ospedaliero di Medicina Interna
e Medicina Psichiatrica

Corinna Reggianini

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria

Centro di Salute Mentale di Scandiano

AUSL Reggio Emilia

Ilaria Riboldi

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Dottore di Ricerca in Neuroscienze
Università degli Studi di Milano-Bicocca
Dirigente Medico, ASST Nord Milano

Stefano Rigodanza

Infermiere
Master di I Livello in Infermieristica di Area
Psichiatrica
Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali
Incarico di funzione organizzativa per l'Area
della Salute Mentale e delle Dipendenze
UOS Professioni Sanitarie Territorio
Azienda ULSS 6 Euganea, Padova

Federico Rubini

Infermiere
IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova

Manuela Salama

Infermiera
UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
Professore a contratto di Infermieristica Clinica
in Salute Mentale Pediatrica e Infermieristica
in Psichiatria e Salute Mentale
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Giuseppe Saluzzi

Medico Chirurgo, specialista in Ginecologia
e Ostetricia
Già Medico Dirigente Ospedaliero
Medico Esperto in Omeopatia, Omotossicologia
e Discipline Integrate

Salvatore Saluzzi

Psicologo
Psicoterapeuta a indirizzo psicoanalitico
in formazione
SPDC I e II, Dipartimento di Salute Mentale
e delle Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII,
Bergamo

Rosa Patrizia Sant'Angelo

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
AUSL Romagna, Cesena
Cultrice della materia, Corso di Laurea
in Infermieristica, Università degli Studi di Bologna

Maria S. Signorelli

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta
Direttore della Scuola di Specializzazione
in Psichiatria, Università degli Studi di Catania
Professore Associato in Psichiatria
Dipartimento di Medicina e Chirurgia Sperimentale
Università degli Studi di Catania

Francesca Tamborini

Ostetrica
ASST Fatebenefratelli Sacco
presidio Ospedale Buzzi, Milano
Professore a contratto di Pratica Avanzata
nella Prevenzione e Assistenza per la Salute
della Persona, della Famiglia e della Comunità
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche
e Ostetriche, Università degli Studi di Milano

Annamaria Tanzi

Coordinatore infermieristico/Infermiere Case Manager
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
ASST Pavia
Professore a contratto di Infermieristica in Salute
Mentale e Fondamenti Teorici e Metodologici
della Riabilitazione Psichiatrica
Corso di Laurea in Infermieristica, Corso di Laurea
in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Scuola di Specialità in Psichiatria
Università degli Studi di Pavia

Cristina Toffoli

Psicologa
Casa Soggiorno Divina Provvidenza di Santa Lucia
di Piave (TV)

Lara Tumino

Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta a indirizzo analitico transazionale
Centro Psico Sociale di Iseo (BS)
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
ASST Franciacorta

Viviana Venturi

Psicologa, Psicoterapeuta
Responsabile dell'équipe psicologica
dell'Ambulatorio per l'ADHD nell'Adulto
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Revisori della metodologia tassonomica NNN

Umberto Fontana
Infermiere
Libero professionista, Padova

Federico Rubini
Infermiere
IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova

Collaboratori

Ilaria Chiarantini
Medico Chirurgo, specializzando in Psichiatria
Università degli Studi di Pisa

Lara Foresi
Medico Chirurgo, specialista in Psichiatria
Unità Operativa per le Dipendenze da Alcol e Droghe
Azienda USL Toscana Nord Ovest
Carrara (MS)

Presentazione di Emi Bondi

La figura dell'infermiere, ormai da molti anni, svolge un ruolo centrale all'interno dei processi di cura, anche in virtù dell'autonomia prevista dalla normativa definitiva del profilo professionale, un'autonomia che gli permette di contribuire in modo significativo e peculiare al benessere complessivo della persona. In salute mentale l'importanza della figura infermieristica è rimarcata dal ruolo di case manager che spesso è chiamato a ricoprire all'interno dell'équipe multidisciplinare che caratterizza la presa in carico dei soggetti psichiatrici complessi.

La cura dei disturbi psichici è un ambito specialistico della medicina che richiede, accanto alle competenze infermieristiche di base, competenze peculiari legate alle caratteristiche intrinseche della malattia mentale: in questo caso il processo di assistenza e di cura deve essere primariamente mediato e caratterizzato da particolari competenze relazionali che permettano di stabilire e mantenere una relazione terapeutica efficace con le persone assistite. Una delle caratteristiche distintive dell'autonomia professionale dell'infermiere è la capacità di valutare i bisogni delle persone e formulare piani di assistenza ed educativi personalizzati e integrati che, nel caso della psichiatria, devono tenere presenti, oltre alla valutazione dei sintomi psichici peculiari della malattia, le ripercussioni di questa nella vita della persona stessa. L'analisi delle risorse, e/o delle carenze relazionali, sociali e lavorative dell'assistito, permette di identificare "bisogni" su cui lavorare per far sì che riacquisisca quelle "abilità" che consentono un effettivo processo di recovery. La famiglia, il contesto di vita, le variabili ambientali possono altresì essere fattori determinanti per l'insorgenza e/o la riabilitazione di quadri psicopatologici, come anche fattori protettivi nel prevenire ricadute e favorire il processo di guarigione; occorre quindi saper sviluppare capacità di lettura e analisi di tali determinanti. La complessità di questo approccio "globale" alla persona richiede una solida base di conoscenze e competenze cliniche specialistiche, nonché la capacità di prendere decisioni autonome in modo tempestivo ed efficace. La formazione specialistica post-laurea in salute mentale è oggi più che mai necessaria.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, è fondamentale che gli infermieri siano adeguatamente preparati per fornire un'assistenza di qualità, basata sull'evi-

denza scientifica e centrata sulla persona, in un campo peculiare come quello della salute mentale. Ciò richiede un continuo aggiornamento delle competenze professionali e una comprensione approfondita dei disturbi mentali, delle loro cause e delle opzioni di trattamento disponibili.

L'interdisciplinarietà rappresenta un altro elemento chiave nella risposta ai bisogni delle persone con disturbo mentale e gli infermieri devono essere in grado di collaborare in modo efficace non solamente con i medici psichiatri, ma anche con altri professionisti della salute mentale, come psicologi, assistenti sociali, mediatori culturali e tecnici della riabilitazione, per fornire una cura integrata e coordinata. Infatti, l'assistenza infermieristica in salute mentale non si limita al trattamento dei sintomi e alla prevenzione delle ricadute, ma include anche la promozione del benessere psicologico e sociale. Incoraggiare l'autonomia e l'empowerment degli assistiti, supportandoli nel processo di guarigione e nel raggiungimento di una migliore qualità di vita, è una priorità di tutta l'équipe psichiatrica.

La competenza nel campo dell'assistenza psichiatrica è legata al riconoscimento dei bisogni specifici di ciascuna persona e all'offerta di differenti livelli di accompagnamento, assistenza e stimolazione. Alcuni soggetti possono accedere a programmi di emancipazione-riabilitazione, altri necessitano di maggiore tutela e talvolta di essere "riparati" da un eccesso di stimoli. Questa valutazione diviene indispensabile, dal momento che le condizioni cliniche possono mutare velocemente e il professionista sanitario dovrà quindi basarsi sulla conoscenza della storia della persona assistita al fine di evitare di arrecarle danno.

Per ultima, ma non per questo meno rilevante, va citata l'importanza dell'educazione e della sensibilizzazione pubblica, che non può essere sottovalutata; gli infermieri, insieme agli altri professionisti, possono svolgere un ruolo attivo nella lotta contro lo stigma associato ai disturbi mentali, in modo da contribuire ad aumentare la comprensione e la consapevolezza della salute mentale nella società.

Sono onorata di presentare quest'opera dedicata all'assistenza in salute mentale, curata e scritta da professionisti delle diverse discipline che costituiscono il cardine della cura e dell'assistenza in psichiatria. Questo

libro risponde al bisogno di curare e assistere le persone con disturbi mentali, una sfida cruciale per la psichiatria, che si deve prendere cura del malato non solo dal punto di vista psichico, ma anche fisico e sociale, prevedendo, quindi, un approccio olistico.

In qualità di Presidente della Società Italiana di Psichiatria, desidero rivolgermi agli studenti di infermieristica che rappresentano la nuova generazione di professionisti impegnati nella cura e nell'assistenza in salute mentale, ma anche a tutti gli infermieri che lavorano con persone affette da disturbo mentale, dicendo loro che è necessaria una formazione costante accanto alla pratica clinica, se vogliono affrontare in modo efficace e adeguato le sfide che l'assistenza e la cura richiedono in psichiatria. Quello della psichiatria è un mondo affascinante, in cui avviene una continua acquisizione di nuove conoscenze, che si traducano in nuove opzioni terapeutiche; è quindi fondamentale mantenere accanto alla pratica clinica una formazione continua.

Ritengo che questo manuale sia un'opera straordinaria, che unisce le conoscenze teoriche all'applicazione pratica, fornendo una prospettiva completa sull'infermieristica in salute mentale, in un'ottica multidisciplinare che è rappresentata, fin dalla progettazione del testo, dai tre curatori: Pierluigi Badon, infermiere; Claudia Palumbo, psichiatra; Salvatore Saluzzi, psicologo.

Ho particolarmente apprezzato l'approccio umanistico e centrato sulla persona affetta da disturbo mentale, un approccio che traspare in ogni capitolo. I curatori hanno enfatizzato l'importanza di comprendere le sfide personali ed emotive con cui gli individui che soffrono di disturbi mentali si confrontano ogni giorno e inco-

raggiano una comunicazione empatica e rispettosa per creare un ambiente terapeutico sicuro.

Con l'aiuto di casi clinici reali, esempi pratici e strumenti di valutazione, *Assistenza infermieristica in salute mentale* fornisce le competenze necessarie per affrontare le complessità dell'assistenza diretta alle persone, oltre alle competenze di leadership indispensabili per promuovere la salute mentale anche in ambito comunitario. Si tratta di un "saper fare e saper pensare" che si realizza nel contesto dell'équipe curante e nella sua capacità di valorizzare le differenti funzioni, di integrarle e metterle al servizio degli obiettivi terapeutici.

Mi congratulo con tutti gli autori e i curatori per l'impegno e la dedizione dimostrati nella creazione di questa risorsa preziosa. Ho colto la loro passione e la competenza che nasce dall'aver dedicato anni di studio ed esperienza alla cura e al sostegno delle persone affette da disturbi mentali e alla formazione degli infermieri. Sono certa che questo libro diventerà un punto di riferimento essenziale per gli studenti di infermieristica che si affacciano per la prima volta a questa disciplina e per coloro che desiderano specializzarsi nell'assistenza alla salute mentale. Auspico che *Assistenza infermieristica in salute mentale* possa ispirare, guidare e accrescere il loro sapere professionale, oltre ad arricchire la comprensione e la competenza nella cura della persona.

Auguro ai lettori un futuro di soddisfazioni per la carriera infermieristica in salute mentale e auspico che, grazie anche a questo libro, si possano aprire loro nuove prospettive e opportunità di crescita professionale per un'assistenza competente e moderna nell'ambito della salute mentale.

Emi Bondi

Presidente della Società Italiana di Psichiatria
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
e delle Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII,
Bergamo

Presentazione di Cesare Giovanni Moro

La storia dell'assistenza infermieristica in ambito di salute mentale è caratterizzata da un significativo percorso di evoluzione professionale. In passato, gli infermieri erano relegati a un ruolo puramente custodialistico all'interno degli ospedali psichiatrici, che rappresentavano istituzioni totalizzanti. Oggi, invece, gli infermieri sono professionisti altamente qualificati e competenti, in grado di agire efficacemente nell'ambito della lotta allo stigma e al pregiudizio, dell'accoglienza e della valutazione dei bisogni, della presa in carico e dell'orientamento alla recovery della persona che vive e convive con l'esperienza del disagio e del disturbo mentale. Questi infermieri non agiscono solo nell'ambito delle strutture sanitarie, ma continuano a prendersi cura dell'assistito anche quando questo vive all'interno della propria famiglia e nel contesto sociale, collaborando in modo integrato con la rete personale e professionale per un continuo confronto e sostegno. La centralità del ruolo dell'infermiere nella cura delle persone con disturbi mentali è quindi di fondamentale importanza. Affinché questo ruolo possa essere agito in modo efficace ed efficiente, è necessaria un'adeguata e specifica formazione, basata su approcci assistenziali integrati che forniscano risposte ai bisogni della persona e della famiglia.

La professione infermieristica in ambito di salute mentale deve ora fare un ulteriore passo avanti per soddisfare i bisogni multidimensionali dei soggetti che soffrono di disturbi psichici, bisogni che riguardano la sfera psicologica, sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare e devono essere affrontati in modo integrato e multidisciplinare. Il panorama attuale è caratterizzato da quadri psicopatologici sempre più frequentemente interconnessi ad altre problematiche (per esempio, dipendenze, psicopatologia in adolescenza, disabilità psichica), facenti parte di una realtà in rapida evoluzione; tutto questo richiede un elevato livello di conoscenze professionali allo scopo di garantire una costante ridefinizione dell'operato basata su fonti validate, come linee guida, procedure, protocolli e PDTA, sempre più condivisi tra le diverse branche specialistiche. Per l'infermiere in salute mentale non esiste un modello concettuale condiviso sulle competenze ma, partendo dal paradigma classico del nursing – persona, salute, ambiente, assistenza infermieristica – sono diversi i modelli teorici declinati

a sostegno delle competenze in salute mentale che consentono di cogliere i molteplici aspetti dell'identità professionale. Da questo punto di vista, la ricchezza del testo, sia per quanto riguarda i riferimenti teorici, sia per il continuo richiamo all'*evidence-based* e alla collaborazione interdisciplinare, costituisce un significativo valore aggiunto per la formazione degli infermieri che lavorano nell'ambito della salute mentale.

È quindi fondamentale investire nella formazione degli infermieri, anche attraverso l'utilizzo di una tassonomia specifica come il linguaggio standardizzato delle diagnosi infermieristiche, uno strumento che consente agli infermieri di governare il proprio mandato professionale in piena autonomia e responsabilità, pianificando l'assistenza in modo adeguato, dimostrando la qualità dell'assistenza erogata, garantendo tracciabilità e trasparenza alle persone assistite e qualificando il proprio operato. Il volume *Assistenza infermieristica in salute mentale*, strutturato attraverso l'integrazione delle diagnosi cliniche (DSM-5) con le diagnosi infermieristiche (diagnosi NANDA-I), è uno strumento prezioso per tracciare tutto il percorso assistenziale – soprattutto quando si realizza la continuità assistenziale ospedale-territorio – utilizzando un linguaggio scientifico, condiviso e standardizzato, rispondendo anche alla necessità che deriva da obblighi professionali deontologici e di legge (legge n. 251/2000). Da rimarcare inoltre lo stimolo ad approfondire la ricerca clinica per fornire agli infermieri sempre maggiori prove di efficacia a sostegno dell'utilizzo delle tassonomie infermieristiche, anche nell'ambito della salute mentale.

Infine, è opportuno sottolineare nuovamente l'importanza di avere infermieri che operino nell'ambito della recovery, argomento che occupa uno spazio significativo della prima parte del testo, intesa come riappropriazione di un'adeguata qualità di vita, che veda la persona coinvolta in modo attivo e non come individuo che subisce i progetti degli operatori sanitari. Questo sarà più facilmente possibile quando si instaura una buona relazione terapeutica, come ampiamente trattato nel capitolo dedicato a questa tematica, che vada oltre il sintomo e sappia cogliere la sofferenza dell'altro, evolvendosi in un viaggio che sia un "camminare insieme" con la persona assistita verso le opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Cesare Giovanni Moro
Presidente SISISM – Società Italiana di Scienze
Infermieristiche in Salute Mentale

Prefazione

Progettare e scrivere un libro non è mai facile e, in questo caso, ha rappresentato una vera sfida per offrire all'infermieristica in salute mentale un sussidio uniformato negli approcci, anche metodologici, così come è disponibile per la gestione di problematiche correlate alla salute fisica. Per questo abbiamo fatto nostro un detto che cattura lo spirito dei nostri tempi: "L'unica costante è il cambiamento". Gli ultimi decenni hanno portato grandi cambiamenti nel sistema sanitario in generale e nell'assistenza infermieristica in particolare, il cui corpo di conoscenze continua a espandersi molto rapidamente.

