

Disciplina, Competenza,
Autonomia e Responsabilità, Risultato



Documenti congressuali



UNDICESIMO
CONGRESSO
NAZIONALE
IPASVI

Firenze, 21-23 novembre 1996
Fortezza da Basso



Paolo Barelli, Nella Boni, Meri Marin, Nadia Urli

AREA PSICHIATRICA

Gli infermieri di area psichiatrica affrontano i problemi delle persone con disagio psichico in un'ottica di riabilitazione della capacità di vivere il quotidiano.

La persona con disagio psichico è portata a relazionarsi con il mondo esterno adottando modelli comportamentali non condivisi dalla società che implicano la perdita di autonomia nell'autocura.

Poiché sia nella disciplina infermieristica che nella psichiatria esistono molteplici punti di vista concettuali, gli infermieri che operano nei servizi di salute mentale hanno sviluppato una lettura della realtà integrata, adottando una visione dell'uomo come entità complessa.

La competenza dell'infermiere di area psichiatrica è caratterizzata da un insieme di azioni concrete, di «gesti di vita» e dalla relazione che si instaura con le persone in disagio psichico.

La relazione infermiere/persona è il luogo di espressione dei bisogni: strumento di risposta e al tempo stesso risposta in sé. L'operatività nell'ambito dell'équipe di salute mentale si esplica attraverso la costruzione di un progetto terapeutico che definisce e integra le responsabilità di ogni professionista.

Autonomia significa trovare le vie più efficaci per l'intervento assistenziale in armonia con quello di altri professionisti, co-partecipi del raggiungimento degli obiettivi.

Responsabilità significa, ad esempio, scegliere in prima persona interventi di contenimento dell'aggressività basati sulla relazione di aiuto piuttosto che sulla contenzione fisica e farmacologica.

Il risultato è inteso come recupero dell'autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana nel contesto del risultato complessivo del progetto terapeutico.

IL DISAGIO PSICHICO E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Lo *status* sanitario delle popolazioni è un denominatore sociale influenzato da numerosi fattori culturali, politici, economici e sociali, e nelle società contemporanee (da quelle cosiddette «in via di sviluppo» a quelle che sono dette «avanzate») la vulnerabilità sanitaria riflette, solitamente, una disarmonia di sviluppo di tali fattori e/o una conflittualità connessa.

Nel 1991 il Consiglio internazionale delle infermiere (Icn) scelse, quale tema della «Giornata internazionale dell'infermiera», la salute mentale, per richiamare una maggior attenzione ai problemi di salute mentale, al ruolo e alle responsabilità delle infermiere in tale settore e per sottolineare il loro contributo per lo sviluppo delle «cure assistenziali» nei servizi di salute mentale. La sollecitazione rifletteva studi di settore condotti dall'Organizzazione mondiale della sanità dai quali emergeva - tra gravi turbe mentali e differenziate forme di disagio psichico - che almeno il 10% della popo-

lazione in generale poteva essere suscettibile, in un dato momento della sua vita, di sofferenze psichiche.

I processi macro-sociali (problematiche etniche, modificazioni demografiche, mondializzazione dell'economia e della cultura, competitività dei mercati...), che interessano anche il nostro Paese, impegnano ogni attore sociale - singolo o collettivo, privato o pubblico - nell'esplicazione di competenze e capacità complesse e di livello specialistico. In tale scenario il numero degli svantaggiati, ovvero dei potenziali esclusi dall'efficacismo e dall'efficientismo con cui si vogliono superare le incipienti fratture sociali, è destinato più a confermare che ad abbassare il precedente tasso di morbosità.

Storicamente le istituzioni manicomiali, dette anche istituzioni totali (Goffman, 1968) sono sorte in coincidenza della rivoluzione industriale, epoca caratterizzata da attese di produttività crescente e dalla necessità di mantenere l'ordine sociale all'interno degli agglomerati urbani in rapida espansione. Appare evidente che la *mission* di tali istituzioni



fosse la tutela della società borghese dal pericolo rappresentato dal deviante.