La figura dell'infermiere in ambito psichiatrico è stata a lungo sottovalutata e scarsamente considerata, poiché la sua funzione prevalente era quella di "guardiano dei folli". Nell'Ottocento, gli infermieri psichiatrici lavoravano nei manicomi ed erano appena meno sventurati dei ricoverati; in gran parte di origine contadina, venivano impiegati, senza alcuna preparazione, nella canea dei nosocomi con funzioni di sorveglianza, custodia e repressione. Erano loro a fare il "lavoro sporco", a contenere l'aggressività dei malati utilizzando altrettanta aggressività, e solo una minima parte di questi infermieri riusciva a esprimere, pur in un contesto drammatico, una toccante umanità. Si deve attendere il 1978, con la legge 180/1978 (la cosiddetta "legge Basaglia"), poi recepita dalla legge 833/1978 ("Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"), per avere una riforma organica in materia di malattie mentali: dopo tale legge, gli infermieri nel campo della salute mentale si sono lentamente trasformati da custodi materiali a promotori della salute, "alleati" del malato, con lo scopo di accompagnarlo verso la libertà e l'autonomia.

Dal 1980 l'infermiere svolge la propria attività all'interno delle strutture territoriali previste dalla legge (dipartimento di salute mentale, centro di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutiche, servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ecc.), centrando il proprio intervento principalmente sulla relazione terapeutica. Negli anni, progressivamente, si è passati da una psichiatria di tipo "custodialistico" a una di tipo "territoriale", che persegue lo scopo di prevenire e curare il disturbo nel territorio, e cioè nel contesto ove ha origine e vive. Tutto ciò ha significato una crescente necessità di formazione per tutti gli operatori del settore, in particolare per gli infer-

mieri, che in più di un'occasione sono stati costretti, purtroppo, a "inventare" le proprie competenze.

Oggi, l'infermiere, grazie allo studio di questa disciplina all'interno dei corsi di laurea abilitanti e nella formazione post-base, è maggiormente in grado di affrontare l'assistenza al malato psichiatrico. L'individuo affetto da un disturbo mentale porta con sé problematiche e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la sfera psicologica ma anche quella sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare; di conseguenza, l'infermiere che opera nel campo della salute mentale si trova spesso ad agire in diverse aree della vita sia della persona sofferente sia dei suoi familiari e caregiver.

Questo libro desidera offrire una solida teoria infermieristica, con approcci terapeutici e applicazioni cliniche per il continuum del trattamento. L'elenco iniziale dei contenuti che compongono i diversi capitoli facilita la comprensione e l'apprendimento della materia. Tutti i contenuti di questo manuale sono trattati dal punto di vista psichiatrico e psicologico e le componenti infermieristiche guidano sia lo studente sia il professionista nella pianificazione dell'assistenza, tramite il processo infermieristico. Gli interventi di pertinenza infermieristica riguardano la gestione della cura e l'assistenza alla persona affetta da disturbi mentali. Tra questi interventi, si annoverano le tecniche di comunicazione, l'educazione dell'assistito e dei suoi familiari alla gestione della malattia, nonché la promozione del ricorso alle risorse offerte dalla comunità.

Assistenza infermieristica in salute mentale presenta un approccio olistico alla pratica infermieristica in salute mentale basata sull'evidenza. L'intero personale sanitario, compresi gli infermieri, è oggi responsabile nei confronti dei soggetti presi in carico per la cura; diviene dunque doveroso fornire a tutti i professionisti una conoscenza specifica della disciplina psichiatrica, in modo che possano garantire la massima qualità dell'assistenza, basata sul principio della buona pratica clinica.

I disturbi mentali devono essere affrontati al pari dei disturbi organici, garantendo una diagnosi precoce e cure adeguate a ogni persona assistita con una malattia mentale, in età evolutiva così come in età adulta e nella terza età. Questo manuale desidera essere un'opportunità e una sfida per l'infermieristica italiana in salute

mentale, offrendo un panorama aggiornato sui disturbi mentali e un approccio metodologico per lo più pratico, non solo teorico, che permetta agli infermieri di individuare aree di intervento autonomo e integrato con il lavoro degli specialisti della salute mentale. Per poter garantire un approccio interdisciplinare, hanno contribuito alla scrittura di questo libro differenti professionisti afferenti all'area clinica e/o universitaria, come lo psichiatra, il neuropsichiatra, il neurologo, lo psicologo, l'infermiere, il tossicologo e l'ostetrica, oltre a professionisti specializzati nelle diverse aree della salute mentale.

Il libro è rivolto agli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica e dei corsi di master in Salute Mentale, ma desidera anche rappresentare una guida per i professionisti già laureati che lavorano nei servizi di salute mentale e che intendono aggiornare la loro conoscenza della disciplina e pianificare l'assistenza con rigore metodologico, secondo gli standard raccomandati dalle più autorevoli società scientifiche e professionali.

Per ogni disturbo, il lettore troverà la descrizione dell'epidemiologia, dell'eziopatogenesi, della presentazione clinica e del trattamento. Inoltre, all'inizio di ogni capitolo i disturbi trattati sono esemplificati con uno o più casi clinici descrittivi e il lettore potrà verificare l'acquisizione dei contenuti trattati utilizzando le domande di autovalutazione disponibili alla fine del capitolo.

Organizzazione del testo

Questo manuale è stato pensato come guida per imparare a discernere la malattia dalla salute mentale e per comprendere i principali disturbi psichici e le possibilità di intervento e cura. L'obiettivo principale che ci siamo prefissati consiste nel permettere al lettore di capire come pianificare al meglio l'assistenza infermieristica a una persona affetta da un disturbo mentale, in un'ottica sia di caring sia di attuazione di interventi specifici condivisi con l'équipe di cura per la gestione delle fasi acute e di riabilitazione.

L'opera è articolata in tre unità e composta da 25 capitoli, ciascuno dei quali presenta all'inizio gli obiettivi di apprendimento in riferimento allo specifico argomento trattato.

I capitoli sono organizzati in modo da facilitare l'identificazione dei contenuti più pertinenti e, ove appropriato, il testo inizia con la presentazione di un caso clinico emblematico di uno specifico disturbo. Ogni capitolo è ampiamente corredato da tabelle, riquadri riassuntivi a guida del processo decisionale e *alert* per identificare gli argomenti particolarmente rilevanti per la sicurezza della persona assistita, oltre che da schede

con specifiche considerazioni per il soggetto in età evolutiva e la persona anziana e da una rassegna di terapie e tecniche tratte dalle medicine complementari e integrative. Alla fine di ogni capitolo sono disponibili un sommario con la sintesi dei contenuti chiave trattati e una serie di domande per l'autovalutazione dell'apprendimento.

L'assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbi mentali è delineata presentando in sequenza le sei fasi del processo di assistenza, con richiamo al caso clinico di apertura del capitolo.

I differenti disturbi sono identificati dalle categorie diagnostiche psichiatriche come descritte nella quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, alla cui più recente edizione italiana (DSM-5-TR®)¹ rimandiamo per un riferimento completo ai criteri diagnostici e alle caratteristiche specifiche di ciascun disturbo. Le risposte umane ai diversi disturbi sono definite con le diagnosi infermieristiche tratte dalla dodicesima edizione della tassonomia NANDA International² (NANDA-I, 2021-2023). I titoli diagnostici sono stati selezionati sulla base dei disturbi psichiatrici specifici e/o delle comorbilità, e alle diagnosi infermieristiche individuate sono stati abbinati risultati di salute tratti dalla classificazione NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e interventi infermieristici tratti dalla classificazione NIC (*Nursing Interventions Classification*) alla luce degli orientamenti bibliografici disponibili circa l'utilizzo delle tassonomie infermieristiche. I risultati dei pochi studi disponibili sull'utilizzo delle diagnosi NANDA-I in area psichiatrica evidenziano la necessità di promuovere la ricerca in quest'area. La scelta di impiegare la tassonomia NANDA-I per le diagnosi infermieristiche e le classificazioni dei risultati di salute NOC e degli interventi infermieristici NIC è giustificata dalla loro ampia diffusione in ambito formativo e assistenziale in molti contesti universitari e sanitari italiani, oltre che dalle evidenze derivanti da studi che dimostrano che l'utilizzo delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, combinate con le diagnosi psichiatriche, è in grado di offrire una descrizione completa delle condizioni reali delle persone affette da malattia mentale, dei loro problemi e dei loro bisogni. Tuttavia, la complessità e la diversità dell'assistenza infermieristica in ambito psichiatrico ospedaliero è fortemente influenzata dal genere, dall'età, dall'ambiente sociale di vita, dalle diagnosi psichiatriche e dai trattamenti per ogni singola persona assistita; queste variabili rendono difficile la definizione di piani di assistenza standard. Per questo motivo, si raccomanda al lettore di utilizzare le diagnosi infermieristiche presentate in questo libro come "guida" per la valutazione clinica mirata e per la costruzione di piani di assistenza personalizzati. Gli interventi NIC possono

1. American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, Text Revision (DSM-5-TR®), Raffaello Cortina Editore, Milano 2023.
2. Herdman T.H., Kamitsuru S., Takáo Lopez C. (a cura di), *NANDA International Diagnosi Infermieristiche – Definizioni e Classificazione 2021-2023*, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2021.

essere utilizzati anche in ambiti in cui i piani di trattamento interdisciplinare prendono il posto del piano di assistenza infermieristica personalizzato.

Tutti i casi clinici disponibili nei capitoli sono anche presenti in una sezione dedicata (www.i-florence.it/salutementale) di Florence, l'innovativo sistema avanzato di simulazione online che consente di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica utilizzando un modello teorico di riferimento, il processo di assistenza infermieristica in sei fasi e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

UNITÀ I – Salute mentale: aspetti generali

Questa unità è composta da **dieci capitoli** che hanno l'obiettivo di offrire all'infermiere i principali contenuti di una disciplina che guarda la persona malata nella sua totalità.

Il **capitolo 1, *Fondamenti di psichiatria e infermieristica in salute mentale***, offre una descrizione delle caratteristiche della malattia mentale, delle principali tappe storiche della relativa attività di cura e assistenza, dei significati culturali assegnati alla persona affetta da disturbi psichici e dei cambiamenti legislativi a favore di questa categoria di malati. Considera altresì i determinanti socioeconomici, culturali e di genere correlati alla salute mentale e le attuali tendenze di trattamento.

Il **capitolo 2, *Rete dei servizi per la salute mentale***, presenta i diversi servizi e strutture per la salute mentale, la loro funzione, i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi di un dipartimento di salute mentale, una descrizione delle diverse figure professionali coinvolte e il ruolo dell'infermiere nel team di cura e nei programmi di riabilitazione.

Il **capitolo 3, *Pratica infermieristica in salute mentale***, illustra e motiva le principali competenze e il ruolo dell'infermiere specializzato in salute mentale nei diversi contesti di cura e riabilitazione psichiatrica, anche all'interno di un team multidisciplinare. Delinea inoltre le aree di intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Il **capitolo 4, *Aspetti medico-legali ed etici in psichiatria***, tratta la componente normativa delle professioni sanitarie nell'ambito della salute mentale e i suoi risvolti nella pratica clinica, come la responsabilità professionale e le problematiche etiche comuni dell'infermiere psichiatrico.

Il **capitolo 5, *Valutazione psichiatrica e trattamenti farmacologici***, illustra le componenti e le fasi della valutazione psichiatrica, descrive le principali scale e test utilizzati dagli specialisti per la valutazione psicodiagnostica e presenta il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Descrive inoltre le categorie dei farmaci psicoterapici, con le indicazioni e gli effetti indesiderati, e alcuni particolari trattamenti previsti dalle medicine complementari e integrative.

Il **capitolo 6, *Teorie psicologiche e approcci terapeutici***, presenta le principali teorie psicologiche su cui si basa ogni strategia di trattamento e spiega come alcune particolari prospettive teoriche hanno influenzato l'at-

tuale pratica infermieristica. La seconda parte del capitolo descrive i diversi approcci terapeutici con riferimento alle teorie psicosociali.

Il **capitolo 7, *Relazione terapeutica***, nella prima parte dedica un'ampia trattazione alla relazione terapeutica e descrive come l'infermiere può costruire e migliorare la relazione con la persona assistita, l'importanza dell'autocoscienza e dell'uso terapeutico del sé e come attuare le fasi della relazione infermiere-persona assistita secondo il modello di Hildegard Peplau. La seconda parte tratta i meccanismi di difesa umani e le strategie di coping messe in atto dalle persone per affrontare situazioni stressanti.

Il **capitolo 8, *Comunicazione terapeutica***, definisce le caratteristiche e gli scopi della comunicazione terapeutica con la persona affetta da disturbo mentale e descrive i differenti stili e le varie forme della comunicazione interumana.

Il **capitolo 9, *Valutazione infermieristica in salute mentale***, guida il lettore a identificare le componenti di una valutazione integrata, compreso l'esame dello stato mentale, a utilizzare correttamente la terminologia psichiatrica per descrivere i sintomi di una persona assistita, a scegliere le tecniche appropriate per la conduzione del colloquio di accertamento, in modo da ottenere le informazioni utili alla valutazione integrata su cui basare la pianificazione dell'assistenza infermieristica.

Il **capitolo 10, *Etnopsichiatria e aspetti transculturali dell'assistenza in salute mentale***, definisce i concetti di cultura ed etnia e illustra le basi storiche dell'etnopsichiatria, portando all'attenzione del lettore gli effetti dei fenomeni migratori e dei cambiamenti climatici sulla salute mentale; descrive altresì i presupposti teorici dell'infermieristica transculturale di Madeleine Leininger e il concetto di competenza culturale per gli operatori sanitari.

UNITÀ II – Disturbi psichiatrici

Questa seconda unità comprende **treddici capitoli**, che descrivono ciascuno una specifica categoria di disturbo mentale. Tutti i capitoli iniziano con la presentazione di un caso clinico emblematico, che viene ripreso nel paragrafo "Assistenza infermieristica alla persona affetta da..." e declinato come esempio di pianificazione dell'assistenza infermieristica seguendo le fasi del processo infermieristico.

Il **capitolo 11, *Disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza***, descrive le manifestazioni, i fattori di rischio e i criteri diagnostici dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza e guida il lettore all'attuazione del processo infermieristico per l'assistenza al bambino/adolescente con problematiche neuropsichiatriche.

Il **capitolo 12, *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività nell'adulto***, presenta il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nelle persone adulte, descrivendone le manifestazioni, i fattori di rischio e i criteri diagnostici. Vengono poi discussi il modello eziologico dell'ADHD e le principali comorbilità e

sovrapposizioni cliniche. Inoltre, vengono descritti i principi del trattamento multimodale per l'ADHD negli adulti e viene pianificata l'assistenza infermieristica per le persone affette da questo disturbo.

Il **capitolo 13, *Disturbi d'ansia***, si focalizza sui disturbi d'ansia, descrivendo cosa sono e come sono caratterizzati, nonché l'eziopatogenesi, le manifestazioni e i fattori di rischio. Inoltre, viene inquadrato l'uso dei principali meccanismi di difesa da parte di chi è affetto da disturbi d'ansia e viene applicato il processo infermieristico per l'assistenza alla persona con disturbi d'ansia e controllo degli impulsi inefficace.

Il **capitolo 14, *Disturbi da sintomi somatici e disturbi dissociativi***, tratta i disturbi somatoformi e dissociativi, descrivendone gli aspetti clinici, diagnostici e le teorie eziologiche. Vengono inoltre trattate la diagnosi differenziale, le principali comorbidità associate e il processo infermieristico per l'assistenza alla persona affetta da questi disturbi e presentate le strategie relazionali e di trattamento più appropriate per la gestione di tali condizioni.

Il **capitolo 15, *Disturbi dell'umore***, descrive le teorie eziologiche, i fattori di rischio e le caratteristiche dei disturbi dell'umore. Inoltre, viene confrontato il disturbo depressivo maggiore con il disturbo distimico. Vengono poi illustrati la modalità di utilizzo del litio, il focus del trattamento per la fase maniacale acuta e quello per la fase di proseguimento o mantenimento per il disturbo bipolare e il processo infermieristico per l'assistenza alla persona con disturbi dell'umore.

Il **capitolo 16, *Disturbi psicotici***, identifica i disturbi dello spettro della schizofrenia, distingue tra sintomi positivi e negativi e delinea l'assistenza infermieristica per gestire le diverse fasi della malattia. Il capitolo sottolinea l'importanza di valutare l'efficacia del trattamento farmacologico e di adottare approcci riabilitativi e di recupero comunitario per migliorare la qualità della vita delle persone affette da questo disturbo.

Il **capitolo 17, *Disturbi di personalità***, offre una rassegna delle manifestazioni, dei fattori di rischio e dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità, spiega i determinanti biologici e i fattori di stress psicosociale nell'eziologia di questi disturbi e ne delinea le aree disfunzionali. Descrive come applicare il processo infermieristico per l'assistenza alla persona affetta da questi disturbi e gli interventi di base per i comportamenti impulsivi, aggressivi o manipolatori. Infine, spiega come educare la persona assistita e la sua famiglia alla conoscenza dei disturbi di personalità e al loro trattamento.

Il **capitolo 18, *Abuso di sostanze e dipendenze patologiche***, puntualizza le differenze tra uso di sostanze, intossicazione, tolleranza e astinenza, per poi identificare i potenziali disturbi psichici che si riscontrano frequentemente in comorbidità, ai quali verrà applicato il processo infermieristico assistenziale.

Il **capitolo 19, *Disturbi neurocognitivi***, descrive le caratteristiche dei disturbi neurocognitivi e gli interventi infermieristici principali ed essenziali da attuare per una persona con delirium o deterioramento cognitivo, soprattutto con riferimento alla malattia di Alzheimer.

Il **capitolo 20, *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione***, si concentra sui disturbi dell'alimentazione, descrivendone i fattori di rischio, i criteri diagnostici, l'eziologia e la patogenesi. Vengono poi identificate le manifestazioni cliniche dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, e viene discussa la necessità di attuare interventi preventivi per le persone a rischio. Inoltre, vengono presentate le principali complicanze mediche associate ai disturbi alimentari e viene descritto l'approccio integrato e multidisciplinare per la loro gestione, utilizzando il processo infermieristico per l'assistenza alla persona.

Il **capitolo 21, *Disturbi del sonno***, dopo aver illustrato alcuni dei parametri che definiscono il sonno "normale", spiega come i disturbi del sonno siano implicati in quasi tutti i disturbi psichiatrici, seppur con differente gravità. Da qui l'importanza di un'attenta e scrupolosa pianificazione della relativa assistenza infermieristica.

Il **capitolo 22, *Disturbi sessuali***, si focalizza sulle disfunzioni sessuali e sulle parafilie, descrivendo le loro manifestazioni, i fattori di rischio e i criteri diagnostici, nonché i modelli esplicativi di riferimento. Vengono inoltre illustrati l'assessment e le possibili comorbidità psichiatriche, oltre al processo infermieristico per l'assistenza alla persona affetta da questi disturbi. Infine, vengono descritte le pratiche di transizione di genere e le comorbidità psichiatriche associate.

Il **capitolo 23, *Psicopatologia in gravidanza e allattamento***, tratta le più frequenti forme di psicopatologia in gravidanza e nel postpartum e le puntuali considerazioni di un clinico specialista alla base della prescrizione di un trattamento farmacologico nei diversi trimestri della gravidanza, identificando i principali rischi per la madre e per il bambino che possono derivare dalla patologia psichiatrica non trattata.

UNITÀ III – Crisi ed emergenze in psichiatria

Il **capitolo 24, *Suicidio***, riprende i disturbi dell'umore e i relativi interventi educativi per aumentare la conoscenza di questi argomenti, al fine di identificare le popolazioni a rischio di suicidio e mettere a punto interventi di prevenzione. Propone altresì gli interventi infermieristici per l'assistenza alla persona con idee suicidarie o dopo un tentativo di suicidio.

Il **capitolo 25, *Agitazione psicomotoria e aggressività***, illustra le manifestazioni cliniche dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività, i fattori di rischio e i criteri diagnostici. Il capitolo esplora le cause e la psicopatologia di questi fenomeni, nonché le modalità di assistenza infermieristica. Inoltre, viene descritto come identificare le popolazioni a rischio e attuare interventi per prevenire l'agitazione psicomotoria e l'aggressività.

APPENDICI

L'**appendice A, *Impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale della popolazione e degli operatori sanitari***, spiega come la recente pandemia Covid-19 abbia aumentato in modo significativo la diffusione dei disturbi psichiatrici nella popolazione e quali sono stati

i principali problemi che questo periodo di forte stress ha creato per gli operatori sanitari.

Le **altre appendici**, disponibili online sul sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche contengono **scale e test di valutazione** a completamento degli argomenti trattati all'interno dei capitoli.

Assistenza infermieristica in salute mentale è più di un semplice libro: rappresenta il nostro impegno per offrire agli infermieri uno strumento completo e innovativo per l'assistenza alla persona affetta da un disturbo mentale.

Lo abbiamo realizzato tenendo sempre ben presenti la dignità e gli aspetti emotivi degli assistiti e delle loro famiglie, ma anche di chi lavora con queste persone.

Siamo convinti che solo attraverso l'impegno costante e la formazione continua sia possibile migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e affrontare con successo le complesse sfide della psichiatria, e il nostro desiderio è che *Assistenza infermieristica in salute mentale* possa anche essere uno stimolo per nuove ricerche, nuovi sviluppi e nuove sfide e un punto di partenza per coloro che, rapportandosi per la prima volta con il disagio psichico, desiderino acquisire competenze speci-

fiche finalizzate, oltre che a un buon operato, ad alleviare la sofferenza del malato e di chi lo circonda grazie a un approccio multidisciplinare.

Assistenza infermieristica in salute mentale è il risultato del contributo di diversi professionisti clinici e accademici, con i quali abbiamo fatto ogni sforzo per offrire al lettore un compendio completo su questa branca della medicina e dell'infermieristica tanto importante e complessa quanto lo è l'individuo nel suo insieme di soma e psiche.

Il nostro augurio è che quest'opera diventi una guida di riferimento per lo studio e la gestione dell'assistenza per studenti e infermieri che già operano in ambito psichiatrico, in modo che possano migliorare la loro pratica clinica e/o completare la loro formazione specialistica.

Auspichiamo che questo libro possa, inoltre, accrescere la consapevolezza che la salute mentale è un bene prezioso che deve essere tutelato sia per il singolo individuo sia per la sua famiglia e la comunità cui appartiene.

Con questo spirito, vi invitiamo ad approfondire la lettura del presente manuale per conoscere e promuovere una cura e un'assistenza di qualità, che è un diritto fondamentale di ogni persona.

Pierluigi Badon
Claudia Palumbo
Salvatore Saluzzi

Come accedere alle risorse online

Questo volume è accompagnato da risorse online che comprendono alcune delle appendici citate nel testo, la versione ebook dell'opera e la possibilità di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC accedendo a un'apposita sezione di Florence, l'innovativo sistema di simulazione della pianificazione dell'assistenza realizzato adattando per la didattica lo strumento impiegato nella pratica clinica: la cartella clinica infermieristica informatizzata. Inoltre, sul sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche è presente una pagina dedicata a questo volume da cui è possibile scaricare le risposte alle domande di verifica presenti alla fine di ciascun capitolo.

Per accedere a queste risorse, è necessario utilizzare il codice univoco OTP (*One-Time Password*), stampato in fondo al riquadro che si trova dietro la copertina di questo volume.

Per prima cosa, occorre registrarsi sul sito MyZanichelli (my.zanichelli.it) scegliendo il profilo opportuno. Una volta in MyZanichelli, è necessario inserire nella specifica casella il **codice di attivazione stampato in fondo al riquadro che si trova dietro la copertina di questo volume** e fare clic sul pulsante **ATTIVA**. Da questo momento sarà possibile accedere alle risorse digitali collegate a questo manuale per un periodo di 24 mesi. Il codice di attivazione può essere usato una sola volta.

The screenshot displays the MyZanichelli website interface. At the top, the ZANICHELLI logo is on the left, and navigation links for Assistenza, Contattaci, Carrello, and a user profile for Lucio Maestri are on the right. The main header features a hamburger menu icon and the text 'myZanichelli'. Below the header, the user is greeted with 'Ciao Lucio Maestri'. A section titled 'ATTIVA IL TUO LIBRO' contains a text input field for the activation code and an 'ATTIVA' button. A note below the input field states: 'Trovi il codice stampato sul bollino SIAE, nella prima pagina del libro.' A link for 'NON TROVI IL CODICE?' is provided. The 'I miei libri' section shows a book cover for 'Assistenza infermieristica in salute mentale' by Pierluigi Badon, Claudia Palumbo, and Salvatore Saluzzi. The book cover includes the text 'Volume unico + ebook' and a 'RISORSE' button. To the right of the book cover, there is a 'Booktab' section with a download button 'SCARICA BOOKTAB' and a 'Hai bisogno di aiuto?' section with a button 'APRI IL CENTRO ASSISTENZA'.

Versione ebook del testo

La versione ebook del testo è disponibile direttamente sul sito MyZanichelli (my.zanichelli.it).

Per accedere all'ebook, una volta entrati in MyZanichelli e attivato il libro con il codice OTP come appena descritto, è sufficiente fare clic sul pulsante **Leggi l'ebook su laZ Ebook**, che appare in basso sotto la copertina del libro. Si aprirà un nuovo pannello del browser in cui sarà possibile sfogliare, leggere, evidenziare e annotare la versione digitale del testo.

Per consultare la versione online dell'ebook è necessario essere connessi a internet. In alternativa, è possibile scaricare e installare sul proprio computer o su un tablet la app Booktab, utilizzando il pulsante presente in basso a sinistra nella home page personale di MyZanichelli. Al primo avvio dell'app Booktab, inserire lo username e la password del proprio account MyZanichelli per visualizzare la versione elettronica di questo testo. L'applicazione Booktab consente di scaricare l'ebook sul computer, o su un altro device, per poterlo successivamente consultare anche in modalità offline in assenza di una connessione internet.

Pianificazione dell'assistenza infermieristica con Florence

Florence (www.i-florence.it) è l'innovativo sistema avanzato di simulazione online che consente di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, a partire da uno dei numerosi casi clinici disponibili, utilizzando un modello teorico di riferimento, il processo di assistenza infermieristica in sei fasi e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

Una volta attivate su MyZanichelli le risorse online di questo testo, tramite le proprie credenziali è pos-

sibile accedere a una sezione dedicata di Florence (www.i-florence.it/salutementale).

Selezionando il pulsante **Anteprima** si può leggere il testo di un caso per verificarne il contenuto. Cliccando sul pulsante **Vai alla simulazione** si verrà invece trasferiti in un ambiente che simula un sistema di documentazione dell'assistenza infermieristica professionale.

Nel pannello **Assistenza infermieristica** presente in questo ambiente, è possibile esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza grazie a una vera cartella clinica infermieristica informatizzata, adattata a scopo didattico. Utilizzando i comandi opportuni si potrà registrare l'anagrafica della persona assistita, ascoltarne la narrazione annotando i dati salienti e, con il comando **Pianifica assistenza**, iniziare la raccolta dati della valutazione iniziale e procedere con la pianificazione dell'assistenza infermieristica.

Nella versione riservata ai lettori di questo manuale si potrà pianificare l'assistenza infermieristica solamente fino alla scelta delle diagnosi infermieristiche. Non sarà possibile procedere con le fasi successive del processo infermieristico e la relativa selezione di risultati NOC e interventi NIC.

Appendici e risposte alle domande di verifica dell'apprendimento

Una volta attivate su MyZanichelli le risorse online di questo manuale, con le proprie credenziali sarà anche possibile accedere al sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche e alla relativa pagina dedicata a quest'opera, da cui è possibile scaricare la versione PDF delle appendici non presenti nel volume cartaceo e un file con le risposte alle domande di verifica dell'apprendimento presenti alla fine di ciascun capitolo.

The screenshot displays the Florence software interface. At the top, there is a header with the 'florence' logo and user information: 'Un. Operative: Florence', 'Help', 'stefano.villani@ceaedizioni.it-69058G', and 'Logout'. Below the header is a 'Comandi' (Commands) bar with buttons for 'Anagrafica', 'Narrazione', 'Pianifica Assistenza', 'Piano delle Attività', 'Piano di Assistenza', 'Diario', 'Riepilogo Attività', and 'Cancella la Pianificazione'. The main content area is divided into sections: 'Assistito' (Assisted) with a search bar and a profile for 'IPPOLITO MARIA' (Data di Nascita, Sesso); 'CASO CLINICO' (Clinical Case); 'ASSISTENZA INFERMIERISTICA' (Nursing Assistance); and 'SCRIVANIA' (Desk) with a search bar and a table. The table has columns for 'Descrizione', 'Da', 'Data', 'Att.', and 'Iter'. A vertical sidebar on the right contains icons for chat, documents, and other functions.

Indice

<i>Curatori</i>	VI	■ Capitolo 2. Rete dei servizi per la salute mentale	19
<i>Autori</i>	VIII		
<i>Revisori della metodologia tassonomica NNN</i>	XII		
<i>Collaboratori</i>	XII	2.1 SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	19
<i>Ringraziamenti</i>	XIII	Dipartimento di salute mentale	19
<i>Presentazione di Emi Bondi</i>	XV	Altri servizi di assistenza	22
<i>Presentazione di Cesare Giovanni Moro</i>	XVII	2.2 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DI UN DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	23
<i>Prefazione</i>	XIX	Scopi e obiettivi	23
<i>Nota terminologica</i>	XXV	Principi guida	24
<i>Declaratoria di non responsabilità</i>	XXVI	Organizzazione e amministrazione del DSM	24
<i>Come accedere alle risorse online</i>	XXVII	Risorse strutturali	25
		Sistema informativo	25
		Formazione e aggiornamento	25
		Valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza	25
		2.3 COMUNITÀ TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	26
		Strutture residenziali psichiatriche	26
		● Sommario	29
		● Domande di verifica dell'apprendimento	29
		BIBLIOGRAFIA	30
		■ Capitolo 3. Pratica infermieristica in salute mentale	31
		3.1 RUOLO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE	32
		Ruolo dell'infermiere in salute mentale	32
		Competenze dell'infermiere in salute mentale	33
		3.2 LAVORO IN TEAM	37
		Team multidisciplinare e interdisciplinare	38
		Presa in carico multiprofessionale	39
		Componenti del team multidisciplinare	39
		3.3 RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	41
		Modelli di riabilitazione psichiatrica	42
UNITÀ I			
SALUTE MENTALE: ASPETTI GENERALI			
■ Capitolo 1. Fondamenti di psichiatria e infermieristica in salute mentale	3		
1.1 SALUTE MENTALE E DISTURBO MENTALE	3		
Salute mentale	3		
Disturbo mentale	4		
1.2 FENOMENOLOGIA DEI DISTURBI MENTALI	4		
Determinanti socioculturali, economici e di genere	4		
1.3 PSICHIATRIA TRANSCULTURALE	6		
1.4 STORIA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PSICHIATRIA	6		
Origini e Medioevo	8		
Età moderna	9		
Età contemporanea	10		
Evoluzione legislativa in Italia	12		
1.5 EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA PSICHIATRICA	13		
1.6 RISORSE	14		
● Sommario	15		
● Domande di verifica dell'apprendimento	16		
BIBLIOGRAFIA	17		