Gli infermieri, all'interno di tali istituzioni, erano chiamati a compiti di controllo e di repressione delle manifestazioni comportamentali considerate disturbanti e non veniva loro attribuito alcun compito terapeutico se non l'assistenza diretta al malato: scelti in base a caratteristiche somatiche che esprimessero forza fisica, venivano chiamati «sorveglianti».

Con i movimenti degli anni Settanta – culminati in Italia con la promulgazione della legge Basaglia –, l'assistenza al malato mentale si è trasformata in assistenza alla persona affetta da disagio psichico, una persona da reintegrare nel contesto sociale.

Il disagio psichico è una condizione che porta la persona a relazionarsi con il mondo esterno adottando dei modelli comportamentali non condivisi dalla società, che implicano la perdita di autonomia nella autocura (il *self-care* descritto da Orem).

La scelta del termine «disagio psichico» è internazionale. Lo si utilizza in luogo del più comune termine «malattia mentale», in quanto il dibattito tra «normalità» e «follia» affonda le radici nella storia della clinica piuttosto che affrontare la condizione di alienazione vissuta dall'uomo.

L'infermiere di salute mentale, oggi, nel tentativo di recuperare la autonomia precedentemente negata, opera sul quotidiano con la singola persona o con gruppi, ponendo attenzione riabilitativa alle attività di vita quotidiana (Drigo et al., 1993).

L'azione dell'infermiere, nei diversi servizi di salute mentale, non è – e non può essere – isolata rispetto all'operare degli altri professionisti. L'assistito nel momento in cui esprime la sua sofferenza ci rende partecipi del suo mondo: operare sui significati dell'esperienza di malattia che il paziente porta con sé, è un'operazione che richiede il contributo di più forze terapeutiche e per questo è necessario che l'infermiere sviluppi abilità di gruppo (Pellegrino et al., 1995).

LA DISCIPLINA INFERMIERISTICA E LA SALUTE MENTALE

La disciplina infermieristica intesa come disciplina che si interessa all'uomo, destinatario di assistenza infermieristica, si avvale di modelli teorici che ne specificano l'oggetto e lo scopo.

Ciascun modello si fonda su filosofie e valori anche molto diversi tra loro, che portano a intendere l'assistenza in modi antitetici (Barelli, 1996).

Anche in psichiatria esistono molteplici punti di vista con-

cretuali, ciascuno con una teoria e una prassi originale: il modello psicoanalitico, quello biologico, quello comportamentale, quello cognitivo, quello sistemico e quello sociale (Drigo, 1993).

Ma qualsiasi orientamento rimane un mero punto di vista sul fenomeno considerato (Chrisman, 1982) che, se adottato rigidamente, può risultare inefficace e, talora, controproducente; solo l'integrazione delle diverse prospettive può evitare danni prodotti da posizioni ancorate su riduzionismi o ideologie (Borgna, 1989).

Con tale consapevolezza, infermieri che operano in servizi di salute mentale – partendo dalla loro esperienza professionale – hanno sviluppato una lettura integrata su più piani di realtà, adottando la visione dell'uomo come entità complessa.

La chiave di lettura del nursing adottata, sulla base del paradigma uomo-ambiente-salute-assistenza infermieristica, è quella proposta dal Gorip (1995) e di seguito riportata:

Uomo:

essere complesso con individualità propria, con emozioni e bisogni interagenti tra loro, in continua evoluzione e in armonia con l'ambiente che lo circonda.

Ambiente:

sistema aperto e dinamico di cui l'uomo è parte integrante e con cui interagisce.

Salute:

condizione di equilibrio armonico, dinamico e soggettivo legata a fattori storico-sociali e culturali: è un bene individuale e collettivo che si ricerca.

Assistenza infermieristica:

arte, disciplina, scienza; è un processo dinamico che mira a promuovere lo sviluppo, la conservazione e il ripristino dell'equilibrio tra gli elementi che compongono l'uomo in tutte le fasi della sua vita come singolo e inserito nell'ambiente, utilizzando quale strumento il metodo scientifico.