3.4	INFERMIERISTICA PSICOSOCIALE NELLA SALUTE PUBBLICA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	44	Accertamento peritale in ambito penale	76
	Approccio olistico dell'infermieristica psicosociale	45	Accertamento peritale in ambito civile	77
3.5	INFERMIERISTICA DOMICILIARE, DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	46	Imputabilità e capacità d'intendere e di volere	77
	Assistenza domiciliare	46	Infermità di mente e imputabilità: vizio parziale e vizio totale di mente	78
	Assistenza di famiglia e di comunità	46	Pericolosità sociale	79
	● Sommario	51	4.9 DALL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO (OPG) ALLE RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS)	80
	● Domande di verifica dell'apprendimento	52	Evoluzione normativa	80
	BIBLIOGRAFIA	53	4.10 STRUMENTI DI PROTEZIONE GIURIDICA	82
			Tutore, curatore e amministratore	
			di sostegno	82
			Interdizione e inabilitazione	84
■	Capitolo 4. Aspetti medico-legali ed etici in psichiatria	55	4.11 SICUREZZA NEI LUOGHI DELLA SALUTE MENTALE	85
4.1	DEONTOLOGIA ED ETICA IN PSICHIATRIA	55	Ambiente e setting di cura	85
	Etica infermieristica e deontologia	56	Sicurezza e benessere degli operatori della salute mentale	86
	Etica medica e deontologia	57	Sicurezza e benessere degli utenti	87
	Principi cardine dell'etica e della disciplina psichiatrica	57	● Sommario	88
4.2	I MALATI MENTALI TRA DIRITTI E VIOLAZIONI	58	● Domande di verifica dell'apprendimento	89
	Malattia psichiatrica e stigma	58	BIBLIOGRAFIA	90
4.3	RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE	61	■	
	Responsabilità penale	61	Capitolo 5. Valutazione psichiatrica e trattamenti farmacologici	93
	Responsabilità civile	62	5.1 VALUTAZIONE PSICHIATRICA	93
	Responsabilità ordinistico-disciplinare	62	Anamnesi	93
	Responsabilità amministrativa	62	Esame obiettivo fisico	94
	Responsabilità penale dello psichiatra	62	5.2 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	95
	Responsabilità penale dell'infermiere in psichiatria	64	Esame psichico	95
			Scale e test di valutazione	96
4.4	ASPETTI CLINICI E MEDICO-LEGALI DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	64	5.3 MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI	98
	Responsabilità di tenuta e conservazione della cartella clinica	65	Organizzazione dei contenuti del DSM-5	98
4.5	CONSENSO INFORMATO	66	5.4 PSICOFARMACOLOGIA	99
	Autonomia contro paternalismo	66	Cenni storici	99
	Forme del consenso	67	5.5 PSICOFARMACI	100
	Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento	67	Antidepressivi	100
	Consenso informato in psichiatria	68	Stabilizzanti dell'umore	102
4.6	ACCERTAMENTO E TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO	68	Antipsicotici	104
	Accertamenti o trattamenti sanitari disposti contro la volontà della persona	70	Ansiolitici (benzodiazepine)	106
4.7	AGITI AUTO- ED ETEROAGGRESSIVI	72	5.6 TERAPIE E TECNICHE COMPLEMENTARI	108
	Aggressività e violenza	72	Agopuntura	108
	Aggressività e condizioni a essa correlate	72	Medicina tradizionale cinese	109
	Aggressività e diagnosi psichiatriche	73	Medicina ayurvedica	109
	Gestione della persona aggressiva	73	Medicina omeopatica	109
	Contenzione	73	Medicina antroposofica	110
4.8	PERIZIA E CONSULENZA TECNICA IN PSICHIATRIA	76	Omotossicologia	110
			Fitoterapia	110
			Nutraceutica	110

5.7	PSICHIATRIA DIGITALE	111	6.9	TIPI DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO	163
	Terapie digitali	111		Gruppi di psicoterapia	164
	• Sommario	116		Terapia familiare	165
	• Domande di verifica dell'apprendimento	117		Gruppi psicoeducativi	165
	BIBLIOGRAFIA	118		Gruppi di sostegno	167
				Gruppi di autoaiuto	167
				• Sommario	167
				• Domande di verifica dell'apprendimento	168
				BIBLIOGRAFIA	170
	Capitolo 6. Teorie psicologiche e approcci terapeutici	121		Capitolo 7. Relazione terapeutica	175
6.1	TEORIE PSICOANALITICHE	121	7.1	CONCETTI DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PERSONA ASSISTITA	175
	La psicoanalisi di Sigmund Freud	122	7.2	TIPI DI RELAZIONE	176
	La psicologia analitica di Carl Gustav Jung	124		Relazione sociale	176
	La psicologia individuale di Alfred Adler	125		Relazione intima	179
6.2	TEORIE DELLO SVILUPPO	126		Relazione terapeutica	179
	La teoria psicosociale della personalità di Erik Erikson	126	7.3	COMPONENTI DI UNA BUONA RELAZIONE TERAPEUTICA	181
	La teoria dell'attaccamento di John Bowlby	128		Fiducia	182
	La teoria sistematica dello sviluppo dell'intelligenza di Jean Piaget	128		Autenticità	182
6.3	TEORIE INTERPERSONALI	130		Empatia	183
	Le relazioni interpersonali e la terapia dell'ambiente di Harry Stack Sullivan	131		Accettazione	184
6.4	TEORIA DEL NURSING PSICODINAMICO	133		Considerazione positiva	184
	La relazione terapeutica tra infermiere e persona assistita di Hildegard Elizabeth Peplau	133		Autoconsapevolezza e uso terapeutico del sé	184
6.5	TEORIE COMPORTAMENTALI	134		Proiezione	186
	Il condizionamento classico di Ivan Pavlov	135		Sospensione dei giudizi di valore	187
	La teoria del condizionamento operante di Burrhus Frederic Skinner	136		Aiutare la persona a sviluppare risorse	187
6.6	TEORIE UMANISTICO-ESISTENZIALI	137	7.4	IL MODELLO DI PEPLAU DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PERSONA ASSISTITA	187
	La gerarchia dei bisogni di Abraham Maslow	138	7.5	MECCANISMI DI DIFESA E STRATEGIE DI COPING	188
	La terapia centrata sul cliente o terapia non direttiva di Carl Rogers	139		Meccanismi di difesa	188
	La logoterapia di Viktor Emil Frankl	139		Strategie di coping	193
	La terapia della Gestalt	140	7.6	ASSISTENZA INFERMIERISTICA – AIUTARE LA PERSONA A GESTIRE LA RISPOSTA ALLO STRESS	198
6.7	TRATTAMENTI PSICOTERAPICI	141		Mediatori della risposta allo stress	198
	Psicoterapia: origine ed evoluzione	141		Valutazione degli stili di coping	198
	Psicoterapia a orientamento psicoanalitico e psicomodinamico	144		Gestione dello stress	199
	Psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale	146		• Sommario	203
	Psicoterapia a orientamento sistemico	154		• Domande di verifica dell'apprendimento	204
	Psicoterapia a orientamento interpersonale	156		BIBLIOGRAFIA	205
	Psicoterapia a orientamento umanistico-esistenziale	157			
	Altri approcci psicoterapici	158		Capitolo 8. Comunicazione terapeutica	207
6.8	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	160	8.1	PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE E DELLA RELAZIONE	207
	Fasi di sviluppo del gruppo	161		Processo comunicativo della relazione	208
	Leadership di gruppo	162		Schema della comunicazione e suoi interpreti	208
	Ruoli nel gruppo	162		Comunicazione verbale e non verbale	208

8.2	TECNICHE DI COMUNICAZIONE TERAPEUTICA	211	Valutazione del pensiero astratto e delle capacità intellettive	247
	Uso del silenzio	212	Valutazione del controllo degli impulsi	247
	Ascolto attivo	212	Valutazione dei processi cognitivi e sensoriali	248
	Tecniche di chiarificazione	213	Valutazione del concetto di sé	248
	Fare domande	214	Valutazione del ruolo e delle relazioni	249
	Approvazione o disapprovazione	215	Valutazione del funzionamento fisiologico e della cura di sé	249
	Dare consigli	216	9.5 VALUTAZIONE E INDAGINI DIAGNOSTICHE	249
	Considerazioni culturali	216	9.6 ORGANIZZAZIONE E UTILIZZO DEI DATI DELLA VALUTAZIONE	250
	Tocco terapeutico	218	Diagnosi infermieristica	250
8.3	COLLOQUIO CLINICO	218	Definizione degli obiettivi e pianificazione dell'assistenza infermieristica	251
	Preparazione e conduzione del colloquio	219	● Sommario	258
	Avvio del colloquio	219	● Domande di verifica dell'apprendimento	258
	Comportamenti di partecipazione attiva: le basi dell'intervista	220	BIBLIOGRAFIA	259
8.4	COMUNICAZIONE PERSUASIVA E INFLUENZA SOCIALE	220	Capitolo 10. Etnopsichiatria e aspetti transculturali dell'assistenza in salute mentale	261
	● Sommario	223	10.1 L'ETNOPSICHIATRIA NEL XXI SECOLO	262
	● Domande di verifica dell'apprendimento	224	Fondamenti storici dell'etnopsichiatria	262
	BIBLIOGRAFIA	225	Fenomeno migratorio e psichiatria	262
■	Capitolo 9. Valutazione infermieristica in salute mentale	227	Cambiamenti climatici e psichiatria	262
9.1	VALUTAZIONE	228	Concetti chiave per l'infermieristica transculturale	264
	Fattori che influenzano la valutazione psicosociale	228	10.2 POLITICHE DELLA SALUTE E FLUSSI MIGRATORI	264
9.2	PROCESSO DEL COLLOQUIO INFERMIERISTICO PSICHIATRICO	230	Rifugiati, richiedenti asilo e vittime di tortura	264
	Fasi del colloquio	231	Salute, malattia e vissuto traumatico	265
	Conduzione del colloquio	232	Fragilità del migrante	265
	Test psicologici e scale di valutazione	234	Salute mentale e migrazioni	265
	Parlare di sé	236	Stress da transculturazione	266
	Domande appropriate	236	10.3 COMPETENZA CULTURALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI	266
9.3	CONTENUTO DEL COLLOQUIO INFERMIERISTICO PSICHIATRICO – ANAMNESI BIOPSIOSOCIALE	236	Competenze dello psichiatra transculturale	266
	Dati identificativi	236	Impatto delle differenze etniche in psicofarmacologia	266
	Dichiarazione principale	236	Cultura e scienze infermieristiche: la teoria di Madeleine Leininger	267
	Anamnesi	238	Modelli, standard e strumenti per la valutazione culturale dell'infermiere	271
	Spiritualità e valori	240	10.4 APPROCCIO ALLA PERSONA STRANIERA	272
	Capacità di coping	240	10.5 ASPETTI CULTURALI E RELIGIOSI DI DETERMINATE PRATICHE	272
9.4	ALTRI CONTENUTI DEL COLLOQUIO INFERMIERISTICO PSICHIATRICO	241	Mutilazioni genitali	272
	Valutazione dell'aspetto generale e del comportamento motorio	241	Assistenza infermieristica alla persona con barriera linguistica	275
	Valutazione dell'umore	242		
	Valutazione dell'eloquio	244		
	Valutazione dei processi di pensiero e contenuto	244		
	Valutazione delle alterazioni sensoriali e percettive	246		
	Valutazione della conoscenza, dell'intuizione e del giudizio	247		

PIANO DI ASSISTENZA: La persona con barriera linguistica	280
● Sommario	282
● Domande di verifica dell'apprendimento	283
BIBLIOGRAFIA	285

UNITÀ II

DISTURBI PSICHIATRICI

■ Capitolo 11. Disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza 289

11.1 PSICODIAGNOSI IN ETÀ EVOLUTIVA	290
11.2 DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ	292
Definizione	292
Epidemiologia	293
Eziologia e neuroimaging	293
Diagnosi differenziale e comorbidità	295
Assistenza infermieristica al bambino affetto da ADHD	296
11.3 DISABILITÀ INTELLETTIVA	302
Definizione	302
Eziologia	304
Comorbidità	304
11.4 DISTURBI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO	304
Definizioni	304
Epidemiologia	306
Comorbidità	306
11.5 DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO	306
Definizioni	306
Epidemiologia	307
Eziologia	307
Comorbidità	307
11.6 DISTURBO DELLA CONDOTTA	308
Definizione	308
Epidemiologia	309
Eziologia	309
Diagnosi differenziale e comorbidità	309
Assistenza infermieristica al bambino e all'adolescente affetto da disturbo della condotta	310
PIANO DI ASSISTENZA: Il bambino/adolescente affetto da disturbo della condotta	315
11.7 DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO	316
Definizione	316
Epidemiologia	316
Eziologia	316
Diagnosi differenziale e comorbidità	317
Manifestazioni e disturbi associati	317

11.8 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	319
Valutazione psicodiagnostica	319
Approccio psicologico e trattamento psicoterapico	323
Trattamento farmacologico	325
Assistenza infermieristica al bambino affetto da disturbo dello spettro dell'autismo	326
● Sommario	327
● Domande di verifica dell'apprendimento	327
BIBLIOGRAFIA	329

■ Capitolo 12. Disturbo da deficit di attenzione/iperattività nell'adulto 333

12.1 GENERALITÀ SUL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ NELL'ADULTO	334
Definizione	334
Epidemiologia	334
Eziologia	335
Diagnosi differenziale e comorbidità	335
12.2 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	335
Caratteristiche dell'ADHD nell'adulto	336
Valutazione psicodiagnostica dell'ADHD nell'adulto	337
Approccio psicologico e trattamento non farmacologico	338
Trattamento farmacologico	338
Assistenza infermieristica alla persona affetta da deficit di attenzione/iperattività	339
PIANO DI ASSISTENZA: La persona adulta affetta da ADHD	348
● Sommario	349
● Domande di verifica dell'apprendimento	349
BIBLIOGRAFIA	350

■ Capitolo 13. Disturbi d'ansia 353

13.1 BASI NEUROBIOLOGICHE DELL'ANSIA	353
Paura, ansia e fobia	355
13.2 DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA	356
Definizioni	356
Epidemiologia	358
Eziologia	358
Diagnosi differenziale e comorbidità	361
Trattamento	361
Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo d'ansia	363
PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo d'ansia	368

13.3	DISTURBO DI PANICO	369			
	Definizione	369			
	Epidemiologia	370			
	Eziologia	370			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	371			
	Trattamento	372			
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo di panico	374			
13.4	FOBIA SPECIFICA E FOBIA SOCIALE	377			
	Definizioni	377			
	Epidemiologia	378			
	Eziologia	379			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	379			
	Trattamento	380			
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo fobico	381			
13.5	DISTURBO DA STRESS ACUTO E DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO	382			
	Definizioni	382			
	Epidemiologia	383			
	Eziologia	383			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	383			
	Trattamento	384			
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo da stress post-traumatico	386			
	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo da stress post-traumatico	388			
13.6	DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	389			
	Definizione	389			
	Epidemiologia	391			
	Eziologia	391			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	392			
	Disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo	393			
	Trattamento	395			
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo ossessivo-compulsivo	396			
	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo ossessivo-compulsivo	399			
	• Sommario	401			
	• Domande di verifica dell'apprendimento	402			
	BIBLIOGRAFIA	403			
■	Capitolo 14. Disturbi da sintomi somatici e disturbi dissociativi	407			
14.1	DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI	408			
	Definizione	408			
	Epidemiologia	408			
	Eziologia	408			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	409			
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo da sintomi somatici	410			
	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo da sintomi somatici	420			
14.2	DISTURBO DI CONVERSIONE	422			
	Definizione	422			
	Epidemiologia	422			
	Eziologia	422			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	423			
14.3	DISTURBO FITTIZIO	423			
	Definizione	423			
	Epidemiologia	424			
	Eziologia	424			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	424			
14.4	DISTURBI DISSOCIATIVI	424			
	Definizione	424			
	Epidemiologia	425			
	Eziologia	426			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	426			
14.5	VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	427			
	Approccio psicologico e trattamento psicoterapico	427			
	Trattamento farmacologico	430			
	• Sommario	430			
	• Domande di verifica dell'apprendimento	431			
	BIBLIOGRAFIA	432			
■	Capitolo 15. Disturbi dell'umore	435			
15.1	DISTURBI DEPRESSIVI E DISTURBI CORRELATI	436			
15.2	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	436			
	Definizione	436			
	Epidemiologia	437			
	Eziologia	437			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	439			
	Trattamento farmacologico	439			
	Trattamento psicoterapico	442			
	Depressione resistente	442			
15.3	DISTURBO DA LUTTO PROLUNGATO	446			
	Definizione	446			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	447			
15.4	DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE	448			
	Epidemiologia	448			
	Eziologia	448			
	Diagnosi differenziale e comorbilità	448			
15.5	DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE	448			
	Definizione	448			
	Epidemiologia	448			
	Eziologia	448			
	Trattamento	449			