L'introduzione di modelli infermieristici nei servizi di salute mentale, dopo gli specifici approfondimenti in ambito accademico, sconta due peculiari difficoltà:

- ◆ l'infermiere italiano ha quale condizionamento storico l'utilizzo del modello di riferimento proposto dallo psichiatra;
- ◆ la formazione infermieristica ha risentito negativamente, per l'ambito psichiatrico, della netta separazione fra infermieri di ospedale generale e infermieri psichiatrici, fino alla fine degli anni Settanta.



Anche per tali motivazioni esiste, a tutt'oggi, una oggettiva carenza nel bagaglio formativo dell'infermiere professionale in merito a modelli concettuali spendibili anche nell'assistenza alla persona con disturbo psichico.

Questa situazione può essere spiegata con quanto afferma Chrisman (1982) circa la differenza di considerazione dell'assistenza maturata, mediamente, negli infermieri che operano in ospedale generale, rispetto a quelli che operano in servizi territoriali o in ambiti particolari come la pediatria o la psichiatria. In ospedale si tende a focalizzare l'assistenza prevalentemente sugli aspetti medici e a utilizzare i fattori socio-culturali soltanto quando risultino influenzare direttamente il risultato degli atti terapeutici. Nei servizi territoriali e nelle altre aree citate, vi è una maggior tendenza a considerare gli aspetti psicologici, sociali e antropologici, proprio per la caratteristica del *setting* operativo che mette in maggior risalto l'individualità della persona.

Constatata così l'oggettiva difficoltà di definire la peculiarità del modello infermieristico per i servizi di salute mentale tramite modelli quali quelli di Henderson (1966), Roy (1993), Orem (1992) – prevalenti nella formazione infermieristica di base ma anche maggiormente conciliabili con il modello biomedico della cura – l'interesse si è spostato su altre teorie infermieristiche.

Maggiormente orientati alle dimensioni antropologiche, sociali e psicologiche e, pertanto, maggiormente capaci di conciliare sapere con il comportamento infermieristico necessario, risultano i modelli di Peplau (1994), Leininger (1978), Rogers (1992), Parse (1981).

Tuttavia anche tali modelli, per essere operativi, necessitano di «riletture» per l'implementazione alle tappe del percorso di «maturazione» dell'essere infermiere di salute mentale in Italia.

Si tratta di un percorso non uniforme se rapportato al sistema dei servizi di salute mentale, ma identico in termini di consapevolezza della centralità dell'uomo di «prendersi in carico», dove gli aspetti istituzionali dei servizi sono valenze organizzative per l'assistenza e dove la clinica è il necessario riferimento per l'impostazione del progetto terapeutico.

LA COMPETENZA DELL'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE

Le funzioni custodialistiche assegnate un tempo all'infermiere psichiatrico sono oggi superate, come superata è l'istituzione che le aveva determinate: l'ospedale psichiatrico o manicomio come più correntemente denominata (nel Progetto-obiettivo nazionale «Tutela della salute mentale»

1994/1996, un obiettivo è infatti rappresentato dal «superamento» dei residui manicomiali).

Il disagio psichico, nell'ottica della tutela alla salute come diritto dell'individuo e valore personale primario, va perdendo le connotazioni sociali negative estremizzate; il cittadino si avvicina ai servizi di salute mentale con la richiesta di essere curato e la società non tende più all'allontanamento del deviante ma ne richiede la riabilitazione e reintegrazione sociale.

Ne derivano nuove competenze per l'infermiere, fondate sul prendersi cura (*to care*) anziché sul curare (*to cure*).

Nuove competenze «a sommatoria» di quelle proprie dell'infermiere di base e che si riferiscono a un «fare» che si esplica in una molteplicità di azioni concrete, di gesti di vita, tutt'altro che afinalistici e che devono consentire di guidare al conseguimento di tre fondamentali obiettivi:

- ◆ riconoscimento dei limiti del corpo;
- ◆ riappropriazione del concetto di tempo;
- ◆ delimitazione di un proprio spazio.

UNA «QUOTIDIANITÀ VISSUTA» NELLA RELAZIONE E CON LA RELAZIONE D'AUTO

Seppure quest'ultima costituisca competenza dell'infermiere ovunque esso operi, due recenti studi condotti in ambito nazionale (Iori et al., 1995; Morosini et al., 1995) dimostrano che la relazione d'aiuto all'uomo, la cui percezione del mondo non è minimamente condivisa dagli altri, è competenza primaria dell'infermiere di salute mentale; inoltre laddove tale competenza viene limitata, gli infermieri appaiono maggiormente stressati e insoddisfatti (Barelli et al., 1995).

La relazione è il *luogo* in cui i bisogni del soggetto si possono esprimere, ma allo stesso tempo è *strumento* per dare loro una risposta ed è, infine, di per sé *risposta* quando si struttura in relazione d'aiuto (Drigo et al., p. 441). Inoltre, se intesa come esperienza di apprendimento, prevede l'interazione di due persone per affrontare, risolvendolo o adattandosi a esso, un problema sanitario.

Essere e tempo rappresentano due elementi costitutivi dell'esistenza umana che vanno tenuti in considerazione nella relazione d'aiuto.

L'esserci dell'infermiere nei confronti della persona assistita può avere valenze diverse: come presenza fisica formale (custodialistica), espressa dalla metafora dello specchio unidirezionale dove l'operatore è presente, ma staccato dal contesto vissuto dall'assistito; oppure come presenza partecipante (costruttiva) che implica l'esserci nel vivere quotidiano del paziente.



Il tempo può essere quello cronometrato o vissuto; è cronometrato quando viene misurato dall'infermiere sulla base delle proprie attese senza la considerazione che ogni persona possiede una dimensione del tempo soggettiva, evenienza che si verifica nell'esserci come presenza custodialistica.

La presenza partecipante implica, al contrario, la concezione di tempo vissuto per un cambiamento possibile, non bloccato, cronico, ma scandito da un prima e un poi di ogni evento.

Elementi quali il tempo, lo spazio e la presenza degli operatori condizionano le relazioni terapeutiche: all'infermiere è richiesta la presenza anche nella sua accezione psicoaffettiva (Racamier, 1987).

Ne deriva una attenta declinazione dei significati dell'empatia che non può limitarsi a essere comprensione dei problemi della persona, ma richiede anche una azione mirata all'aiuto per superare il disagio (Galvani, 1995) e per portare il paziente a un maggior livello di responsabilizzazione nelle sue scelte di vita.

Nel contempo vi è una valorizzazione del concetto di quotidianità, inteso come luogo/tempo privilegiato per l'incontro con il paziente psicotico, che rinvia a quello di riabilitazione, descritta come la pratica dell'ovvio e delle banalità, che si realizza nei luoghi e nei tempi sui quali si fonda la quotidianità.

L'AUTONOMIA E LA RESPONSABILITÀ NELLA SALUTE MENTALE

L'operatività nell'ambito dell'équipe di salute mentale si esplica peculiarmente attraverso la costruzione del progetto terapeutico che definisce e integra le singole autonomie e responsabilità di ogni professionista dei servizi di salute mentale e nel contempo quelle dell'infermiere.

All'interno del progetto terapeutico l'operato dell'infermiere, come abbiamo visto, si caratterizza per la presenza nella quotidianità delle attività di vita al fianco dell'assistito. È, ad esempio, l'infermiere la figura che accompagna il paziente nell'igiene quotidiana, nell'alimentazione, ma anche nella soddisfazione del bisogno di sicurezza, nei rapporti con gli altri.

Le attività di vita quotidiana non sono mai agite «sul» paziente ma mirano a ottenere la sua fattiva collaborazione e nel contesto terapeutico, hanno un significato di completamento per il progetto comune condiviso.

In termini di autonomia e responsabilità il doversi confrontare con un progetto terapeutico condiviso da più professionisti potrebbe apparire come una limitazione; in realtà, l'infermiere è coinvolto, assieme alle altre figure, nella stesura del progetto che presuppone una continua attenzione e una assunzione diretta e costante dell'impegno, modulata

sui risultati ottenuti. Il progetto terapeutico diventa allora l'obiettivo generale sul quale declinare la propria autonomia e responsabilità.

Autonomia vuol dire trovare le vie più efficaci per l'intervento assistenziale in armonia con gli interventi degli altri professionisti co-partecipi al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal progetto terapeutico.