15.6	DISTURBO DEPRESSIVO INDOTTO DA SOSTANZE/FARMACI	449	Diagnosi differenziale e comorbidità	498	
15.7	DISTURBO DEPRESSIVO DOVUTO A UN'ALTRA CONDIZIONE MEDICA	449	16.6	ALTRI DISTURBI PSICOTICI	499
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo depressivo maggiore	449	16.7	TRATTAMENTO	499
	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo depressivo maggiore	458		Trattamento farmacologico	499
15.8	DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI	460		Trattamento psicoterapico	501
	Classificazione dei disturbi bipolari	461		Assistenza infermieristica alla persona affetta da schizofrenia	504
	Epidemiologia	461		PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da isolamento sociale	520
	Eziologia	462		● Sommario	523
	Diagnosi differenziale e comorbidità	462		● Domande di verifica dell'apprendimento	523
	Disturbo bipolare I	463		BIBLIOGRAFIA	525
	Disturbo bipolare II	464	■	Capitolo 17. Disturbi di personalità	529
	Disturbo ciclotimico	465	17.1	DISTURBI DI PERSONALITÀ DEL CLUSTER A	530
15.9	TRATTAMENTO DEI DISTURBI BIPOLARI	465		Disturbo paranoide di personalità	530
	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo bipolare	468		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo paranoide di personalità	532
	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo bipolare	476		Disturbo schizoide di personalità	534
	● Sommario	477		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo schizoide di personalità	535
	● Domande di verifica dell'apprendimento	478		Disturbo schizotipico di personalità	536
	BIBLIOGRAFIA	481		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo schizotipico di personalità	538
■	Capitolo 16. Disturbi psicotici	485	17.2	DISTURBI DI PERSONALITÀ DEL CLUSTER B	539
16.1	SCHIZOFRENIA	486		Disturbo antisociale di personalità	540
	Definizione	491		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo antisociale di personalità	541
	Insorgenza e decorso	492		Disturbo borderline di personalità	546
	Epidemiologia	493		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo borderline di personalità	549
	Eziologia	493		Disturbo istrionico di personalità	554
	Diagnosi differenziale e comorbidità	494		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo istrionico di personalità	555
16.2	DISTURBO DELIRANTE	496		Disturbo narcisistico di personalità	556
	Definizione	496		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo narcisistico di personalità	557
	Epidemiologia	496	17.3	DISTURBI DI PERSONALITÀ DEL CLUSTER C	558
	Eziologia	497		Disturbo evitante di personalità	559
	Diagnosi differenziale e comorbidità	497		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo evitante di personalità	559
16.3	DISTURBO PSICOTICO BREVE	497		Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	561
	Definizione	497			
	Epidemiologia	497			
	Eziologia	497			
	Diagnosi differenziale e comorbidità	497			
16.4	DISTURBO SCHIZOFRENIFORME	497			
	Definizione	497			
	Epidemiologia	498			
	Eziologia	498			
	Diagnosi differenziale e comorbidità	498			
16.5	DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO	498			
	Definizione	498			
	Epidemiologia	498			
	Eziologia	498			

Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	562	18.7 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI INALANTI	592
Disturbo dipendente di personalità	564	Intossicazione e overdose	593
Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo dipendente di personalità	564	Astinenza e disintossicazione	593
17.4 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	566	18.8 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SEDATIVI, IPNOTICI E ANSIOLITICI	593
Trattamento psicoterapico individuale e di gruppo	566	Fisiopatologia	593
Trattamento farmacologico	568	Intossicazione e overdose	593
• Sommario	570	Astinenza e disintossicazione	593
• Domande di verifica dell'apprendimento	571	18.9 DIPENDENZE PATOLOGICHE COMPORTAMENTALI	594
BIBLIOGRAFIA	572	Definizione	594
		Disturbo da gioco d'azzardo	595
		Disturbo da dipendenza da internet	597
		18.10 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	598
		Valutazione psicodiagnostica	598
		Trattamento psicoterapico	599
		Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo da uso di sostanze	601
		PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da sindrome da astinenza acuta da sostanze	610
		• Sommario	615
		• Domande di verifica dell'apprendimento	616
		BIBLIOGRAFIA	616
■ Capitolo 18. Abuso di sostanze e dipendenze patologiche	575		
18.1 DISTURBI DA USO DI SOSTANZE	576	■ Capitolo 19. Disturbi neurocognitivi	619
Definizioni e concetti fondamentali	577	19.1 DELIRIUM	620
Epidemiologia	578	Definizione	620
Eziologia	578	Epidemiologia	621
Prevenzione	581	Eziologia	621
Diagnosi differenziale e comorbilità	582	Insorgenza e decorso	623
18.2 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI ALCOL	583	Diagnosi differenziale e comorbilità	624
Fisiopatologia	583	Trattamento	624
Sintomatologia	583	Assistenza infermieristica alla persona affetta da delirium	625
Epidemiologia	584	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da delirium	633
Eziologia	584	19.2 DISTURBI NEUROCOGNITIVI MAGGIORI E LIEVI	634
Astinenza	585	Definizione	634
Diagnosi	586	Epidemiologia	634
Trattamento farmacologico per la disassuefazione da alcol	586	Valutazione e indagini diagnostiche	635
18.3 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI CANNABIS	586	Neurofisiopatologia	635
Fisiopatologia	587	Malattia di Alzheimer	635
Astinenza e disintossicazione	587	Demenza frontotemporale	638
18.4 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI OPIACEI	588	Demenza a corpi di Lewy	640
Intossicazione e overdose	588	Disturbo neurocognitivo vascolare maggiore o lieve	640
Astinenza e disintossicazione	589	Altre cause di deterioramento cognitivo	641
18.5 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI STIMOLANTI (COCAINA E AMFETAMINE)	589		
Fisiopatologia	590		
Sintomatologia	590		
Astinenza	590		
Diagnosi	590		
Trattamento farmacologico	591		
Trattamento psicoterapico	591		
18.6 DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI ALLUCINOGENI	591		
Fisiopatologia	591		
Intossicazione e overdose	592		
Trattamento	592		

19.3 VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E TRATTAMENTO	642	Assistenza infermieristica alla persona affetta da bulimia nervosa	695
Valutazione neuropsicologica	642	Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo da <i>binge eating</i>	699
Trattamento psicoterapico	643	PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da bulimia nervosa	700
Trattamento farmacologico	645	• Sommario	702
Decorso e presa in carico	648	• Domande di verifica dell'apprendimento	703
Assistenza infermieristica alla persona affetta da demenza: presa in carico e sostegno alla famiglia	648	BIBLIOGRAFIA	704
• Sommario	660		
• Domande di verifica dell'apprendimento	661	Capitolo 21. Disturbi del sonno	709
BIBLIOGRAFIA	663		
Capitolo 20. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	667	21.1 FISIOLOGIA DEL SONNO	710
20.1 GENERALITÀ SUI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	668	21.2 DISTURBI DEL SONNO-VEGLIA	711
Epidemiologia	668	Disturbo da insonnia	712
Eziologia	669	Disturbo da ipersonnolenza	715
20.2 PREVENZIONE DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	669	Narcolessia	716
Prevenzione primaria	670	Disturbi del sonno correlati alla respirazione	717
Prevenzione secondaria	670	Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia	720
Prevenzione terziaria – Percorso lilla in pronto soccorso	671	Parasonnie	721
20.3 ANORESSIA NERVOSA	671	21.3 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	727
Definizione	671	Valutazione psicodiagnostica	727
Epidemiologia	672	Trattamento psicoterapico e non farmacologico	728
Eziologia	673	Trattamento farmacologico	729
Diagnosi differenziale e comorbidità	674	Assistenza infermieristica alla persona con modello di sonno disturbato	734
20.4 BULIMIA NERVOSA	675	• Sommario	739
Definizione	675	• Domande di verifica dell'apprendimento	740
Epidemiologia	675	BIBLIOGRAFIA	741
Eziologia	676	Capitolo 22. Disturbi sessuali	747
Diagnosi differenziale e comorbidità	676		
20.5 DISTURBO DA <i>BINGE EATING</i>	677	22.1 DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE E PARAFILIE	750
Definizione	677	Cenni storici	750
Epidemiologia	677	Sessualità infantile, adolescenziale e nella terza età	750
Eziologia	677	Sessualità e social network	751
Diagnosi differenziale e comorbidità	678	Comorbidità organiche e psichiatriche	752
20.6 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	678	22.2 DISTURBI DEL DESIDERIO SESSUALE	753
Valutazione psicodiagnostica	679	Definizioni	753
Trattamento	680	Epidemiologia	754
Trattamento psicoterapico	680	Eziologia	754
Trattamento nutrizionale	683	Diagnosi differenziale e comorbidità	755
Trattamento farmacologico	684	22.3 TRANSESSUALISMO E ADEGUAMENTO DI GENERE	756
Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	686	Definizioni	756
Assistenza infermieristica alla persona affetta da anoressia nervosa	691	Epidemiologia	757

Eziologia	757
Diagnosi differenziale e comorbilità	757
22.4 PARAFILIE	758
Definizioni	758
Epidemiologia	758
Eziologia	758
Diagnosi differenziale e comorbilità	759
22.5 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	759
Approccio psicologico e trattamento psicoterapico	760
Trattamento farmacologico	763
Assistenza infermieristica alla persona affetta da disturbo della sfera sessuale	763
PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da disturbo della sessualità – disforia di genere	773
• Sommario	774
• Domande di verifica dell'apprendimento	775
BIBLIOGRAFIA	776
■ Capitolo 23. Psicopatologia in gravidanza e allattamento	779
23.1 FISILOGIA E PSICOPATOLOGIA DEL PERIODO PERINATALE	780
Fattori di rischio	783
Strumenti di screening	784
23.2 PROSPETTIVA PSICOLOGICA	785
Disturbi psichici in epoca perinatale	785
Trattamento psicoterapico	786
Interventi psicosociali	788
23.3 MATERNITÀ PRECOCE	789
23.4 PSICOPATOLOGIA IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO	790
Interventi farmacologici	790
Esposizione intrauterina a psicofarmaci e sostanze stupefacenti: conseguenze a breve e lungo termine	793
Uso di farmaci psicoattivi durante l'allattamento	795
Maternità e disturbo da uso di sostanze e alcol	796
Assistenza infermieristica alla donna affetta da psicopatologia in gravidanza	798
Assistenza infermieristica alla donna con rischio di depressione nel postpartum	799
• Sommario	803
• Domande di verifica dell'apprendimento	804
BIBLIOGRAFIA	805

UNITÀ III

CRISI ED EMERGENZE IN PSICHIATRIA

■ Capitolo 24. Suicidio	813
24.1 SUICIDIO	814
Inquadramento storico e culturale	814
Epidemiologia	815
Suicidio in età evolutiva	816
Suicidio nella popolazione anziana	819
Rischio di suicidio correlato a disturbi mentali	819
Rischio di suicidio correlato a patologie organiche	820
Prevenzione e relativo trattamento farmacologico	823
24.2 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	825
Approccio psicologico e trattamento psicoterapico	825
Carico emotivo e supporto per i "sopravvissuti"	827
Assistenza infermieristica alla persona a rischio di suicidio	828
• Sommario	836
• Domande di verifica dell'apprendimento	836
BIBLIOGRAFIA	838
■ Capitolo 25. Agitazione psicomotoria e aggressività	843
25.1 AGITAZIONE PSICOMOTORIA	844
Definizione	844
Caratteristiche cliniche	845
Eziologia	846
Gestione della persona agitata (tecniche di de-escalation e farmacoterapia)	847
25.2 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA E TRATTAMENTO	848
Valutazione dell'aggressività	848
Valutazione del rischio di violenza	849
Approccio psicologico	849
Trattamento farmacologico	851
Assistenza infermieristica alla persona aggressiva	856
PIANO DI ASSISTENZA: La persona affetta da agitazione psicomotoria	867
• Sommario	869
• Domande di verifica dell'apprendimento	870
BIBLIOGRAFIA	871

APPENDICI

■ Appendice A. Impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale della popolazione e degli operatori sanitari

A1	Impatto sulla salute mentale della popolazione	877
A2	Impatto sulla salute mentale degli operatori sanitari	878
	BIBLIOGRAFIA	879

	<i>Indice analitico</i>	881
--	-------------------------	-----

APPENDICI DISPONIBILI ONLINE

su: www.testtube.it/scienzeinfermieristiche

■ Appendice B: Scale di valutazione

B1	Scala dei movimenti involontari anomali (Abnormal Involuntary Movement Scale – AIMS)
B2	Mini-Mental State Examination (MMSE)
B3	Family Assessment Device (FAD) (version 3)
B4	Rosenberg Self-Esteem Scale (Scala dell'autostima di Rosenberg)

B5	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
B6	Zung Self-Rating Depression Scale (Scala di autovalutazione della depressione)
B7	Beck Depression Inventory Scale (BDI)
B8	Scala di Hamilton per la depressione (Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D)
B9	Mood Disorder Questionnaire per il disturbo bipolare
B10	Life Skills Profile (LSP)
B11	Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11)
B12	Alcol Audit Completo
B13	Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)
B14	Pittsburgh Sleep Quality Index (Scala di Pittsburgh per la valutazione della qualità del sonno)
B15	Pre-Sleep Cognitive Intrusions Inventory (PCII)
B16	Questionario sulle disfunzioni sessuali femminili (FSFI)
B17	International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF 5)

■ Appendice C: Strumento di Valutazione del Funzionamento personale e sociale (VF)

13

Disturbi d'ansia

Andrea Aguglia, Laura Grigis, Maurizio Ercolani, Jessica Menghi, Federico Rubini, Pierluigi Badon, Salvatore Saluzzi, Claudia Palumbo

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine dello studio di questo capitolo, il lettore sarà in grado di:

- Comprendere cos'è l'ansia e come si caratterizza.
- Descrivere l'eziopatogenesi, le manifestazioni, i fattori di rischio e i criteri diagnostici dei disturbi d'ansia.
- Inquadrate l'utilizzo dei principali meccanismi di difesa da parte di persone affette da disturbi d'ansia.
- Applicare il processo infermieristico per l'assistenza alla persona affetta da disturbi d'ansia e controllo degli impulsi inefficace.
- Fornire educazione a individui, famiglie, caregiver e comunità per aumentare la comprensione dell'ansia e dei disturbi correlati.

CASO CLINICO – PERSONA AFFETTA DA DISTURBO D'ANSIA

Lucia ha 42 anni, è separata da 4, e l'unica figlia vive per studio in un'altra città. Appare molto preoccupata per il suo stato di salute; non riferisce sintomi specifici di patologie fisiche, ma solo un generale malessere, descritto perlopiù come senso di debolezza.

Da 2 mesi circa soffre d'insonnia, ha aumentato l'utilizzo di benzodiazepine, prima usate solo per dormire, ma adesso assunte anche la mattina "Per essere in grado di affrontare la giornata", poiché presenta plurimi sintomi somatici già al risveglio, come per esempio palpitazioni, tremori, cefalea, sensazione soggettiva di sentirsi tesa, di avere la testa confusa e un nodo alla gola tale da far fatica a respirare, e diminuita capacità di acquisire nuove informazioni o risolvere problemi. Accanto a ciò, riporta che nell'ultimo periodo ha manifestato perdita di appetito (nausea provocata da alcuni cibi) e conseguente calo ponderale. Esprime preoccupazione di non sentirsi più né madre né moglie. Al colloquio, riguardo alla figlia, si dice angosciata di non essere in grado di aiutarla e ha paura di ricadute non meglio specificate. Economicamente deve mantenersi con il suo impiego part time (ha chiesto da un paio di mesi di ridurre l'orario di lavoro, non riuscendo più a conservare l'attenzione per tempi protratti e sentendosi subito stanca); contribuisce in parte alle spese della figlia. Non ha alcuna relazione personale al di fuori del luogo di lavoro.

L'ansia è un'emozione caratterizzata da imponente tensione e preoccupazione. Viene considerata fisiologica quando prepara ad affrontare una possibile situazione difficile in maniera adattiva; in questi casi, quindi, svolge un importante ruolo positivo, come quello di motivare la persona ad agire al fine di risolvere un momento di crisi. È ritenuta, invece, patologica se risulta disfunzionale per il soggetto, essendo persistente e interferendo con le prestazioni. L'ansia patologica è in genere associata a eventi che non sono oggettivamente fonte di pericolo.

I disturbi d'ansia creano di norma un disagio importante, che compromette in modo significativo la routine quotidiana, la vita sociale e il funzionamento lavorativo del soggetto.

Diversamente dall'ansia, lo stress si manifesta quando si verificano fatti o situazioni che riguardano l'ambiente in cui vive la persona (un problema lavorativo o

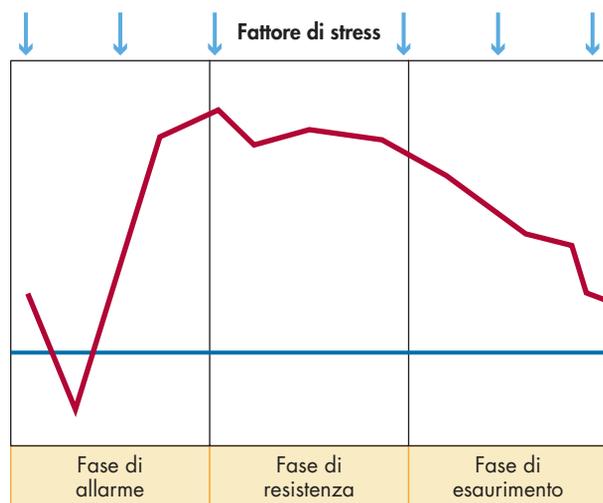
un evento importante, anche positivo, quale la nascita di un figlio o il matrimonio). Sia lo stress che l'ansia sono risposte emotive e psicofisiche; tuttavia lo stress è tipicamente causato da un fattore esterno reale, che richiede di essere fronteggiato nel breve (per esempio, scadenza lavorativa) o lungo termine (per esempio, malattia cronica o la pandemia Covid-19). Il box 13.1 descrive le tre fasi di reazione allo stress quali risposte emotive della mente a fattori stressanti reali o percepiti.