Responsabilità nella salute mentale significa anche superare gli stereotipi assistenziali attraverso l'assunzione di una responsabilità-responsabile assunta in prima persona per compiti che possono «sfidare il tempo». Ad esempio sperimentare il contenimento dell'angoscia e della aggressività attraverso la via preferenziale della relazione d'aiuto anziché attraverso l'automatismo della contenzione fisica o farmacologica come prima e unica istanza. Oppure il precludere a un paziente, accolto da anni in una struttura residenziale, la possibilità dei gesti di vita quotidiana e dell'inserimento nella società solo perché etichettato come «paziente psichiatrico», e per questo considerato incapace di evolvere nel tempo.

Riuscire a trovare una corretta collocazione all'interno dell'intervento articolato multidisciplinare, implica il possedere una forte e chiara identità professionale di base. Ovvero è necessario esplicitare nella mente degli attori di cura il ruolo dell'infermiere: la padronanza di una propria immagine deve essere riconosciuta negli stessi termini sia dall'infermiere che dagli altri professionisti.

RISULTATO E SALUTE MENTALE

La correlazione *progetto terapeutico=autonomia dell'infermiere*, sul versante del risultato non può che tradursi in *progetto terapeutico=risultato dell'assistito* in termini di recupero di autonomia per lo svolgimento delle attività di vita quotidiane.

In riferimento alla condizione del paziente si può individuare, in termini di attività di vita, una gradualità di risultati con livelli di complessità relazionale crescente.

L'infermiere e il paziente hanno davanti a loro un percorso a tappe progressive per il recupero di capacità di autocura sempre più elevate. Se, ad esempio, ci si riferisce al bisogno di alimentazione, un primo livello di risultato può essere rappresentato dal riconoscimento del bisogno stesso da parte del paziente e la conseguente richiesta di soddisfacimento. Ma nell'ottica di uno sviluppo graduale un'ulteriore tappa può essere stabilita nel riacquistare la capacità di confezionare il pasto e, successivamente, nell'acquistare al supermercato il necessario, fino a raggiungere la sufficiente stabilità per poter rientrare nel mondo del lavoro e procurarsi il denaro necessario a comperare il cibo.

Torna utile riflettere, sempre in termini di risultato, sulle implicazioni connesse al momento nel quale la complessità re-



lazionale esce dal rapporto stretto paziente-servizio di salute mentale e l'ulteriore livello di risultati rende necessaria la disponibilità del contesto sociale ad accettare l'esistenza e il confronto con il paziente.

Questo confronto implica in termini di fattori culturali, politici ed economico-sociali la nozione di «noi» in opposizione a quelli di «altri»: una linea astratta e mobile che di volta in volta ha isolato o tentato di isolare il singolo, la famiglia, la tribù, la nazione, la razza.

L'operatività dell'infermiere si estende allora al superamento dei pregiudizi sociali che, veicolati da multiforne istanze, trovano facile bersaglio nelle persone che frequentano i servizi di salute mentale.

UN'ESPERIENZA PROFESSIONALE

La presentazione di una esperienza professionale consente la descrizione del significato dei concetti espressi sinora, concretizzandoli in situazione d'assistenza infermieristica.

Pietro è un ragazzo polacco affetto da psicosi schizofrenica, ha 14 anni e vive con la sua famiglia (padre e madre) in un campo profughi.

Viene ricoverato per una improvvisa crisi psicotica acuta nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Superato l'evento «crisi», l'équipe decide che un infermiere avrebbe preso in carico il ragazzo. L'obiettivo principale del progetto terapeutico è quello di permettere a Pietro di riguadagnare un soddisfacente livello di relazioni sociali e una appropriata interazione con l'ambiente (famiglia e altri gruppi) per reintrodurlo nel campo profughi. Il reinserimento avviene in un percorso a più tappe. La prima tappa consiste nello stabilire una relazione di fiducia tra l'infermiere e il ragazzo, in accordo con quanto descritto da Peplau (1994). Gli ostacoli principali da superare per avviare la relazione sono:

- ◆ l'uso di lingua differente (polacco e italiano);
- ◆ il background culturale e le esperienze di vita possedute dai due attori della relazione.

I fattori che invece favoriscono la relazione sono:

- ◆ la relativa vicinanza di età fra infermiere-paziente;
- ◆ il fattore religione, elemento noto anche all'infermiere che diventa il punto di avvio della fase di identificazione (Peplau, 1994).

L'infermiere, per poter avviare e mantenere attivo il processo di relazione d'aiuto, si sottopone a un processo di acquisizione di autoconsapevolezza nel quale non gli è richiesto di cambiare le proprie credenze, ma di capire e accettare i bisogni spirituali del ragazzo. La comunicazione non verbale si dimostra essere importante per consolidare la fase di identificazione e consentire il successivo passaggio alla fase della utilizzazione (Peplau, 1994). Contemporanea-

mente i due si impegnano nel tentativo di costruire un vocabolario compreso da entrambi che consenta di utilizzare anche il canale della comunicazione verbale. La fase della utilizzazione è il momento in cui la relazione d'aiuto può raggiungere il massimo risultato terapeutico. Nel caso descritto questa fase si attua attraverso visite orientative al campo in preparazione della dimissione. L'infermiere si adopera per garantire protezione e assicurare il bisogno di sicurezza rimanendo sempre accanto a Pietro e solo in un secondo tempo inizia un processo di progressiva separazione riconoscibile nella fase di risoluzione descritta dalla (Peplau, 1994). L'infermiere si adopera anche per gestire i sentimenti di paura presentati dalla gente del campo, rassicurandola sulla innocuità del ragazzo e coinvolgendola in attività che possano essergli di aiuto.

Nella fase della risoluzione, coincisa con la dimissione di Pietro dall'ospedale e con la sua graduale, ma definitiva reintroduzione nel campo senza la presenza dell'infermiere, emerge l'inadeguatezza della situazione abitativa. L'infermiere si riattiva per reperire un alloggio adeguato e per sedare forme di gelosia e di invidia che la nuova condizione abitativa ha prodotto nel campo. Il ruolo assunto dall'infermiere in questa situazione, può essere individuato fra quelli descritti da Peplau, come ruolo educativo e di leadership.

Gli incontri con Pietro continuano due volte alla settimana presso il campo per un lungo periodo successivo alla dimissione, durante il quale l'infermiere gioca il ruolo di consigliere (Peplau, 1994), sia nei confronti di Pietro che della famiglia. Nell'anno successivo alla dimissione Pietro non presenta ricadute e mantiene un benessere psicologico e, un equilibrio fra riposo e sonno con un buon livello di reattività emotiva. Anche le interazioni sociali con il gruppo dei pari, con la famiglia e le persone coinvolte risultano soddisfacenti.

CONCLUSIONI

L'utilizzo di un modello concettuale di riferimento ha consentito di impostare un percorso assistenziale coerente con i bisogni presentati dal ragazzo. D'altro canto, le competenze della relazione terapeutica e della comunicazione terapeutica hanno permesso di intraprendere il percorso delineato dal modello.

Quello utilizzato come riferimento è il modello del nursing psicodinamico descritto da Peplau che, tra l'altro, non è in disaccordo con l'orientamento psicodinamico nel quale si riconoscevano anche gli psichiatri del servizio presso il quale Pietro era in cura. Questo ha facilitato il lavoro d'équipe: da un lato ha mantenuto chiara l'identità professionale dell'infermiere, dall'altro non ha prodotto conflittualità fra le diverse figure professionali.

Tuttavia il mero utilizzo di un modello concettuale avrebbe portato a scarsi risultati se non fosse stato alimentato dal-



la specifica competenza nel campo relazionale e della comunicazione, tipico dell'infermiere di salute mentale. La relazione e comunicazione terapeutica sono da intendersi come concetti differenti. La comunicazione è uno strumento utilizzato per costruire la relazione terapeutica che occupa una dimensione temporale prolungata intessuta di momenti comunicativi comunque finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Nello specifico, la competenza comunicazionale si è espressa nel superamento della barriera linguistica attraverso l'utilizzo iniziale della comunicazione non verbale e nella successiva costruzione del vocabolario. Grazie a questi momenti comunicativi è stata costruita la relazione terapeutica fra l'infermiere e Pietro che ha consentito il suo ritorno al campo con relativa dimissione dall'ospedale.