13.1 BASI NEUROBIOLOGICHE DELL'ANSIA

L'ansia si comporta come un sistema di allarme intrinseco all'essere umano, presente sin dalla nascita, e viene considerata come una sorta di "controllore del pericolo", alla base del quale vi sono specifiche con-

BOX 13.1 – Le tre fasi di reazione allo stress quali risposte emotive della mente a fattori stressanti reali o percepiti.

Ogni persona percepisce e gestisce lo stress in modo diverso: è possibile che uno stimolo venga avvertito come fonte di stress da un individuo, mentre non attivi alcun tipo di reazione in un altro; per esempio, parecchie persone hanno paura di parlare in pubblico, ma per insegnanti e attori costituisce un'esperienza piacevole e quotidiana. Il matrimonio, i figli, gli aerei, i serpenti, un nuovo lavoro, una nuova scuola, un trasloco sono esempi di eventi che causano stress. Hans Selye (1956; 1974)¹ identificò gli aspetti fisiologici dello stress, che chiamò sindrome generale di adattamento (*General Adaptation Syndrome* – GAS), e successivamente le risposte emotive della mente a fattori di stress reali o percepiti. Per Selye, la reazione di stress è paragonabile a un innato meccanismo di adattamento, che consente di adeguare le reazioni individuali all'imprevedibile variare delle circostanze. Selye riconobbe, in tale processo, tre fasi fondamentali.



- 1. Fase di reazione all'allarme:** lo stress stimola il corpo a trasmettere messaggi dall'ipotalamo alle ghiandole (per esempio, la ghiandola surrenale invia adrenalina e noradrenalina come carburante) e agli organi (per esempio, il fegato riconverte le riserve di glicogeno in glucosio energetico), per prepararsi a potenziali esigenze di difesa.
- 2. Fase di resistenza:** l'apparato digerente riduce la sua funzione per deviare il sangue verso le aree necessarie per la difesa. I polmoni assorbono più aria e il cuore batte più velocemente e con maggiore forza, in modo da far arrivare il sangue altamente ossigenato e nutritivo ai muscoli, perché possano difendere il corpo con comportamenti di attacco o fuga. Se la persona si adatta allo stress, le risposte del corpo vengono meno e quelle delle ghiandole, degli organi e dei sistemi coinvolti diminuiscono.
- 3. Fase di esaurimento:** si verifica quando il soggetto ha risposto negativamente all'ansia e allo stress; le riserve corporee risultano ormai esaurite o le componenti emotive non sono risolte, con conseguente eccitazione continua delle risposte fisiologiche e scarsa capacità di resistenza.

Tratto da: Videbeck S.L., *Psychiatric Mental Health Nursing*, ottava edizione, Lippincott Williams and Wilkins, 2019.

nessioni neurotrasmettitoriali e circuiti neuronali con la funzione non solo di dare all'organismo la possibilità di individuare potenziali pericoli nell'ambiente circostante, ma di memorizzare le caratteristiche per prevenire future minacce. Si tratta di un sistema adattivo che aumenta le proprie potenzialità con le esperienze dell'organismo e conferisce una valutazione sempre più adeguata, complessiva e attendibile sia dell'entità dei pericoli stessi, sia delle reazioni comportamentali che ne conseguono.

I circuiti neuronali implicati nelle reazioni di allarme sono noti e vengono qui di seguito brevemente schematizzati: l'amigdala svolge il ruolo centrale di coordinatore, in quanto, da un lato, vede coinvolto il suo nucleo basolaterale per la ricezione delle informazioni dall'ambiente esterno e interno dell'individuo (riceve afferenze dal talamo sensoriale, dalla corteccia prefrontale e dalle aree corticali associative) e, dall'altro, il suo nucleo centrale per il coordinamento della risposta comportamentale (attiva l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema orto- e parasimpatico). Come

già anticipato, l'ansia è un sistema che si struttura e si affina nel tempo con l'esperienza e, pertanto, la funzione di memorizzazione è di fondamentale importanza per "ricordare" i potenziali pericoli e permettere all'individuo di anticipare la possibile esposizione a essi: la struttura cerebrale implicata è il nucleo basolaterale dell'amigdala, ricevente le afferenze dall'ippocampo, la struttura cerebrale interessata nei processi di memorizzazione. Il processo di memorizzazione del pericolo non sempre consente di attuare una risposta adeguata al contesto, perché il soggetto può imparare a rispondere in maniera abnorme a una potenziale minaccia e continuare perciò a elicitare una risposta di allarme anche in altre situazioni non più potenzialmente pericolose.

Il vissuto soggettivo riportato dalla persona affetta da ansia si presenta su due livelli sintomatologici: somatico – derivante da uno stato di attivazione neurovegetativa e neuromuscolare con incremento delle funzioni vitali (sudorazione, tremori, tachicardia, tachipnea, cefalea, tensione muscolare, vertigini, sensazione di

1. Hans Selye è stato un medico austriaco naturalizzato canadese, ricordato per le ricerche effettuate sullo stress e per la sindrome generale di adattamento, da lui identificata e descritta.

caldo e freddo, parestesie) e supportante la reazione comportamentale più appropriata (attacco o fuga) – e psichico, che può variare da un'emozione generica di disagio fino a una sensazione soggettiva di terrore, associata a contenuti di pensiero che individuano il pericolo e fanno attuare una reazione comportamentale (difesa, attacco, fuga, evitamento) (fig. 13.1).

L'attivazione del sistema di allarme – molto spesso e di frequente – viene associata a diversi termini utilizzati come sinonimi, però decisamente diversi sul piano clinico e psicopatologico. Questi sono la paura, l'ansia e la fobia.

Paura, ansia e fobia

Al di là della definizione di **fobia**, che risulta essere una paura specifica per un determinato stimolo che non provocherebbe comportamenti di fuga o evitamento nella maggior parte della popolazione generale (box 13.2), è utile poter dare una spiegazione più precisa sulle somiglianze e differenze tra paura e ansia. Innanzitutto, occorre mettere subito in chiaro che lo scopo per cui questi meccanismi fisiologici vengono attivati e il modo in cui l'attivazione si verifica sono assolutamente identici, tanto da poter parlare di un'unica emozione, se non fosse per alcune differenze. La **paura** consiste nel sentirsi spaventati o minacciati da uno stimolo esterno, chiaramente identificabile, che rappresenta un pericolo per la persona. In genere, le reazioni di paura sono intense, il livello di attivazione si innalza improvvisamente e c'è un carattere di emergenza di fronte a un oggetto specifico; tuttavia, l'attivazione è episodica e cessa quando il pericolo si allontana. Al contrario, nel caso dell'ansia, la minaccia è meno evidente, il disagio è più prolungato e sia l'esordio che la fine sono meno netti. L'**ansia**, come si diceva inizialmente, può essere

definita come una sensazione di apprensione in risposta a stimoli esterni o interni che provoca reazioni comportamentali, emotive e cognitive spesso accompagnate da sintomi fisici, quali palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto, nausea, tremore interno (American Psychiatric Association, 2013). Al tempo stesso, l'ansia è meno intensa e si configura come una sensazione di tensione da aumentata vigilanza. Una differenza, dunque, sta nella consistenza della minaccia. Quanto più la minaccia è definita, tanto più si parla di paura, mentre quanto più è indefinita, tanto più si parla di ansia. Così, di fronte a un leone si avrà paura, all'idea di sbandare in autostrada si avrà paura, all'abbaiare improvviso di un cane alle proprie spalle o al rumore dei ladri che stanno scassinando la porta di casa si avrà paura. Al contrario, ci si sentirà in ansia di fronte al palco su cui si dovrà tenere una conferenza, nell'imminenza di un esame, al pensiero di non sentirsi bene o di avere qualche malattia sconosciuta, nell'attesa di una persona cara che inspiegabilmente ritarda.

Mentre nella paura la minaccia è assolutamente evidente, nel caso dell'ansia essa è più sfumata, soprattutto agli occhi di chi sperimenta l'emozione stessa, tanto che spesso viene riferito: "Sento uno stato d'ansia, ma non so assolutamente a cosa sia dovuto". Quindi l'ansia di fronte a un esame potrebbe sembrare ingiustificata allo stesso soggetto, se considera soltanto il danno che deriverebbe dalla bocciatura. Se invece vedesse che la bocciatura all'esame potrebbe compromettere, ai suoi occhi, altri obiettivi, quali l'autostima, l'immagine sociale, l'affetto degli altri, e così via, la persona sarebbe in grado di darsi una giustificazione dell'intensità di quello che prova e potrebbe chiamarlo paura: paura di non valere niente, paura di essere giudicato male e di venire allontanato da tutti.

Un'ulteriore differenza consiste nel fatto che la paura è maggiormente legata a situazioni presenti, a peri-

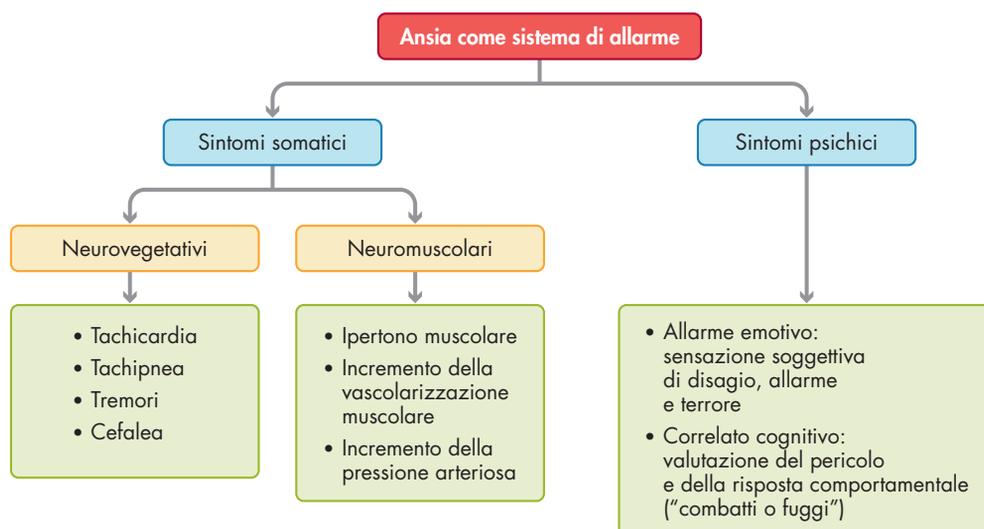


Figura 13.1 – Sintomi dell'ansia.

coli in corso; invece l'ansia è relativa a eventi non immediati. Non a caso, nell'ansia l'attivazione corporea è meno massiccia e pervasiva. Questo significa che per sperimentare ansia è necessario un sistema cognitivo più complesso, che possa prevedere le conseguenze a medio e lungo termine, e che sia in grado di compiere ragionamenti ipotetici, mentre ciò non occorre per provare paura, nel qual caso il pericolo è evidente e presente nel qui e ora.

Se la paura la si condivide con tutti o quasi gli animali, l'ansia è un'emozione tipicamente umana, in quanto più è lungo il periodo di tempo che si riesce a prendere in considerazione nel futuro, più è possibile ipotizzare delle minacce. È difficile immaginare dei gorilla in ansia al pensiero della vecchiaia, o dei cavalli seriamente preoccupati per il proprio stato di salute oppure, in generale, degli animali angosciati all'idea della propria morte.

CONSIDERAZIONI PER L'INVECCHIAMENTO

Alessandro Copes

Gli anziani sono più inclini allo stress e all'ansia a causa di diversi fattori, quali la perdita o diminuzione dell'autostima, la riduzione delle attività quotidiane e della stimolazione in generale, la perdita di amici e parenti, e dell'indipendenza fisica, le malattie croniche, i cambiamenti nella vita quotidiana o nell'ambiente di vita, la paura della morte e la mancanza di sostegno sociale (Beekman et al., 2000).

13.2 DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

Definizioni

Il **disturbo d'ansia generalizzata** (DAG o GAD – *Generalized Anxiety Disorder*) è una condizione psichiatrica inserita nel DSM-5 nell'ambito del capitolo sui disturbi d'ansia e caratterizzata dalla presenza di sintomi ansiosi (sia psichici che fisici), che non sono legati a una causa specifica, ma sono appunto "generalizzati". Lo stato d'ansia è cronico, anche se è alternato a momenti di aumento dell'intensità, detti **attacchi d'ansia**. Chi soffre di disturbo d'ansia generalizzata tende a essere costantemente in allerta, a preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa, evidenziando nel tempo una riduzione significativa della qualità di vita.

RICORDA

Differenze tra disturbo d'ansia generalizzata (DAG) e ansia grave (o angoscia)

L'ansia generalizzata è più distribuita nel tempo e non ha un "picco" isolato, ma una sorta di substrato di attivazione neurovegetativa. Al contrario, la crisi d'ansia grave è costituita da un incremento repentino delle sensazioni paurose, ha una durata variabile (da pochi minuti a intere mezzogiornate) e può portare, oppure no, a un attacco di panico (Rampin, 2010).

BOX 13.2 – Differenze concettuali tra paura, ansia, panico e fobia.

- **Paura.** Stato emotivo consistente in un senso di insicurezza, di smarrimento e di apprensione di fronte a un pericolo reale o immaginario o dinanzi a una cosa o un fatto che è o si crede dannoso; più o meno intenso a seconda delle persone e delle circostanze, assume il carattere di un turbamento forte e improvviso qualora il pericolo si presenti inaspettato, colga di sorpresa o comunque appaia imminente. La paura può assumere una connotazione patologica nel caso in cui venga provocata da un evento traumatico grave, sperimentando una reazione abnorme acuta o ritardata e protratta nel tempo (si veda par. 13.5 per la trattazione del disturbo da stress acuto o post-traumatico).
- **Ansia.** Emozione che viene esperita in assenza di un oggetto e/o situazione noti; l'individuo non riesce a motivare quanto accade. In base alla gravità della sua manifestazione clinica, è classificata come segue.
 - **Ansia lieve:** stimolazione sensoriale aumentata che aiuta la persona a focalizzare l'attenzione per imparare, risolvere problemi, concentrarsi, agire e proteggersi.
 - **Ansia moderata:** la persona può ancora elaborare informazioni, risolvere problemi e imparare cose nuove con l'aiuto di altri. Ha difficoltà a concentrarsi in modo indipendente, ma può essere reindirizzata all'argomento.
 - **Ansia grave (o angoscia):** le abilità primitive di sopravvivenza prendono il sopravvento, le risposte difensive e le capacità cognitive diminuiscono significativamente, con rilevante attivazione neurovegetativa.
- **Panico.** Forte ansia e paura che un individuo può provare di fronte a un pericolo inaspettato, che determina uno stato di confusione ideomotoria, caratterizzato per lo più da comportamenti irrazionali. Le crisi d'ansia grave possono sfociare drammaticamente in un attacco di panico; esso si viene a sviluppare in conseguenza del tentativo di controllare le reazioni spiacevoli che si stanno sperimentando. La risposta repressiva nei loro confronti le alimenta, costruendo la spirale ascendente del panico (si veda par. 13.3 per la trattazione dell'attacco di panico).
- **Fobia.** Risposta emotiva determinata da un oggetto e/o situazione con l'attuazione di una risposta di allarme. Gli individui fobici ammettono l'origine della loro preoccupazione e/o timore, ne riconoscono l'esagerazione del contenuto e l'irrazionalità della risposta emotiva, spesso incontrollata (si veda par. 13.4 per la trattazione della fobia specifica).

questi casi l'infermiere deve continuare a parlare con la persona in modo confortante, anche se quest'ultima può non elaborare adeguatamente ciò che viene detto. Stare in un ambiente raccolto, tranquillo e non stimolante può contribuire a contenere l'ansia.

L'infermiere può aiutare l'assistito a identificare ciò che prova come "ansia", ne agevola l'individuazione e lo rassicura sul fatto che passerà, che è in un luogo sicuro e non sarà lasciato solo. È consigliabile che l'infermiere rimanga con la persona fino a quando il livello di panico non si sia ridotto, tenendo presente che il panico in genere dura dai 5 ai 30 minuti. È indispensabile ricordare che quando si lavora con un soggetto ansioso, bisogna essere consapevoli del proprio livello di ansia. Può capitare, infatti, che l'infermiere diventi più ansioso in alcune situazioni suscitate dai sintomi d'ansia. Mantenere la calma e il controllo è essenziale per poter lavorare efficacemente ed essere di aiuto.



IL CASO DI LUCIA: PERSONA AFFETTA DA DISTURBO D'ANSIA

Il caso clinico presentato in apertura del capitolo descrive le risposte emotive di una donna affetta da disturbo d'ansia, evidenziando alcuni indicatori che orientano alla scelta della diagnosi infermieristica più opportuna per guidare la pianificazione dell'assistenza infermieristica. Lucia è preoccupata per il suo stato di salute, riferisce stanchezza, preoccupazione per non sentirsi più né madre né moglie e diminuita capacità di imparare o risolvere problemi. Sul piano fisiologico riferisce perdita di appetito e nausea, insonnia e aumentato uso di benzodiazepine. Sul piano affettivo non ha alcuna relazione personale.

Sulla base dei dati riportati nel caso clinico, vai su i-florence.it/salutementale ed esercitati a effettuare la valutazione iniziale e continua della situazione di Lucia, pianificando l'assistenza infermieristica con le diagnosi infermieristiche NANDA-I, i risultati di salute NOC e gli interventi infermieristici NIC, per ripristinare il livello di salute desiderato rispettando l'autonomia decisionale di Lucia nel costruire il "suo personale" percorso di cura.

Al termine di questo paragrafo, è disponibile a scopo esemplificativo un **piano di assistenza alla persona affetta da disturbo d'ansia**.

Valutazione

La valutazione infermieristica si concentra sulla raccolta di dati fisici, psicologici e sociali, inclusi i sintomi fisici associati alla stimolazione del sistema nervoso autonomo e la sensazione di disagio soggettivo della persona affetta da disturbo d'ansia. I soggetti ansiosi manifestano preoccupazione e paura per qualsiasi situazione di cambiamento, mostrano un aumento dei riflessi, comportamenti impulsivi e difficoltà di concentrazione e attenzione, sino alla confusione mentale. Hanno una ridotta capacità di apprendimento, sentimenti di inadeguatezza e tendono a incolpare gli altri, mostrando irritabilità e diminuzione delle capacità produttive.

La valutazione del livello di ansia è importante, poiché l'ansia può essere lieve o moderata, con sintomi fisiologici minimi o asintomatici, oppure grave, con alterazioni dei parametri vitali, sudorazione, pollachiuria, secchezza della bocca, debolezza muscolare, palpitazioni e dolore toracico (si vedano tab. 13.2 e la precedente fig. 13.1).

È possibile utilizzare strumenti di valutazione, come la State-Trait Anxiety Inventory, per differenziare un'ansia di stato o di tratto, ma l'interpretazione dei risultati è responsabilità del medico o dello psicologo (si veda box 13.5). L'infermiere può intervistare l'assistito per comprendere le strategie di coping e i meccanismi di difesa impiegati per affrontare l'ansia e determinare la loro efficacia. Un esempio di strategie di adattamento possono essere la lettura, tenere un diario giornaliero o l'attività fisica, come per esempio fare una passeggiata (si veda anche cap. 7 sulla relazione terapeutica).

Diagnosi infermieristica²

L'ansia è attualmente classificata come diagnosi infermieristica (00146), termine spesso mal utilizzato nell'indicare la risposta di un individuo a fattori stressanti, e inserita nella tassonomia NANDA-I anche come caratteristica definente, o fattore correlato e di rischio, in molte altre diagnosi infermieristiche. Questo uso indiscriminato del termine "ansia" può generare confusione, non sapendo se utilizzare l'ansia come diagnosi o considerarla caratteristica definente di altra diagnosi. In attesa di una prossima revisione prevista da NANDA-I per fare chiarezza su questi aspetti, la diagnosi di **Ansia** (00146) verrà considerata come "controllo del livello di ansia inefficace" e la caratteristica definente di ansia

2. I titoli diagnostici qui proposti sono stati selezionati dagli autori e dai curatori, per corrispondenza con segni, sintomi e correlazione con il disturbo psichiatrico oggetto del capitolo, sulla base della definizione e degli indicatori diagnostici associati da NANDA-I. Tuttavia questi titoli non sono stati validati per l'area psichiatrica. Sono qui inseriti per orientare l'infermiere alla pianificazione dell'assistenza e come spunto alla ricerca clinica in salute mentale. Si raccomanda l'utilizzo consapevole. Per un corretto utilizzo delle diagnosi infermieristiche descritte, fare riferimento alla più recente versione del manuale ufficiale NANDA-I: Herdman T.H., Kamitsuru S., Takáo Lopez C. (a cura di), *NANDA International Diagnosi Infermieristiche – Definizioni e Classificazione 2021-2023*, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2021.

BOX 13.5 – State-Trait Anxiety Inventory (STAI): somministrazione del test.

La STAI può essere somministrata sia a singole persone che a gruppi, senza limite di tempo; tuttavia si impiegano circa 8 minuti per compilare una delle scale psicometriche e all'incirca 15 minuti per terminare entrambe.

Occorre seguire le istruzioni complete per le scale dell'ansia di stato e di tratto stampate sulle schede del test. Le istruzioni nelle due scale sono diverse: nella prima si chiede al soggetto di indicare come si sente adesso, in questo momento, mentre nella seconda si chiede al soggetto di indicare come si sente abitualmente.

La scala dell'ansia di stato viene sempre fatta compilare per prima, poiché è sensibile alle condizioni nelle quali l'esaminato affronta il test, e il relativo punteggio può essere influenzato dal clima emotivo che si può creare se viene somministrata prima la scala dell'ansia di tratto. Inoltre, le due sotto-scale possono essere utilizzate anche separatamente e indipendentemente l'una dall'altra. Si ricavano quindi due punteggi: uno per l'ansia di tratto e uno per l'ansia di stato.

La STAI, oltre a essere stata ampiamente validata, è una scala diffusamente adottata ed è uno strumento assai agile ed economico nella somministrazione e nella quantificazione dei risultati.

! ATTENZIONE

Questa scala, come molte altre nell'ambito della valutazione in salute mentale, deve essere usata solo da personale specializzato³. L'infermiere può servirsi dei risultati del test al solo scopo di disporre di dati utili a comprendere il caso clinico.

sarà interpretata come "ansia grave o panico", dato che bassi livelli di ansia, oltre a essere ritenuti normali nella popolazione, sono anche di stimolo per la crescita e la ricerca di nuove soluzioni a problemi e difficoltà quotidiani.

Poiché il livello di ansia è soggettivo, come lo sono le manifestazioni correlate, l'infermiere deve essere in grado di valutare la perdita o la riduzione di funzioni o capacità complessive della persona più che il sintomo preso singolarmente:

- **Ansia** (00146), correlata a situazione sconosciuta che minaccia l'integrità biologica oppure il concetto di

sé, evidenziata da varie manifestazioni fisiche e psicologiche (si veda il piano di assistenza alla persona affetta da disturbo d'ansia).

RICORDA

Non confondere l'ansia di stato o di tratto con un "disturbo d'ansia", poiché il trattamento di quest'ultimo si configura nell'ambito dei problemi a gestione integrata con il medico specialista. L'infermiere aiuta la persona durante il percorso assistenziale condividendo la pianificazione con il team multidisciplinare.

Tabella 13.2 – Alcuni fattori correlati e caratteristiche definenti selezionate dalla tassonomia NANDA-I per la diagnosi infermieristica di **Ansia** (00146).

FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI
<ul style="list-style-type: none"> • Conflitto sugli obiettivi della vita • Trasmissione interpersonale • Dolore • Fattori di stress • Abuso di sostanze • Situazione sconosciuta • Bisogni non soddisfatti • Conflitto di valori 	<p>Comportamentali/cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione della produttività, espressione di preoccupazione e insicurezza, insonnia, agitazione psicomotoria e ipervigilanza • Espressione di un timore intenso • Attenzione concentrata su di sé, umore irritabile • Confusione mentale, sbadattaggine, alterazione dell'attenzione, blocco dei pensieri <p>Fisiologiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anoressia, diarrea, secchezza delle fauci, arrossamento del viso, sudorazione aumentata, aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, alterazione del modello di respirazione • Debolezza muscolare, nausea, urgenza di urinare, pollachiuria

Adattata da NANDA-I: Herdman T.H., Kamitsuru S., Takáó Lopez C. (a cura di), *NANDA International Diagnosi Infermieristiche – Definizioni e Classificazione 2021-2023*, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2021.

3. Test di livello C: psicologi iscritti alla sezione A dell'albo professionale, docenti universitari e ricercatori dei settori M-PSI/01-08, neuropsichiatri infantili, psichiatri, medici psicologi clinici, medici psicoterapeuti.

Di seguito sono proposte altre diagnosi infermieristiche selezionate dalla tassonomia NANDA-I relative alla persona con difficoltà di gestione del livello di ansia; si raccomanda di effettuare una valutazione approfondita e mirata per discriminare il problema principale (titolo diagnostico) dal fattore correlato (eziologia).

- **Negazione inefficace** (00072), correlata per esempio ad ansia, stress eccessivo, sostegno emozionale inadeguato, percepita inadeguatezza nell'affrontare le emozioni forti, strategie di coping inadeguato.
- **Coping inefficace** (00069), correlato per esempio a fiducia inadeguata nella propria capacità di affrontare una situazione, sostegno sociale inadeguato (si veda anche cap. 15 sui disturbi dell'umore).
- **Senso di impotenza** (00125), correlato per esempio ad ansia, relazioni interpersonali inadeguate, strategie di coping inadeguate.

Definizione dei risultati

I risultati attesi per il soggetto con difficoltà di gestione del livello di ansia sono definiti sulla base del livello di ansia, della manifestazione e delle cause e devono essere condivisi con l'assistito a seconda del suo grado di consapevolezza delle risorse personali e delle scelte di trattamento psicoterapico. Il box 13.6 elenca alcuni indicatori di esito rilevabili dall'infermiere a fronte degli interventi di sostegno alla persona per gestire i livelli di ansia.

Si propongono di seguito alcuni risultati attesi e misurabili dall'infermiere per la diagnosi infermieristica di **Ansia** (00146).

- La persona utilizzerà strategie di coping efficaci.
- La persona descriverà una riduzione del livello di ansia percepita.
- La persona manterrà le prestazioni di ruolo e di problem solving a un livello desiderato.

Possibili risultati NOC sensibili all'assistenza

- Ansia: autocontrollo (1402)
- Coping (1302)

NB. Questo elenco di risultati di salute NOC non è stato validato per la misurazione degli esiti con persone affette da disturbo mentale. È qui proposto al solo scopo di orientare il lettore a identificare la categoria di esito corrispondente alla rispettiva diagnosi NANDA-I.

Per un corretto utilizzo dei risultati NOC e dei relativi indicatori di risultato, fare riferimento alla più recente versione del manuale ufficiale: Moorhead S., Swanson E., Johnson M., Maas M., *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, terza edizione italiana sulla sesta edizione in lingua inglese, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2020.

Possibili interventi NIC

- Riduzione dell'ansia (5820)
- Presenza (5340)
- Tecnica calmante (5880)
- Sostegno emozionale (5270)

NB. Questo elenco di interventi NIC non è stato validato per l'utilizzo con persone affette da disturbo mentale. È qui proposto al solo scopo di orientare il lettore a identificare la categoria di interventi corrispondente alla rispettiva diagnosi NANDA-I.

Per un corretto utilizzo degli interventi NIC e delle relative attività, fare riferimento alla più recente versione del manuale ufficiale: Butcher H., Bulechek G.M., Dochterman J.M., Wagner C.M., *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, terza edizione italiana sulla settima edizione in lingua inglese, CEA Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2020.

Attuazione e valutazione continua

Il piano di assistenza deve essere condiviso con gli altri professionisti del team sanitario per un approccio multi- e interdisciplinare. Poiché il livello di ansia e le risposte fisiche, comportamentali, cognitive e affettive sono, come sopra ricordato, soggettive, tutte le attività o gli interventi di aiuto devono essere condivisi con l'assistito sia per qualità che per durata. Di seguito è proposto un piano di assistenza standard alla persona affetta da disturbo d'ansia.

BOX 13.6 – Possibili indicatori per la valutazione delle variazioni del livello di ansia.

Definire il criterio temporale (breve, medio e lungo termine) per la rivalutazione degli esiti e il raggiungimento degli obiettivi in base al livello di ansia, alla capacità della persona di utilizzare strategie psico-comportamentali e all'adesione ai programmi di trattamento. Di seguito sono elencati alcuni possibili indicatori per la valutazione delle variazioni del livello di ansia.

La persona:

- Identifica e verbalizza i sintomi dell'ansia.
- Identifica, esprime e dimostra le tecniche utilizzate per controllare l'ansia.
- Verbalizza l'assenza o la diminuzione del proprio disagio.
- Mostra una postura, espressioni facciali, gesti e livelli di attività che riflettono una diminuzione del disagio.



TRATTAMENTI COMPLEMENTARI

Disturbo d'ansia

Giuseppe Saluzzi

La **medicina tradizionale cinese** tratta l'ansia tonificando punti specifici sui meridiani maestro del cuore, cuore e fegato (Brigo, 2000). Di beneficio è anche il *tuina*, l'antico massaggio cinese (Somma e Chen Cho-Hwa, 2008).

Secondo l'**ayurveda**, l'ansia è provocata da uno squilibrio di *vata* (Massignan, 2005). Risultano pertanto utili tutte le pratiche che pacificano questo *dosha*: il consumo di bevande calde, cibi caldi e untuosi con sapore prevalentemente dolce, acido e salato; il massaggio quotidiano con oli aromatici (Legno di Rosa, Arancio, Incenso, Sandalo, Vaniglia, Ylang-ylang, veicolati dall'olio di sesamo); lo yoga; la meditazione con i colori giallo, arancio e rosso (Miller e Miller, 1995/2003; Compostella e Arena, 2012).

L'**omeopatia** utilizza per lo più rimedi a diluizioni alte, le più indicate nelle manifestazioni psichiche. Il loro beneficio non è tuttavia immediato, ma compare dopo alcune settimane. *Gelsemium sempervirens* è il rimedio per l'ansia da prestazione: quasi paralizzante, si accompagna a desiderio di fuga e a somatizzazioni (tremori, diarrea). *Cocculus indicus* è il rimedio per chi si blocca al minimo imprevisto. *Aconitum napellus* è molto rapido nell'azione contro l'ansia improvvisa, mentre *Arsenicum album* è il rimedio per le crisi ansiose "a ciel sereno", che seguono a periodi di stress. *Ignatia amara* è indicata nell'umore mutevole con crisi d'ansia. *Argentum nitricum* si usa nell'ansia anticipatoria con attività febbrile. *Ambra grisea* è utile quando si è perennemente spaventati, ma soprattutto al momento di dormire. Tra i **fiori di Bach**, sono consigliati *Agrimony* (per chi sa mascherare bene), *Aspen* (per chi si sente tremare), *Rock Rose* (per chi è "bloccato"), *Impatiens* (se domina la fretta); per l'ansia violenta e per gli attacchi di panico, è efficace l'assunzione estemporanea di *Rescue Remedy*, un composto di più fiori. Molto utili sono anche i **fiori californiani**: *Dill* (trophe cose da fare tutte insieme), *Arnica* (per le notizie improvvise, anche belle), *Dandelion* (se si è sopraffatti dai doveri) (MenteCorpo, 2019). Tra i **fiori australiani**, *Crocea* dona un'intensa sensazione di benessere e di quiete (Bianchi, 2010).

La ricerca ha evidenziato un miglioramento a lungo termine dell'ansia e della qualità di vita nei soggetti trattati con la **medicina antroposofica**. Particolarmente indicato è il *Saião* (*Bryophyllum pinnatum*), una crassulacea originaria del Madagascar con la quale molti utenti hanno sostituito gli ansiolitici (Macharado, 2021).

L'**omotossicologia** utilizza, dopo detossificazione e drenaggio del connettivo per ridurre il carico tossinico, molti dei rimedi omeopatici sopra citati in formulazioni complesse. La **medicina low dose (LDM)** fa uso di aminoacidi (triptofano), neurotrasmettitori (serotonina e acido gamma-aminobutirrico – GABA), ormoni (melatonina), fattori neurotrofici (fattore neurotrofico cerebrale – BDNF, neurotrofina-4 – NT4) (Corradi, 2016).