All'infermiere di salute mentale vengono richieste capacità creative e di autovalutazione – intesa come rilettura di sé all'interno della relazione – tali da consentirgli una discreta flessibilità e una padronanza del mutevole contesto nel quale si trova a operare.

La pianificazione degli interventi assistenziali, fondata sulla competenza e sulla disciplina infermieristica, rientrano comunque all'interno di un progetto terapeutico condiviso da una équipe assistenziale più allargata. Ad esempio tutti i professionisti (infermieri, medici e quant'altri) presenti al servizio di diagnosi e cura.

Tuttavia è possibile individuare un'ampia autonomia nella conduzione delle difficili relazioni con la «gente» del campo, gestita «in situazione» dall'infermiere. In questo emerge anche un ampio margine di responsabilità: un errore nella gestione delle relazioni con l'assistito o con le persone al campo avrebbe vanificato tutto il lavoro svolto fino a quel punto.

Il risultato ottenuto con Pietro è consistito nel reinserimento al campo con la famiglia e nell'accettazione del ragazzo da parte della piccola comunità.

Quella che è stata una esperienza traumatica per Pietro, vissuta attraverso una crisi che ha portato alla rottura dell'equilibrio precedente, è diventata occasione per la ridefinizione di un nuovo equilibrio più consona alle esigenze del ragazzo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Barelli P. et al., *Psychiatric Nurses Stress, Satisfaction and Role Definition*, relazione presentata alla «Networking for Quality Conference», 1995, Maastricht
- 2 Barelli P., *Prevenzione, cura e riabilitazione nel pensiero delle teorie del nursing*, atti del convegno «L'infermiere in psichiatria: prevenzione,

- cura, riabilitazione?» Centro documentazione Anin, Pavia, 1996
- 3 Borgna E., *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano, 1989
- 4 Chrisman N. J., *Anthropology in Nursing: An Exploration of Adaptation*, in «Clinically Applied Anthropology», Reidel Pub. Comp., Boston, 1982
- 5 Drigo M.L. et al., *Clinica e Nursing in Psichiatria*, Cea, Mi 1993
- 6 Gorip (Gruppo operatività e ruolo dell'infermiere professionale in psichiatria), *Applicabilità delle teorie infermieristiche all'operatività: elaborazione e proposte di «Linee guida» per un modello concettuale nell'assistenza psichiatrica*, relazione presentata al 20° Congresso nazionale Associazione nazionale infermieri Neuroscienze, Roma 1995
- 7 Galvagni V., *Perché aiutare*, Aiet, Udine, 1995
- 8 Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968
- 9 Henderson V., *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education*, MacMillan, New York, 1966
- 10 Iori et al., *Indagine di sfondo per uno studio sulla professionalità espressa dall'infermiere professionale nei servizi psichiatrici*, relazione presentata al 20° Congresso nazionale Associazione nazionale infermieri Neuroscienze, Roma, 1995
- 11 Leininger M., *Transcultural Nursing. Concepts, Theories and Practice*, Wiley, New York, 1978
- 12 Morosini P.L. et al. (a cura di), *Il lavoro dell'infermiere in psichiatria*, rapporto di ricerca per l'Istituto superiore di sanità e la Provincia autonoma di Trento, Trento, 1995
- 13 Orem D., *Nursing, concetti di pratica professionale*, Summa, Padova, 1992
- 14 Parse R.R., *Man-living-health: A Theory of Nursing*, Wiley, New York, 1981
- 15 Pellegrino R., Ruta R., Crossato S., Bearsi C., *Psichiatria e cura*, Centro di documentazione Pistoia Editrice, Pistoia, 1995
- 16 Peplau H., *Rapporti personali nell'assistenza infermieristica*, Summa, Padova, 1994
- 17 Racamiere P.C., *Lo psicanalista senza divano*, Cortina, Milano, 1987
- 18 Rogers M., *Introduzione ai fondamenti teorici del nursing*, Summa, Padova, 1992
- 19 Roy C., *Il modello di adattamento*, Summa, Padova 1993