La **fitoterapia** è estremamente efficace nell'ansia. Il Tiglio (*Tilia tomentosa*) è indicato in chi non si concede mai un attimo di tregua. La Melissa (*Melissa officinalis*) attenua l'ansia e le sue somatizzazioni: "rallegra il cuore", riequilibra il sistema nervoso e allevia gli spasmi da colon irritabile. La Rodiola (*Rhodiola rosea*) combatte l'irritabilità e il Biancospino (*Crataegus oxyacantha*) è utile nella tendenza a rimuginare con tachicardia. La Passiflora (*Passiflora incarnata*) calma l'ansia al momento di coricarsi (MenteCorpo, 2019). La Valeriana (*Valeriana officinalis*), potenziando il GABA, allevia i sintomi psichici dell'ansia e ha effetti sul sonno (Bianchi, 2010).

La **terapia integrativa** fa uso della L-teanina, della glicina, del 5-idrossitriptofano (5-HTP), del magnesio e delle vitamine del gruppo B. La L-teanina è un aminoacido estratto dal tè che, stimolando le onde cerebrali alfa – tipiche dello stato meditativo – produce rilassamento. La glicina è un neurotrasmettitore inibitorio e il 5-HTP riequilibra i livelli di serotonina. Una carenza di magnesio e di vitamine del gruppo B può indurre ansia, rendendone necessaria l'integrazione (Bianchi, 2010).

CONSIDERAZIONI PER L'INVECCHIAMENTO

Alessandro Copes

È importante notare la difficoltà del personale sanitario, ma anche dell'anziano stesso, nel distinguere tra ansia adattiva e patologica, attribuendo i sintomi dell'ansia ai normali processi di invecchiamento. Inoltre, una review di Balsamo e collaboratori (2018) ha messo in luce che gli attuali strumenti self-report per misurare l'ansia nelle persone anziane sono in realtà più funzionali per identificare il fenomeno nei soggetti più giovani e non sempre tengono conto dell'unicità dell'esperienza e della fenomenologia dell'ansia negli anziani. A queste difficoltà più semantiche o linguistico-espressive, si aggiunge il fatto che esiste un'elevata compresenza, in questa fascia di età, di patologie mediche e relative terapie farmacologiche, che rendono più complessa la diagnosi di disturbo d'ansia.

Alcune condizioni mediche hanno dimostrato un'alta associazione con i disturbi d'ansia veri e propri e i sintomi d'ansia in generale: problemi cardiovascolari e gastrointestinali, malattie endocrinologiche quali ipertiroidismo e diabete, malattie respiratorie come la BPCO, problemi legati alla dieta (abuso di caffè e sostanze stimolanti o deficienze vitaminiche), effetti collaterali di alcune terapie farmacologiche (antidepressivi, digitale e anticolinergici) (Bryant et al., 2009).

PIANO DI ASSISTENZA: LA PERSONA AFFETTA DA DISTURBO D'ANSIA

DI: Ansia (00146), correlata a fattori di stress, conflitto di valori o sugli obiettivi di vita, bisogni non soddisfatti.

Dati dell'accertamento/valutazione (possibili caratteristiche definenti)

- Riferisce ansia per i cambiamenti, angoscia, sofferenza, insicurezza.
- Umore irritabile, nervosismo, agitazione psicomotoria.
- Ipervigilanza, comportamento indagatorio, diffidenza aumentata.
- Alterazione dei modelli di sonno, di alimentazione ed eliminazione urinaria e fecale.
- Aumento dei parametri vitali (FC, PA, FR), secchezza delle fauci e midriasi.
- Esprime tensione, debolezza muscolare e sensazione di svenimento.

Risultati attesi

Il tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi è determinato dai fattori correlati e dalla risposta individuale dell'assistito ai trattamenti farmacologici e psicoterapici.

La persona dimostrerà:

A breve termine

- Utilizzo di strategie di coping efficaci.
- Riduzione del livello di ansia percepita.

Fase di stabilizzazione

- Di saper utilizzare un livello di ansia accettabile senza temere di non controllarla.
- Di utilizzare le tecniche per interrompere la progressione dell'ansia.

A livello comunitario

- Di mantenere le prestazioni di ruolo e di problem solving a un livello desiderato.
- Di riconoscere e gestire segni e sintomi di ansia crescente.

ATTUAZIONE

È raccomandata la condivisione del piano di assistenza con altri professionisti dell'équipe sanitaria per un approccio multi- e interdisciplinare.

Interventi	Razionale/Motivazione
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenere un approccio calmo durante l'interazione con l'assistito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il professionista della salute può trasmettere la propria ansia a una persona ipersensibile. La sensazione di stabilità dell'assistito aumenta in un'atmosfera calma e non minacciosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientare l'assistito nell'affrontare un nuovo ambiente ed esperienze o persone, se necessario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Essere in grado di orientarsi e avere la consapevolezza del mondo circostante promuove nell'assistito uno stato di benessere e potrebbe diminuire l'ansia vissuta. L'ansia può degenerare in attacchi di panico se la persona si sente minacciata e non è in grado di controllare gli stimoli ambientali.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare un linguaggio semplice e fornire informazioni brevi quando si insegnano all'assistito i trattamenti relativi all'autocura o riguardanti le procedure diagnostiche e chirurgiche. 	<ul style="list-style-type: none"> • La persona, quando sta vivendo uno stato d'ansia da moderata a grave, è in grado di comprendere solo istruzioni semplici, chiare e brevi.
<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare l'assistito a parlare del suo stato d'ansia ed esaminare le situazioni ansiogene, se queste sono identificabili. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parlare delle situazioni che provocano ansia e dei sentimenti correlati può aiutare la persona a percepire la realtà e a riconoscere i fattori causali.
<ul style="list-style-type: none"> • Consigliare all'assistito di tenere un diario dove registrare gli episodi di ansia. Spiegargli di descrivere ciò che ha vissuto, gli eventi scatenanti e quelli che circoscrivono l'evento. La persona deve annotare come si riduce lo stato d'ansia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il riconoscimento e l'esplorazione dei fattori che inducono o riducono i sentimenti ansiosi sono passi importanti per poter sviluppare risposte alternative. La persona potrebbe non essere consapevole della relazione tra i problemi emotivi e l'ansia. Se l'assistito esprime parere favorevole, il diario può essere condiviso con il professionista sanitario, il quale può aiutarlo a sviluppare strategie di coping più efficaci. I sintomi spesso forniscono al professionista le informazioni relative all'intensità dello stato d'ansia che la persona sta vivendo.
<ul style="list-style-type: none"> • Sostenere l'uso di strategie di coping che l'assistito ha trovato efficaci nelle esperienze passate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare strategie che riducono l'ansia migliora l'autocontrollo e la fiducia della persona.

(continua)

SOMMARIO

L'ansia rappresenta una vaga sensazione di paura o apprensione in risposta a stimoli esterni o interni che possono causare sintomi comportamentali, emotivi, cognitivi e fisici, i quali, a loro volta, possono determinare effetti collaterali sia positivi che negativi: gli effetti positivi producono crescita e cambiamento adattivo, quelli negativi generano autostima scarsa, paura, inibizione e disturbi d'ansia (e altri ancora). L'ansia si distingue in quattro livelli: ansia lieve (aiuta la persona a focalizzare l'attenzione per imparare, risolvere problemi, concentrarsi, agire e proteggersi); ansia moderata (la persona può ancora elaborare informazioni, ma aumenta la concentrazione sull'allarme); ansia grave o angoscia (le abilità primitive di sopravvivenza prendono il sopravvento, le risposte difensive e le capacità cognitive diminuiscono significativamente, con rilevante attivazione neurovegetativa) e panico (la persona attua risposte di lotta, fuga, congelamento o evitamento, tenta di controllare le reazioni spiacevoli che sta sperimentando; nessun apprendimento è possibile). I meccanismi di difesa sono distorsioni intrapsichiche che un individuo adotta per sentirsi più in controllo della situazione; si ritiene tuttavia che si esageri nel loro uso quando una persona sviluppa un disturbo d'ansia.

Le attuali teorie eziologiche e gli studi riguardanti i disturbi d'ansia evidenziano un'incidenza familiare e implicano i neurotrasmettitori GABA, noradrenalina e serotonina. Il trattamento dei disturbi d'ansia può prevedere l'uso di farmaci, come ansiolitici, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), an-

tidepressivi triciclici, clonidina e propranololo, oltre alla terapia. Fra le tecniche cognitivo-comportamentali utilizzate vi sono la ristrutturazione cognitiva, la decatastrofizzazione, l'arresto del pensiero e la distrazione. Le tecniche comportamentali per il disturbo ossessivo-compulsivo comprendono l'esposizione e la prevenzione della risposta.

Durante un attacco di panico, la persona può sperimentare una forte sensazione di paura o di morte imminente. I sintomi comuni associati a un attacco di panico includono palpitazioni, sudorazione, tremori, sensazione di mancanza di respiro o soffocamento, dolore toracico, nausea, disturbi addominali, vertigini, sensazioni di parestesie (formicolio o intorpidimento) e instabilità vasomotoria. Il soggetto può sentirsi spinto ad affrontare la situazione o a scappare da essa (lotta o fuga) oppure può sentirsi bloccato o incapace di muoversi (congelamento).

Le fobie si riconoscono per un'eccessiva ansia nei confronti di un oggetto specifico, in occasione di situazioni sociali o per il fatto di trovarsi in luoghi pubblici o aperti (agorafobia). Il disturbo ossessivo-compulsivo comprende pensieri, immagini o impulsi (ossessioni) ricorrenti, persistenti, intrusivi e indesiderati, associati a comportamenti ritualizzati o ripetitivi, oppure ad atti mentali (compulsioni) compiuti per eliminare le ossessioni o per neutralizzare l'ansia. La consapevolezza di sé, della propria ansia, e le risposte a essa migliorano notevolmente le relazioni sia personali che professionali.

Domande di verifica dell'apprendimento

1. Quale dei seguenti fattori contribuisce ad alimentare il disturbo di fobia sociale?
 - a) L'eccessivo automonitoraggio.
 - b) Le comorbilità organiche.
 - c) L'iperventilazione.
 - d) Il rimuginio.
2. Per quale disturbo l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP) è considerata la tecnica di trattamento preferita?
 - a) Mutismo selettivo.
 - b) Disturbo da stress acuto.
 - c) Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e fobia specifica.
 - d) Depressione.
3. L'infermiere osserva una persona assistita che sta diventando sempre più tesa: cammina rapidamente, va in iperventilazione, serra la mascella, si torce le mani e trema. Sembra preoccupata e sta battendo il pugno contro l'altra mano. In base a questi sintomi, come può essere definito il livello di ansia della persona?
 - a) Lieve.
 - b) Moderato.
 - c) Grave.
 - d) Panico.
4. Quando valuta una persona assistita affetta da disturbo d'ansia, l'infermiere come dovrebbe regolarsi riguardo all'intervista?
 - a) Evitarla fino a quando l'ansia non è sparita.
 - b) Effettuarla in un momento non definibile.
 - c) Rimandarla fino a quando la persona non è disposta a dare informazioni.
 - d) Effettuarla con domande specifiche e dirette.
5. Durante la valutazione, una persona assistita riferisce all'infermiere di non riuscire a smettere di preoccuparsi del proprio aspetto e di togliere il trucco "vecchio" più volte al giorno per rifarlo di nuovo. Come può essere identificato questo comportamento da parte dell'infermiere?
 - a) Disturbo da stress acuto.
 - b) Disturbo d'ansia generalizzata.
 - c) Disturbo di panico.
 - d) Disturbo ossessivo-compulsivo.
6. Qual è l'obiettivo ideale per una persona assistita che impara una tecnica di rilassamento?:
 - a) Affrontare direttamente la fonte dell'ansia.
 - b) Sperimentare l'ansia senza sentirti sopraffatta.
 - c) Riuscire a non segnalare episodi di ansia.
 - d) Riuscire a sopprimere i sentimenti ansiosi.
7. Qual è la classe di farmaci più comunemente usata come prima scelta per il trattamento del disturbo di panico tra le seguenti opzioni?
 - a) Benzodiazepine.
 - b) Triciclici.
 - c) Inibitori delle monoaminossidasi.
 - d) Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina.
8. Tra le seguenti opzioni, qual è il comportamento migliore che un infermiere dovrebbe adottare per gestire una persona che sta vivendo un attacco di panico?
 - a) Coinvolgere la persona in un'attività fisica.
 - b) Offrire alla persona una distrazione, come per esempio la musica.
 - c) Rimanere con la persona e aiutarla a mettere in atto una tecnica di rilassamento.
 - d) Inviare immediatamente la persona dal medico.
9. Quali sono le valutazioni prioritarie che l'infermiere dovrebbe effettuare quando una persona assistita inizia il trattamento con lorazepam per il disturbo d'ansia?
 - a) Motivazione al trattamento.
 - b) Sostegno familiare e sociale.
 - c) Uso di meccanismi di coping.
 - d) Consumo di alcol.
10. Quali di queste opzioni potrebbe riscontrare l'infermiere durante la valutazione di una persona assistita con diagnosi di disturbo da stress post-traumatico?
 - a) Sentimenti di paura e impotenza.
 - b) Descrizione di episodi dissociativi.
 - c) Paura della solitudine.
 - d) Tutte le risposte precedenti.

Le risposte alle domande sono disponibili sul sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche.

Pierluigi Badon
Claudia Palumbo
Salvatore Saluzzi



Pianificazione
assistenziale con
**NANDA-I,
NOC e NIC**

RISORSE ONLINE SU



Esercitati nella pianificazione dell'assistenza infermieristica per i casi clinici proposti nel testo, accedendo all'apposita sezione di Florence (www.i-florence.it/salumentale) l'innovativo sistema di simulazione avanzato per la pianificazione dell'assistenza infermieristica con le tassonomie NNN, realizzato adattando a uso didattico una cartella clinica infermieristica digitale professionale.

Assistenza infermieristica in salute mentale

La persona affetta da patologia psichica porta con sé problematiche e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la salute mentale ma anche quella fisica e la sfera psicologica, sociale, culturale, educativa, così come l'ambito lavorativo e familiare. Di conseguenza, l'infermiere che opera nel campo della salute mentale si trova spesso a lavorare in diversi contesti e a interagire, oltre che con la persona sofferente, anche con i suoi familiari e caregiver. Oggi, grazie allo studio di questa disciplina all'interno dei corsi di laurea abilitanti e nella formazione post base, il professionista infermiere è maggiormente in grado di fornire un'assistenza olistica e integrata al malato psichiatrico e alla sua famiglia.

Assistenza infermieristica in salute mentale offre agli studenti e ai professionisti infermieri una solida teoria infermieristica, approcci terapeutici e applicazioni cliniche attraverso il continuum del trattamento. Tutti i contenuti di questo libro sono stati scritti in collaborazione tra medici psichiatri, psicologi e infermieri e offrono quindi una visione completa e integrata della disciplina.

Il testo guida il lettore nella comprensione e nell'apprendimento dei concetti generali e nella pianificazione dell'assistenza infermieristica, utilizzando il processo infermieristico e le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, in un'ottica sia di caring sia di attuazione di interventi specifici condivisi con l'équipe di cura per la gestione delle fasi acute e di mantenimento: interventi che riguardano l'educazione alla gestione della malattia e la facilitazione dei percorsi di cura nell'ottica della *recovery*.

L'opera è organizzata in tre unità e composta da 25 capitoli, ciascuno dei quali presenta gli obiettivi di apprendimento in riferimento allo specifico argomento trattato. I capitoli sono organizzati per facilitare l'identificazione dei contenuti più pertinenti e, ove appropriato, il testo inizia con la presentazione di un caso clinico esemplificativo dei disturbi descritti. Ogni capitolo è ampiamente corredato da tabelle, riquadri riassuntivi a guida del processo decisionale e *alert* per identificare gli argomenti particolarmente rilevanti per l'assistenza, oltre che da schede con specifiche considerazioni per il soggetto in età evolutiva, la persona anziana e una rassegna di terapie e tecniche tratte dalle medicine complementari e integrative. Il testo è completato da un'appendice dedicata all'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale della popolazione e dei professionisti sanitari.

BADON*ASSIST INFERM SAL MENT

ISBN 978-88-08-58008-5



9 788808 580085